



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y NIVELES DE ANSIEDAD EN
VARONES REHABILITADOS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS DEL CENTRO
TERAPÉUTICO AMOR Y VIDA”**

Tesis Previa a la obtención del título de

PSICÓLOGA CLÍNICA

AUTORA:

PAOLA ALEXANDRA JARRÍN CUESTA

TUTORA:

MST. CESIBEL OCHOA PINEDA

CUENCA – ECUADOR

2017

DEDICATORIA

Este trabajo es dedicado a mis padres por apoyarme incondicionalmente y guiarme en el camino.

A mis hermanos, Nati, mi compañera y apoyo, quien me pone los pies en la tierra cuando llevo demasiado tiempo en las nubes; Jorge, mi hermano mayor, quien a la distancia está pendiente y se preocupa por mí.

A mis tíos, Monse e Iván, quienes siempre me han apoyado y amado, padres que la vida me regaló.

A mi sobrino, Esteban, que me enseña a ver el mundo más bonito.

A mis pequeñas, Luna y Re, las almas más bonitas del universo, mis hermanitas.

A la vida y al universo por llenar mi camino de oportunidades y de seres maravillosos que dejaron su huella en mí.

Paola

AGRADECIMIENTO

Mi gratitud con la Universidad del Azuay por la formación académica y humana para cumplir esta meta.

Gracias a mis maestros por enseñarme a valorar los estudios, mostrarme nuevos caminos y darme un gran ejemplo de superación personal y educacional.

A mi tutora, Mst. Cesibel Ochoa Pineda, por apoyarme en el camino, darme ánimo, ser paciente, comprensiva y compartir conmigo sus conocimientos.

A quienes conforman el Centro Terapéutico Amor y Vida, Dianita, Ali, Mustafá, David, Byron, Edwin, por brindarme la acogida y confianza para realizar la investigación

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este trabajo.

Paola

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN	11
..... CAPÍTULO I: ADICCIONES, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y ANSIEDAD.....	14
1.1 Adicciones.....	14
1.1.1 Definición y prevalencia de consumo de sustancias.....	14
1.1.2 Adicciones y salud pública	16
1.1.3 Valoración psiquiátrica y psicológica de las adicciones.....	19
1.1.4 Medidas de prevención y modelos de tratamiento para las adicciones	21
1.2 Estrategias de afrontamiento	23
1.2.1 Definición	23
1.2.2 Tipos de estrategias de afrontamiento.....	25
1.2.3 Estrategias de afrontamiento y adicciones	28
1.3 Ansiedad.....	29
1.3.1 Definición	30
1.3.2 Factores predisponentes para la ansiedad	32
1.3.3 Síntomas de la ansiedad	32
1.3.4 Ansiedad y salud pública	34
1.3.5 Conclusiones	35
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA, INSTRUMENTOS Y RESULTADOS.....	36
2.1 Método	36

2.1.1	Diseño	36
2.1.2	Participantes	36
2.1.3	Consideraciones	37
2.2	Instrumentos	37
2.2.1	Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE)	37
2.2.2	Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI).....	37
2.3	Procedimiento.....	38
2.4	Procesamiento de resultados	39
2.5	Resultados	39
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES		48
3.1	Niveles de ansiedad.....	49
3.2	Estrategias de afrontamiento	50
3.3	Conclusiones	51
3.4	Recomendaciones.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		54
ANEXOS.....		61

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Rangos de edad de los participantes	41
Figura 2. Diagrama de dispersión para los componentes de la ansiedad.....	43
Figura 3. Diagrama de dispersión para la subescala religión y ansiedad estado	44
Figura 4. Diagrama de dispersión para la subescala expresión emocional abierta y ansiedad estado	45
Figura 5. Diagrama de dispersión para la subescala focalizado en la solución del problema y ansiedad estado	45
Figura 6. Diagrama de dispersión para la subescala expresión emocional abierta y ansiedad rasgo.....	46
Figura 7. Diagrama de dispersión para la subescala focalizado en la solución del problema y ansiedad rasgo.....	46
Figura 8. Diagrama de dispersión para la subescala religión y ansiedad rasgo.....	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes	40
Tabla 2. Tiempo de abstinencia de los participantes	41
Tabla 3. Prevalencia del uso de estrategias de afrontamiento al estrés (CAE).....	42
Tabla 4. Niveles de ansiedad estado-rasgo (STAI).....	42
Tabla 5. Correlación de Pearson para los componentes de la ansiedad.....	43
Tabla 6. Correlación de Pearson entre los componentes de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento	44

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado (Institución).....	61
Anexo 2. Consentimiento Informado (Participantes)	62
Anexo 3. Ficha Sociodemográfica.....	63
Anexo 4. Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE).....	64
Anexo 5. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).....	66

RESUMEN

Uno de los problemas de salud pública más importantes se encuentra constituido por las adicciones cuya tasa de recaídas es equiparable a enfermedades catastróficas; este estudio cuantitativo, con un diseño no experimental, de corte transversal, descriptivo-correlacional, se propuso determinar la relación entre estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad en varones rehabilitados del consumo de sustancias. Los datos se obtuvieron del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés y del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. Se demostró que las estrategias más efectivas que disminuyen los niveles de ansiedad son Religión ($p < 0.01$) y Focalizado en la solución del problema ($p < 0.05$). En conclusión, se aprecia la influencia del uso de estrategias de afrontamiento en relación con la ansiedad; lo que permite proyectarnos a identificar las habilidades que los exadictos usan, para enfocar el trabajo psicoterapéutico en el entendimiento y manejo flexible de mecanismos oportunos dirigidos a disminuir la ansiedad, que representan la posibilidad abierta de recaída.

Palabras Clave: Adicciones, rehabilitación, estrategias de afrontamiento, niveles de ansiedad.

ABSTRACT

COPING STRATEGIES AND ANXIETY LEVELS IN MALES REHABILITATED FROM SUBSTANCE ABUSE AT *AMOR Y VIDA* THERAPEUTIC CENTER

ABSTRACT

One of the most important public health problems is represented by addictions, whose rate of relapse is comparable to catastrophic diseases. This quantitative study under a non-experimental, cross-sectional, descriptive-correlational design, aimed to determine the relationship between coping strategies and anxiety levels among men rehabilitated from substance abuse. Data were obtained from the application of the Stress Coping Questionnaire and the State-Trait Anxiety Inventory. It was evidenced that the most effective strategies that decrease anxiety levels were religion ($p < 0.01$) and focusing on problem solving ($p < 0.05$). In conclusion, the effect of the use of coping strategies to decrease anxiety can be evidenced. This study made it possible the identification of the abilities that the ex-addicts use, in order to focus the psychotherapeutic work on the understanding and flexible management of suitable mechanisms aimed at reducing anxiety, which represents the open possibility of relapse.

Keywords: addictions, rehabilitation, coping strategies, anxiety levels.



Magali Arteaga
Dra. Psicóloga



Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

INTRODUCCIÓN

Las adicciones son una enfermedad tratable, sin embargo, la naturaleza crónica de la enfermedad significa que recaer en el abuso de las drogas en algún momento es lo más probable; las tasas de recaída para las personas con adicciones y otros trastornos por consumo de sustancias poseen un porcentaje situado en un rango del 40 a 60% aproximadamente (*National Drug Intelligence Center, 2011*).

Los pacientes adictos suelen presentar ansiedad y depresión, que con frecuencia son trastornos inducidos o agravados por el propio consumo de sustancias; el programa de intervención debería trabajar con la motivación del paciente para conseguir tanto su buena disposición hacia el abandono del consumo de sustancias, como la estabilización de su patología psiquiátrica o psicológica (con la ayuda de farmacoterapia) y también el aprendizaje de estrategias de afrontamiento, orientadas hacia la prevención de recaídas (Hodgkinson, 2012).

"Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Mientras que las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en función de factores estresantes, recursos personales, empirismo, etc. y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes" (Fernández, 1997). Se trata de aquellos esfuerzos en curso cognitivos y conductuales dirigidos a manejar las demandas internas o externas que son evaluadas como algo que agrava o excede los recursos de la persona y causan malestar psicológico; el modo en que el individuo hace frente al estrés puede actuar como importante mediador entre las situaciones estresantes y la salud; el individuo utiliza diversas estrategias para tratar con el estrés, las cuales pueden ser o no adaptativas; el afrontamiento está determinado tanto por la situación como por la persona.

Por su parte los trastornos psicológicos de tipo ansioso son prevalentes en la población en general; los síntomas impactan directamente en las funciones cognitivas, rendimiento académico, esferas familiar y laboral, etc.; generando importantes costes sanitarios y sociales; al establecer una relación en cuanto a un mecanismo defensivo, normal y adaptativo ante situaciones amenazantes; cuya función es movilizar al organismo, mantenerlo alerta y dispuesto. Visto meramente como mecanismo adaptativo no representa ningún problema; sin

embargo, en algunos casos produce problemas de salud, incapacitando y limitando a los sujetos (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Esta investigación nueva e integradora de tipo cuantitativo, con un diseño no experimental, de corte transversal, descriptivo-correlacional, se compone de fuentes de información directas mediante la aplicación de cuestionarios e inventarios psicológicos a 60 participantes; quienes conforman un grupo minoritario. La atención y ayuda tanto social como gubernamental va dirigida con mayor frecuencia a las fases enfocadas a su proceso mismo de rehabilitación, mientras que el seguimiento terapéutico es el único espacio psicoterapéutico y vivencial dirigido a la fase de rehabilitación y abstinencia; es así como esta investigación favoreció a la participación social de los exusuarios, quienes por su condición misma son diferenciados de la sociedad con un trato desigual (Gallizo, 2007).

Se pretendió establecer la relación entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad en varones rehabilitados del consumo de sustancias del Centro terapéutico Amor y Vida “CENTERAVID” que acuden a seguimiento; un tema de investigación con relevancia psicológica y social ya que se determinó la prevalencia de las estrategias empleadas en relación a los niveles de ansiedad experimentados en el tiempo de abstinencia tras haber culminado con el programa psicoterapéutico integral para su rehabilitación.

El capítulo I expone una documentación teórica acerca de las adicciones, estrategias de afrontamiento y ansiedad; basado en diferentes teorías, autores, estadísticas, informes, estudios, investigaciones, leyes, proyectos, actas, etc. que aborden las temáticas que fundamentan esta investigación.

En cuanto al capítulo II, se plantea el aspecto metodológico de la investigación, los instrumentos escogidos para medir y analizar las variables (estrategias de afrontamiento, niveles de ansiedad, datos sociodemográficos) y los resultados obtenidos a partir de las 60 muestras obtenidas.

Por último en el capítulo III se plantea una discusión orientada en base a los resultados obtenidos y una conclusión de los mismos; de igual manera se realizan algunas recomendaciones que han surgido a lo largo del proceso mismo de investigación orientadas a disminuir el factor de riesgo de recaídas.

“¿Por qué los medios masivos de comunicación hablan tanto de la droga y tan poco de sus causas? ¿Por qué se condena al drogadicto y no al modo de vida que multiplica la ansiedad, la angustia, la soledad y el miedo, ni a la cultura de consumo que induce al consuelo químico?” (Galeano, 2008).

CAPÍTULO I: ADICCIONES, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y ANSIEDAD

A continuación, se expone una revisión teórica encaminada a la temática que motiva la investigación; es así como a continuación, se aborda el tema de adicciones, referidas como un importante problema de salud pública; de igual manera, se exponen varios aspectos relacionados con las adicciones como prevalencia de consumo, índices de mortalidad, programas y ONG enfocadas en distintos niveles de prevención, etc. Asimismo, se aborda de manera teórica la definición, origen, tipos, funciones, etc. de las estrategias de afrontamiento. Por último, se proporciona un apartado con respecto a la ansiedad.

1.1 Adicciones

1.1.1 Definición y prevalencia de consumo de sustancias

Según la OMS (2015), las adicciones representan una enfermedad biopsicosocial y emocional que se comprende de una dependencia o necesidad (física y/o psicológica) hacia una sustancia, actividad o relación; diagnosticada por signos y síntomas que involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Esta enfermedad progresiva y con una tasa elevada de mortalidad, se caracteriza por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad.

Asimismo, refiere que la droga representa a “toda sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones alterando los pensamientos, emociones, percepciones y conductas en una dirección que pueda hacer deseable repetir la experiencia, pudiendo provocar mecanismos de tolerancia y dependencia” (Organización Mundial de la Salud, 2015).

En el Informe Mundial sobre las Drogas realizado por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2016), se estimó que al menos 250 millones de personas de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una droga en 2014, esta cifra se mantuvo durante desde 2010; asimismo, se calculó que más de 29 millones de personas que consumen drogas sufren trastornos relacionados con ellas; es por esta razón que el impacto del consumo de sustancias es uno de los problemas de salud pública más graves.

Sin embargo, el desglose de los datos nacionales sobre los consumidores de drogas por nivel de ingresos realizado por la Oficina de ONU contra la Droga y el Delito (2016), informó acerca de la prevalencia del consumo en los países de ingresos altos en 2015; las drogas cuyos precios son elevados y por ende más lucrativas para el narcotráfico, son más “rentables” en los países de ingresos per cápita comparativamente elevados; los distintos niveles socioeconómicos de los países inciden en el tipo de drogas que se consume; asimismo, el mercado de la droga tiende a verse influido por la idiosincrasia y dogma de cada país desarrollado o en vías de desarrollo. Los grandes mercados de sustancias como cocaína y derivados sintéticos, se afianzaron mayormente primero en países desarrollados seguido de los que no; es por esto que el factor desarrollo juega un papel considerable para entender el consumo global de sustancias.

Según el último Informe Mundial sobre Drogas, el número de adultos adictos a las drogas en el mundo aumentó por primera vez en seis años, de 27 a 29 millones (Organización de las Naciones Unidas, 2016).

Estadísticas realizadas por la ONU (2016) manifestaron que la sustancia más consumida es el cannabis, con una población aproximada de 183 millones de consumidores, este consumo se vio relativamente estable los últimos 3 años; seguido se encuentra en consumo de anfetaminas. Por su parte, el uso indebido de opiáceos y opioides de manera ilegal o bajo receta médica conglomera a un estimado de 33 millones de consumidores, a pesar de una menor relevancia estadística, se debe tener en cuenta que esta sustancia acarrea efectos potencialmente nocivos para la salud. Asimismo, se registró un aumento importante del consumo de heroína especialmente en Norte América. Después de un período de estabilidad, desde 2010 el consumo de cocaína se ha visto incrementado principalmente en América del Sur. En general el panorama mundial del consumo de drogas resulta más difuso ya que los consumidores sociales, habituales o compulsivos, tienden a ser poli consumidores.

Se determinó que los hombres son tres veces más probables consumidores de cannabis, cocaína o anfetaminas, a diferencia de la población femenina, quienes tienden más al consumo de opioides y tranquilizantes; estas diferencias de género podrían ser atribuidas a las oportunidades mismas de consumo en función del entorno social. Igualmente, la mayoría de los estudios realizados por los ministerios de salud revelaron prevalencia de consumo en poblaciones jóvenes más que en adultos (Medina, y otros, 2001).

1.1.2 Adicciones y salud pública

1.1.2.1 Índice de mortalidad y enfermedades de las adicciones

Según la Organización Mundial de la salud (2015), el consumo de sustancias afecta a los individuos y sociedades de diferentes maneras, y sus efectos están determinados por la cantidad, hábitos, tipo de consumo y sustancia, etc.; en 2012, 3,3 millones de defunciones fueron atribuibles al consumo de alcohol, lo que representa un 5,9% del total; el porcentaje de defunciones atribuibles al consumo de alcohol entre los hombres asciende al 7,6% de todas las defunciones, comparado con el 4% entre las mujeres; en 2010, el consumo total de alcohol per cápita en todo el mundo registró un promedio de 21,2 litros de alcohol puro entre los hombres, y 8,9 litros entre las mujeres.

Se relaciona con el uso de drogas alrededor de 207.400 de muertes en 2014 (en su mayoría relacionadas con opioides), siendo un tercio de estas muertes por sobredosis. De igual manera, se realizó un estudio acerca de las causas de muerte tras un periodo carcelario, aumentando el riesgo de muertes debido a sobredosis; a pesar, de esto se evidencian aun deficiencias considerables en los servicios de prevención y tratamiento relacionado al consumo de sustancias. Aproximadamente 12 millones de los consumidores a nivel mundial, se administran las sustancias por vía intravenosa, de los cuales el 14% tienen VIH y una de cada dos con hepatitis de tipo C (Oficina la ONU contra la Droga y el Delito, 2016).

En una investigación realizada por la OMS (2015) se determinó que el alcohol y el tabaco como drogas legales, son las causantes de la mayor cantidad de muertes evitables en la actualidad; siendo la más notoria diferencia entre éstas y las demás drogas sociales como marihuana y cocaína, la facilidad adquisitiva. Siendo un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos tanto mentales como comportamentales, cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares, traumatismos derivados de la violencia, enfermedades infecciosas, suicidios, accidentes de tránsito, etc. Una proporción importante de la carga de morbilidad y mortalidad es atribuible al uso nocivo de sustancias.

Es importante tener en cuenta que uno de los factores de riesgo relevantes relacionado con la salud pública, representa la forma de administración de las sustancias; los consumidores de vía intravenosa específicamente, son quienes se exponen a un mayor riesgo de sobredosis y contagio de virus de transmisión sanguínea (VIH, hepatitis C, etc.), en comparación a los consumidores que ingieren, fuman o inhalan (*Global Burden of Disease Study*, 2013).

La vía de administración de sustancias llega a tener una repercusión mayor a la de grupo de consumidores específicamente, debido a que este grupo puede contagiar enfermedades de transmisión sexual a otros subgrupos y población en general (Organización de las Naciones Unidas, 2016).

1.1.2.2 Efectos psicosociales de las adicciones

A pesar de ser un problema grave de salud pública, no se le otorga a las adicciones la relevancia tanto social como gubernamental que requieren, y empieza así un ciclo de marginación hacia este grupo minoritario, que, sin duda, causa repercusiones biopsicosociales, económicas, laborales, escolares, jurídicas, etc.; lo cual dificulta su recuperación, integración y reintegración social; incluso llegando a obstaculizar la oportunidad de recibir un tratamiento eficaz debido a la discriminación y a los estigmas sociales, familiares, personales, etc. (*Global Burden of Disease Study*, 2013).

Igualmente, el consumo de sustancias perjudica a otras personas aparte del consumidor, como familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos; asimismo, genera una carga sanitaria, social y económica considerable para la sociedad (Organización Mundial de la Salud, 2015).

El consumo de algunos estimulantes ya sea por vía intravenosa, oral, ingesta, inhalación, etc., causan alteraciones a en las conductas sexuales, es decir, se presenta un incremento de conductas de alto riesgo. Existe una relación entre el consumo de sustancias y violencia, cuyos estragos sobre la estructura y el funcionamiento del sistema nervioso central afectan directamente la conciencia, por lo que el consumo puede promover alteraciones en las percepciones e ideas de las personas que han ingerido la sustancia, lo que influye de modo negativo en sus relaciones con los demás y en la comprensión cabal de las circunstancias vividas. También puede presentarse desinhibición, pérdida de control emocional, ruptura de códigos éticos y morales, etc. (Herrera & Arena, 2010).

Hablando de violencia, en los últimos años se ha dado un creciente reconocimiento de que las distintas formas de violencia interpersonal tienen un gran impacto en la salud pública; la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló en 2015 que los bebés y niños muy pequeños son potenciales víctimas de homicidio como consecuencia de su dependencia y vulnerabilidad; sin embargo, en la mayoría de los casos no mortales, el daño físico directo causa menos

morbilidad para el niño que el impacto a largo plazo de la violencia en el desarrollo neurológico, cognitivo y emocional del mismo.

Los estragos que causa el consumo de sustancias, como ya se ha mencionado, poseen una repercusión más allá del grupo mismo de consumidores, variando de forma y magnitud dependiendo de los países; se vincula estrechamente la pobreza y el consumo de drogas, dos variables complejas que se complementan y refuerzan mutuamente, en un porcentaje mayor las personas en situaciones de desventaja social y económica son relacionadas con el consumo de drogas; aspectos como la marginación, exclusión social, desempleo, bajos niveles de educación, etc., son variables causales y mantenedoras de esta problemática (*National Drug Intelligence Center*, 2011).

1.1.2.3 Factores de riesgo para las adicciones

Cualquier tipo de adicción puede llegar a arraigarse tan profundamente que se vuelve parte del organismo mismo; la sustancia tiene la capacidad de llevar al consumidor al estado mental “deseado”; atrapando así a personas que se encuentran sometidas a altos niveles de estrés, momentos críticos, transiciones difíciles, etc. (Hodgkinson, 2012).

De modo similar, el abuso físico, emocional y negligencia, se asocia con un mayor riesgo de una amplia gama de problemas psicológicos y de comportamiento, incluyendo depresión, abuso de sustancias, ansiedad, comportamiento suicida, enfermedades infecciosas, etc.; personas que han sido abandonadas y/o abusadas física y emocionalmente en la niñez parecen tener mayor riesgo de desarrollar trastornos depresivos que las personas no maltratadas; de igual manera el abuso físico y emocional se asocia significativamente con el riesgo de problemas de adicción (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Tanto en el plano individual como en el social, se han identificado diversos factores que influyen en los niveles y hábitos de consumo de sustancias, así como en la magnitud de los problemas relacionados con drogas en las comunidades.

Los factores ambientales involucrados en un mayor riesgo de consumo incluyen el desarrollo económico, la cultura y la disponibilidad de sustancias, así como la globalidad y los niveles de aplicación y cumplimiento de las políticas pertinentes; no podemos definir un factor de riesgo “determinante”, ya que cuanto más factores vulnerables converjan en una persona, más probable será el hecho de caer en una adicción (Hodgkinson, 2012).

De manera que hay que considerar también factores que podrían relacionarse con mayores tasas de consumo, como la ubicación geográfica, ya que dependiendo de esta se establece también la incidencia del consumo de sustancias, proximidad a una zona de producción de drogas, ruta de tráfico, etc.; en el Cercano Oriente, Oriente Medio y Asia sudoccidental es mayor el consumo de opiáceos; por su parte Suramérica y África occidental poseen un mayor índice de consumo de cocaína y crack (Oficina la ONU contra la Droga y el Delito, 2016).

1.1.3 Valoración psiquiátrica y psicológica de las adicciones

Los trastornos relacionados con sustancias abarcan diez clases de drogas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias. Cualquier droga en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro que participa activamente en el refuerzo de comportamientos y producción de recuerdos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

1.1.3.1 Uso, abuso y dependencia

Es importante entender la diferencia del uso, abuso y dependencia; en los casos de abuso de sustancias tratados desde el enfoque psicológico se proporcionan estrategias necesarias para afrontar situaciones estresantes de cualquier índole que conlleven al consumo; en casos de dependencia física se da un proceso de desintoxicación, motivación para el cambio, técnicas de control, reestructuración cognitiva, deshabitación mediante la eliminación de la función evocadora del consumo, creación de nuevos hábitos mediante una fase de rehabilitación en la que se previene la aparición de recaídas (Hodgkinson, 2012).

1.1.3.2 Tipos de consumo

Según Adés y Lejoyeux (2003), existen diferentes tipos de consumo y adicción, se debe tomar siempre en consideración que paulatinamente toda droga genera dependencia física o psicológica:

- a) Experimentación: fase en la cual un individuo por “curiosidad” prueba una sustancia, siendo o no continuado su consumo debido a una infinidad de factores personales, sociales, económicos, laborales, familiares, etc.
- b) Uso: no existe en sí una necesidad física o psicológica de consumo, más bien éste se da de manera casual, esporádica y moderada; sin verse afectada a esfera vital del individuo.

- c) Abuso: el consumo se torna regular y desmedido, acarreando consigo conflictos personales, familiares, sociales, escolares, laborales, etc.; de igual manera se presentan cambios físicos, psicológicos y emocionales.
- d) Adicción: consumo compulsivo, síntomas de abstinencia en periodos sin la sustancia, relaciones intra e interpersonales nocivas, gran deterioro social, escolar, laboral, etc.; dependencia física y psicológica, conductas de riesgo como (promiscuidad sexual, uso de drogas intravenosas, combinación de varias drogas, accidentes, etc.), estado de ánimo fluctuante dependiendo de la etapa consumo/abstinencia, etc.

1.1.3.3 Clasificaciones diagnósticas enfocadas a las adicciones

En cuanto a la valoración psicológica y psiquiátrica se debe considerar que para establecer un adecuado diagnóstico para los trastornos adictivos, se evalúa a los pacientes dentro de los diferentes ejes tanto de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE 10), como del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* quinta versión (DSM V); debido al diferente uso y aplicación de los mismo según las instituciones tanto públicas como privadas.

- a) CIE 10: se basa en la orientación del DSM III-R en cuanto a la “dependencia”, introduciendo un nuevo término de “consumo perjudicial” (forma inicial de dependencia con la existencia implícita de un continuum de uso perjudicial y dependencia). Los criterios de la CIE-10 en cuanto a la dependencia de sustancias afines a los del DSM IV, adicionando un grupo que hace alusión al comportamiento de anhelo o deseo por la sustancia (*craving*) (Organización Mundial de la Salud, 1992).
- b) DSM V: representa una clasificación categorial de trastornos mentales efectiva de un sistema fiable y válido de los casos clínicos para simplificar la comunicación interdisciplinaria, determinar tratamientos, establecer etiologías, determinar pronósticos y proporcionar una base sólida investigativa. Algunas aportaciones relacionadas con adicciones, es que no se limitan a las sustancias químicas, abarcan el espectro de excesos conductuales (juegos de azar, videojuegos, internet, etc.). En las versiones anteriores del DSM, los problemas relacionados con el alcohol se dividían en dos grupos (abuso y dependencia); en la quinta edición ambos problemas se integran en un solo Trastorno relacionado con el alcohol, clasificado dependiendo de su gravedad (leve: 2-3 síntomas, moderado: 4-5 síntomas o grave: 6 o más síntomas); en función del sistema diagnóstico de

5 ejes, se determina un tratamiento específico (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

1.1.4 Medidas de prevención y modelos de tratamiento para las adicciones

Uno de los problemas de salud pública más importantes se encuentra constituido por las adicciones, es por esto que se han desarrollado programas, redes de apoyo y programas psicoeducacionales en cuanto a prevención primaria, secundaria y terciaria del uso, abuso y dependencia de sustancias (Hodgkinson, 2012).

Las bases metodológicas empíricas avalan la eficacia de determinadas corrientes psicológicas en la dependencia a la nicotina, alcohol, cocaína y heroína; sin embargo, a pesar de esta relativa eficacia, las tasas de recaídas siguen siendo elevadas. Las adicciones pueden afectar personas sin discriminar estratos sociales, niveles de inteligencia o educación; una persona adicta puede ser altamente cualificada a nivel profesional o ser deficiente mental (Oviedo, 2012).

Es así como, las formulaciones descriptivas de las clasificaciones diagnósticas adoptan un modelo médico implícito, comprendiendo el objeto de tratamiento pero no la naturaleza y etiología de las intervenciones, información útil para determinar la existencia de un problema y la necesidad de tratamiento, sin embargo, este tipo de información no es suficiente para comprender el problema y planificar un tratamiento, ya que se debe considerar un análisis funcional de conducta en las distintas áreas de funcionamiento y el estilo de vida de cada persona; para disponer un programa de intervención multimodal y disciplinario (Almazán, 2012).

Al tratar un problema relacionado con el consumo de sustancias se emplean modelos de intervención médica y psicológica, muchas veces complementarios; los tratamientos médicos incluyen programas de desintoxicación donde los pacientes se encuentran internados en centros u hospitales especializados recibiendo fármacos para evitar el síndrome de abstinencia (2-3 semanas), caracterizado por síntomas físicos tales como dolores de cabeza, insomnio, inapetencia, náuseas, temblor de manos, etc. y síntomas psicológicos como nerviosismo, agitación, dificultad para pensar con claridad, fatiga, pesadillas, etc. Tras el periodo de desintoxicación, el paciente recibe diversos métodos de psicoterapia, siendo la más común la modalidad grupal, con el objetivo general de tratar los problemas psicológicos asociados a la dependencia. Uno de los grupos de autoayuda más conocidos es el de Narcóticos Anónimos

(NA), una comunidad terapéutica informal de apoyo para mantener la sobriedad, compartiendo la experiencia de recuperación de terapeutas vivenciales (Rodríguez, Romero, & José, 2011).

En cuanto al tratamiento enfocado a la rehabilitación del consumo de sustancias, investigaciones realizadas por la Oficina la ONU contra la Droga y el Delito (2016), determinaron un aumento de personas sometidas a tratamiento por el consumo de cannabis; el porcentaje de nuevos usuarios se mantuvo alto a nivel mundial, representando aproximadamente la mitad del universo total de quienes reciben tratamiento por consumo de esta droga específicamente; las personas más jóvenes buscan tratamiento de rehabilitación mayormente debido al consumo de cannabis y anfetaminas, lo que reflejó una tendencia ascendente del consumo de estas sustancias. Por su parte, quienes acudieron a rehabilitación por trastornos relacionados con opioides o cocaína suelen hallarse en un rango de edad con una media de 30 años, lo que representa un envejecimiento en cuanto al grupo de consumidores y por ende una disminución general de demanda de tratamiento; de igual manera existen indicios de que en Europa y los Estados Unidos aumentó la oferta y demanda de cannabis de mayor potencia.

Asimismo, datos científicos respaldaron las medidas de prevención, intervención temprana, tratamiento, atención, recuperación, rehabilitación e integración social, dirigidos como medidas de atención para personas que consumen drogas. Se demostró que algunas de estas medidas impactan en la reducción de conductas de riesgo; puesto que los beneficios de las mismas favorecen tanto a los consumidores como a la sociedad en general (Oficina la ONU contra la Droga y el Delito, 2016).

Estas intervenciones se basan en medidas de eficacia demostrada, como las orientadas a minimizar las consecuencias adversas del uso indebido de drogas en los ámbitos social y de salud pública; por su parte, el internamiento obligatorio en centros de tratamiento del abuso de drogas con frecuencia dificulta la ya problemática vida de las personas que consumen drogas y las que sufren drogodependencia, en particular las más jóvenes y vulnerables (Oficina la ONU contra la Droga y el Delito, 2016).

En sí las adicciones son una enfermedad tratable, sin embargo, la naturaleza crónica de la enfermedad significa que recaer en el abuso de las drogas en algún momento es lo más probable; las tasas de recaída para las personas con adicciones y otros trastornos por consumo de sustancias son similares a las de otras enfermedades crónicas, como diabetes, hipertensión,

asma, etc.; este porcentaje se encuentra situado en un rango del 40 a 60% aproximadamente (*National Drug Intelligence Center, 2011*).

1.2 Estrategias de afrontamiento

Desde la introducción del concepto de estrés como la valoración insuficiente de recursos personales con los que se cuenta ante una situación que pone en peligro el bienestar biopsicosocial del individuo dentro de la relación persona-ambiente (Lazarus & Folkman, 1984); se generó un nuevo término psicológico por los mismos autores.

1.2.1 Definición

En psicología se han realizado numerosos estudios que presentaron al afrontamiento como una variable mediadora de los efectos desestabilizadores del estrés, abarcando aspecto biopsicosociales que a un nivel subjetivo causan tensión y malestar (Kirchner, 2003).

Este modelo se centra en la interacción del sujeto con su medio, en cómo la persona hace frente a las demandas que el medio ejerce en sí mismo, la cual adquiere un significado subjetivo en base a la valoración que se hace acerca de la demanda, fundada en experiencias y modelos previos. Se la comprende desde el significado que se le otorga a la demanda desde los acontecimientos vitales, relaciones intra e interpersonales, posición social, etc.; y a la que se enfrentará o no, a través de la movilización de repertorios cognitivos, conductuales y emocionales adquiridos de la valoración de ésta situación y de la planificación de los mismos (González, Montoya, Casullo, & Verdú, 2002).

El proceso de afrontamiento nace del aprendizaje de modelos y repertorios aprendidos a lo largo de la biografía personal, social, familiar, laboral, etc., es decir, que es auto mantenido por medio del empirismo, lo que implica que cada situación que no haya sido superada provoca un deterioro de la valoración misma de los propios recursos, vistos como poco eficientes o insuficientes; llevando a la persona a distorsión cognitiva de una expectativa de afrontamiento ineficaz. A pesar de los esfuerzos que se puedan emprender la expectativa de resultado de ahora en adelante será negativa; con lo que aumenta la evaluación de la situación estresante como amenaza y disminuye la capacidad de afrontamiento, trayendo consigo mecanismos menos eficaces, vinculados de forma directa a la presentación de patologías (Ortíz, 2006).

El modelo es de naturaleza cognitiva, en el que es primordial la función perceptiva y el proceso de significación de la información adquirida; entonces se puede decir que el valor que se le otorga a la situación estresante se da por medio de la valoración de dichos sucesos, las cuales derivan de un proceso acumulativo de aprendizaje y evaluación, mismo que permite integrar dentro de un esquema subjetivamente lógico los diferentes patrones de relación intra e interpersonal (Mónica & René, 2007).

Entonces, según Dionisio y Cañero (2002), se podrían esquematizar los elementos constituyentes del modelo de la siguiente manera:

- a) Demanda: no afecta al sujeto, es decir, no suscita respuesta emocional alguna; o es relevante, situación que altera la homeostasis del sujeto y trae consigo una carga emocional estresante, dando lugar a un proceso de evaluación y preparación para una respuesta con la finalidad adaptativa.
- b) Procesamiento y evaluación de la situación estresante consta de:
 - Evaluación primaria: valoración subjetiva del suceso como, riesgos implicados, búsqueda de homeostasis, bienestar, supervivencia, etc.
 - Evaluación secundaria: apreciación subjetiva de los recursos personales, sociales, familiares, económicos, judiciales, etc. que se poseen; según esta apreciación se determina el hecho de poseer los recursos y capacidad necesarios para enfrentar la situación estresante, o no para hacer frente.

Al compaginar las evaluaciones se determina la situación como:

- Desafío/reto: se estima contar con suficientes recursos para enfrentar la situación, trayendo consigo sentimientos de eficacia y de logro.
- Amenaza: se considera no poseer los recursos necesarios o suficientes para poder superar y recuperar la homeostasis, originando respuestas ansiosas y llegando a deteriorar el repertorio de afrontamiento.

1.2.1.1 Teoría del afrontamiento según Lazarus y Folkman

El afrontamiento del estrés es un concepto de interés en la psicología y de la psicopatología, el modo en que cada persona enfrenta las situaciones estresantes, revela aspectos intrínsecos de patologías o de rasgos, siendo este factor de relevancia en el ámbito de salud en general (Galán, Pérez, & Blanco, 2000).

Conceptualizando al afrontamiento del estrés como un despliegue de “esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus & Folkman, 1986); éstos mecanismos manipulan por así decirlo la situación con el fin de regular las respuestas cognitivas, conductuales y emocionales producto de la situación de estrés.

El modelo de afrontamiento transaccional propuesto por Lazarus y Folkman (1984) sugiere esfuerzos cognitivos y conductuales continuamente cambiantes para manejar demandas internas y/o externas, que son percibidas por el individuo como extenuantes y que exceden los recursos personales; el afrontamiento a emplearse antes estas demandas es determinado por cada persona y su repertorio conductual de respuestas.

1.2.2 Tipos de estrategias de afrontamiento

El repertorio de estrategias implica generar, evitar o disminuir conflictos, generando beneficios y fortalecimiento personal (Macías, Orozco, Amaris, & Zambrano, 2013). Al emplearlos en dichas situaciones, factores como la adaptabilidad y calidad de la estrategia de afrontamiento manifestaran empíricamente el grado de ajuste psicológico.

Cada persona tiene un modelo específico de afrontar y manejar el estrés, el mismo que ha venido formándose desde su infancia basada en el aprendizaje social y empírico y se ha modelado a lo largo de su vida en base a las situaciones pasadas; estos recursos pueden verse influenciados por múltiples factores como salud, estado físico, doctrinas, dogma, etc. Es así como estudios determinaron que al enfrentar situaciones estresantes se intenta afrontar, minimizar o anular el riesgo implícito (afrontamiento focalizado en el problema) o regular el estado emocional que ha provocado la situación estresante (afrontamiento focalizado en la emoción) (Kirchner, 2003).

Dándose dos componentes importantes el cognitivo, el cual implica un afrontamiento activo que emplea estrategias y acciones cognitivas en función de enfrentar la situación estresante y afrontamiento pasivo más bien focalizado en aspectos y emociones negativas o en una postura de evitación (Lazarus & Lazarus, 2000).

Estas estrategias fueron encontradas tanto en comportamientos individuales como colectivos, con la finalidad de mediar, afrontar, mantener o recuperar la homeostasis en las relaciones e

interacciones, asegurando el bienestar general (Macías, Orozco, Amaris, & Zambrano, 2013). Al relacionar estas situaciones (comportamientos individuales y colectivos), se dedujo de igual manera que ambas estrategias son complementarias y reforzadoras unas de otras, acotando nociones específicas acerca del repertorio tanto individual como familiar de donde el primero surge y se refuerza.

Asimismo, se plantea que los elementos del afrontamiento están compuestos por estrategias defensivas y estrategias que sirvan para resolver el problema; cada persona emplea dichos mecanismos de maneras distintas ya sea de manera adaptativa, donde los niveles de ansiedad y estrés disminuyen, o de manera des adaptativa donde esos niveles aumentan; es por ello que el afrontamiento es un proceso cambiante (Taylor, 2003).

El proceso de afrontamiento explicado por Dionisio y Cañero (2002), tiene dos formas diferenciadas y complementarias de acción, las cuales dependen del repertorio cognitivo, conductual y emocional de la persona, basado en la percepción adquirida acerca de la situación estresante:

- a) Focalizado en la solución del problema (FSP): se pretende una comprensión acerca del problema o situación estresante, analizando su génesis y variables para poder ejercer una respuesta adecuada.
- b) Autofocalización negativa (AFN): se da una abstracción selectiva de los aspectos negativos del problema o situación estresante, de manera poco realista y con sentimientos inválidos de culpa; no se ejerce una respuesta ante el problema o situación estresante, ya que se consideran a los recursos con los que se cuenta como insuficientes para hacer frente al estresor.
- c) Re evaluación positiva (REP): este mecanismo implica una respuesta de corte emocional, modificando el repertorio cognitivo, conductual y emocional ante el problema o situación estresante, a manera de una re significación que pretende conceder los elementos positivos que trae consigo el estresor y establecer un aprendizaje de la experiencia adversa.
- d) Expresión emocional abierta (EEA): la persona experimenta una catarsis emocional con la finalidad de descargar el componente afectivo-emocional que acarreó el problema o situación estresante.
- e) Evitación (EVT): este mecanismo opera bajo la ideología de obviar el problema o situación estresante, poniendo el foco de atención en otros aspectos de sí mismo, entorno, etc., al igual que dándose una sublimación.

- f) Búsqueda de apoyo social (BAS): esta estrategia se refiere al amparo de familia, amigos, conocidos, profesionales, etc., con el fin de obtener un punto de vista y plan de acción desde una perspectiva ajena a la propia.
- g) Religión (RLG): esta estrategia de afrontamiento se basa en la búsqueda de un consuelo metafórico en un ser superior a la existencia humana.

1.2.2.1 Estrategias de afrontamiento centradas en el problema

Las personas empleamos distintas estrategias dispuestas en función de enfrentar la situación estresante, de manera adaptativa o no; es así como Lazarus (2011) refirió que en diferentes situaciones el proceso de afrontamiento tiende a ser constante y estable, ya que las diferentes disposiciones personales hacia la respuesta del estímulo estresor son estimuladas por la interacción persona-ambiente. Entonces el proceso de afrontamiento se encuentra determinado tanto por la situación como por la persona.

Diferentes investigaciones y estudios acerca de las estrategias de afrontamiento señalan datos complejos y no siempre concordantes según cada autor; algunos autores determinaron que el afrontamiento centrado en el problema disminuye el malestar psicológico causado en primera instancia por el acontecimiento estresor (Martínez, Reyes , García, & González, 2006). Es decir, este afrontamiento está determinado a la modificación de la situación y los efectos negativos que trae consigo, para que de esta manera no represente amenaza alguna; al superar la amenaza se da un aumento consecuente de la capacidad de ajuste de la persona, sentimientos positivos valoración personal, eficacia, gozo y satisfacción.

1.2.2.2 Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción

El afrontamiento dirigido al problema tiene más probabilidad de suceder cuando la evaluación subjetiva resulta favorable para los recursos con los que se cuenta; contrariamente, en este estilo de afrontamiento se considera que no es posible modificar la situación ya que no se cuenta con los recursos requeridos para la acción; este estilo se encuentra presente en patologías de personalidad evitativa, solitaria, idiosincrásico o peculiar, teatral, ansioso, temeroso, dependiente, sumisa, etc. siendo un manejo improductivo de las demandas que surgen del entorno o de sí mismo (Castaño & León, 2010).

Asimismo, el afrontamiento dirigido a la emoción según Lazarus (2011), tiene más probabilidad de suceder cuando la evaluación de los recursos con los que se cuenta, determina

subjetivamente que no se puede hacer nada para modificar las condiciones amenazantes que trae consigo el estímulo; las estrategias centradas en las emociones incluyen varias categorías:

- a) Apoyo social emocional: se basa en la búsqueda de soporte moral, simpatía y comprensión.
- b) Apoyo en la religión: se emplea como una estrategia de apoyo emocional para muchas personas, facilitando una re interpretación positiva del acontecimiento adverso y el uso de estrategias más activas de afrontamiento.
- c) Reinterpretación positiva y crecimiento: busca manejar los efectos mismos que el estresor trae consigo, construyendo una transacción menos estresante para poder emplear de esta manera acciones de afrontamiento más centradas en el problema y adaptativas.
- d) Concentración y desahogo de emociones: predilección a enfocarse en experiencias negativas y exteriorizar los sentimientos que éstas implicaron; este mecanismo puede resultar adecuado en momentos de tensión acumulada, sin embargo, la abstracción selectiva de lo negativo impide una adecuada adaptación o ajuste.
- e) Liberación cognitiva: basada en la evitación cognitiva del estresor mediante actividades alternas.
- f) Negación: su objetivo es prescindir del estresor, en ocasiones este mecanismo reduce los niveles de ansiedad, estrés, depresión, etc., sin embargo, un empleo prolongado del mecanismo de negación impide una aproximación activa a la resolución del conflicto, aumentando los síntomas ya mencionados y llevando a la persona a un desajuste psicosocial.
- g) Liberación hacia las drogas: implica el uso de alcohol o drogas para evitar pensar en el estresor.

Este estilo incrementa el malestar; las modalidades de afrontamiento a emplear dependen desde un inicio del tipo de estresor al que se enfrente; situaciones vitales comprendidas por un alto grado de estrés se basan en estrategias de afrontamiento de tipo evitativo (Elizalde, 2010).

1.2.3 Estrategias de afrontamiento y adicciones

Algunas de las investigaciones acerca de las estrategias de afrontamiento o *coping*, se centran en analizar la relación existente entre la manera de enfrentar elementos estresantes determinados como estresores cotidianos, enfermedades crónicas, ritmo de trabajo acelerado, sucesos vitales estresantes, etc.; determinaron que estos esfuerzos dirigidos a manejar del mejor

modo posible el estímulo estresante para así reducir, minimizar, tolerar o controlar las demandas internas y ambientales; implican reacciones emocionales de ira, depresión, ansiedad, etc.; que muchas veces por motivos culturales, sociales, políticos, económicos, etc., han llegado a ser mitificados y estereotipados a manera de respuestas de “cómo comportarse” ante una adversidad específica, sin considerar que un afrontamiento inadecuado en una situación de estrés agudo puede llevar a un estrés crónico y a la aparición de estados emocionales negativos y psicopatológicos, alteración de la capacidad para tomar decisiones, etc. (Escamilla, Rodríguez, & González, 2009).

De igual manera, algunos estudios avalaron la utilidad del trabajo terapéutico orientado a estrategias de afrontamiento como objeto de entrenamiento para mejorar la calidad y capacidad adaptativa de los pacientes; lo cual es aplicable en el tratamiento de las adicciones, ya que se busca flexibilizar viejos esquemas de resolución de conflictos que llevaron a la perdonación en un principio al consumo y consiguiente adicción (González, Montoya, Casullo, & Verdú, 2002). Entonces, se propuso también la posibilidad de diferentes estrategias de afrontamiento según sexo y edad; siendo el grupo femenino el que emplea la expresión emocional abierta, búsqueda de apoyo social y religión como estrategias de afrontamiento más frecuentes en comparación con el grupo masculino; por su parte revelaron que a mayor edad son más usados mecanismos como la religión y estrategias adaptativas (Chicharro, Pedrero, & Pérez, 2007).

1.3 Ansiedad

Aproximadamente desde las primeras décadas o mediados del siglo XX, surge un gran interés investigativo dirigido hacia la ansiedad en el campo de psicología; se la considera como una respuesta emocional paradigmática involucrada en numerosas investigaciones enfocadas a las emociones en general; estas investigaciones se desarrollaron con ambigüedad conceptual de los constructos involucrados y con algunas dificultades metodológicas de abordaje, medición, observación, etc. Estas implicaciones derivaron en la formación de distintas corrientes o escuelas psicológicas como la psicodinámica, humanista, existencial, conductista, psicométrica, cognitiva y cognitivo-conductual, etc., las cuales abordaron el constructo de la ansiedad, establecieron diferencias y similitudes con conceptos semejantes que en numerosas ocasiones son objeto de confusión terminológica, como con el estrés, temor, angustia, tensión, miedo, etc. (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003).

1.3.1 Definición

Existe cierta confusión con el término ansiedad, ya que engloba diversos conceptos en el campo de psicológico; filosóficamente se considera a la ansiedad como una respuesta humana dirigida hacia una situación amenazante y estresante.

Por su parte la psicología científica la caracterizó como una expresión con prevalencia somática, experimentada como un sufrimiento físico general en anticipación de una situación amenazante; es decir, es una reacción ante sucesos estresantes, todas las personas experimentan un grado moderado de ansiedad en determinadas situaciones a manera de una respuesta adaptativa (Millon, Millon, Meagher, & Escovar, 2001).

“El término ansiedad proviene del latín anxietas, -atis, describiendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo; angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos” (Real Academia Española, 2014).

Entonces, la ansiedad es descrita como una respuesta normal y necesaria y en otras situaciones como una respuesta des adaptativa y disfuncional, presentándose así una patología de tipo ansiosa, la cual se manifiesta con mayor frecuencia, intensidad y persistencia que la ansiedad normal; es decir la diferencia entre una respuesta adaptativa y funcional con respecto de una patológica y disfuncional, reside en el aspecto cuantitativo y cualitativo de su manifestación (Endler & Kocovski, 2001).

1.3.1.1 Tipos de ansiedad

En cuanto a la concepción de la ansiedad, explicada por Devereux (2003), se diferencia:

- a) Ansiedad exógena: situaciones y conflictos externos o psicosociales; relacionada con la ansiedad generalizada, responde al proceso psicoterapéutico.
- b) Ansiedad endógena: situaciones autónomas, independientemente de los estímulos externos o ambientales; relacionada con ataques de pánico, fobias, etc., responde de mejor manera a un proceso farmacológico.
- c) Ansiedad primaria: no es originada del cuadro patológico o sintomatológico de otro trastorno psíquico u orgánico subyacente.
- d) Ansiedad secundaria: ocasionada de una afección primaria de carácter psiquiátrico.

- e) Ansiedad reactiva: reacciones neuróticas surgidas a causa de cuadros de angustia y ansiedad generalizada.
- f) Ansiedad nuclear: crisis de angustia y la ansiedad generalizada.

1.3.1.2 Ansiedad como estado y como rasgo

El concepto de ansiedad ha ido evolucionando y abarcando con el tiempo más aspectos, siendo así un constructo compuesto por componentes cognitivos, conductuales, emocionales y fisiológicos. Existen estudios que relacionan la ansiedad como una emoción, vinculándola con diferentes trastornos psicósomáticos (Millon, Millon, Meagher, & Escovar, 2001).

Sadín (2003), expone en la psicología de la personalidad, que la ansiedad posee un componente de estado y otro de rasgo; asimismo, existe una relación con respecto a los niveles de intensidad en que se experimenta la ansiedad, es decir que existe una correlación entre las dimensiones estado y rasgo de la ansiedad; un individuo con alto rasgo de ansiedad reaccionará con mayor frecuencia de forma ansiosa; originando sentimientos desagradables de irritabilidad, desasosiego, temor, debilidad, desfallecimiento, desesperación, irrealidad, etc. (Endler & Kocovski, 2001).

- a) Ansiedad estado: Tendencia temperamental que conlleva a una comprensión emocional, variable y transitoria referida a la intensidad y duración de un estímulo o acontecimiento concreto que puede identificarse; de igual manera la percepción consciente de tensión subjetiva, trae consigo una activación autonómica y somática. La intensidad de la emoción provocada por el estímulo aumenta si se evalúa a la situación como amenazante o de peligro real, denominándose ansiedad aguda; sin embargo, si se considera que no existe un peligro verdadero, la intensidad de la emoción será baja, aunque exista en realidad dicho peligro (Fonseca, Paino, Sierra-Baigrie, Giráldez, & Muñiz, 2012).
- b) Ansiedad rasgo: Tendencia temperamental subjetiva que conlleva a una respuesta prolongada y mantenida de tipo ansiosa, basada en una interpretación de la situación y del estímulo como amenaza o peligro, lo sea o no; este esquema acompaña a personalidades neuróticas e introvertidas; de igual manera, se ve influenciado por factores biológicos, sociales, culturales, familiares, etc. Este tipo de respuesta representa una estructura más o menos estable, que se ha formado a lo largo de la biografía de cada persona; en función al rasgo de ansiedad, el individuo tendrá mayor o menor probabilidad de desarrollar un trastorno de ansiedad que otra que no posea el rasgo, entonces, se tendrá una

predisposición a la magnificación de peligro y una mayor vulnerabilidad al estrés (Endler & Kocovski, 2001).

1.3.2 Factores predisponentes para la ansiedad

La ansiedad es el resultado de la percepción y análisis subjetivo consciente o inconsciente, acerca de una situación que se considera de peligro; Freud identificó algunos elementos fenomenológicos y fisiológicos en sus estudios sobre la ansiedad, refiriendo que las distintas formas de neurosis son determinadas por la intensidad y grado de presentación de experiencias traumáticas, según el estadio evolutivo en los cuales se dieron y en el que se encuentre actualmente el individuo; lo que implica que la ansiedad sea una característica esencial de la neurosis, como una respuesta no realista ante un estímulo que causa aversión (Freud, 1964).

Por su parte, Lazarus (2011) sugirió múltiples factores del origen de la ansiedad:

- a) Factores biológicos: alteraciones en los sistemas neurobiológicos, gabaérgicos, serotoninérgicos, anomalías estructurales en el sistema límbico, alteraciones físicas y predisposición genética, mayor frecuencia de uso y/o retirada de medicinas, sedantes, alcohol, drogas y otras sustancias.
- b) Factores ambientales: determinados estresores ambientales, hipersensibilidad, respuestas aprendidas.
- c) Factores psicosociales: ambiente familiar, experiencias amenazadoras, preocupaciones excesivas, rasgos de personalidad.

1.3.3 Síntomas de la ansiedad

La psicopatología actual propone diferencias cualitativas entre cuadros clínicos y normales de ansiedad; ambos tipos de ansiedad, estado y rasgo, buscan responder a una demanda concreta, diferenciándose una de otra en función del grado de las manifestaciones sintomáticas ante el estresor; considerando como rasgo y estado a la ansiedad patológica, la misma que incluye sintomatología percibida por el paciente como perturbadora e irracional (Sadin, Paloma, & Chorot, 2003).

Los cuadros ansiosos se refieren a estados de anticipación al peligro, caracterizados por sentimientos de agitación e inquietud desagradables; la sintomatología psicológica acompañada de la sensación de peligro inminente, es decir, las manifestaciones cognitivas,

conductuales y emocionales, conllevan a una respuesta de conmoción donde el individuo busca una posible solución al peligro. Las investigaciones relacionadas a la temática tuvieron un auge en la década de los ochenta, conocida como la década de la ansiedad (Devereux, 2003).

La Asociación Americana de Psiquiatría (1994), denominó al trastorno de ansiedad como un trastorno de angustia, el cual implica crisis recidivantes e inesperadas.

En general, la ansiedad nace de una valoración poco realista y se manifiestan en crisis llegando incluso a estados de pánico; asimismo, es común que emerjan otros rasgos como neuróticos, obsesivos, histéricos, psicóticos, etc. que no pertenecen a la patología en sí de ansiedad, pero que sin duda agravan el cuadro clínico. Una de las características de la ansiedad es la anticipación, ya que se piensa poseer una capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza; asimismo, se da una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta adaptativa y de protección y preservación ante posibles daños; sin embargo, si estos niveles y estados de ansiedad se tornan constantes y elevados, provoca manifestaciones patológicas a nivel emocional, funcional, etc. (Lazarus & Lazarus, 2000).

De igual manera, hablar de la sintomatología de los cuadros de ansiedad, diferentes sistemas se ven involucrados en las respuestas del estado de ánimo; según Endler y Kocovski (2001), los cuadros de ansiedad involucran síntomas:

- a) Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, taquicardia, dolor precordial, tensión arterial elevada, excesos de calor, miedo a perder el control, volverse loco o sensación de muerte, etc.
- b) Síntomas respiratorios: sensación de sofoco, disnea, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica, etc.
- c) Síntomas gastrointestinales: vómito, náusea, diarrea, aerofagia, molestias digestivas, estreñimiento, etc.
- d) Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia, etc.
- e) Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblores hormigueo, cefaleas, fatiga excesiva, temblor, parestesias, etc.
- f) Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareo, lipotimia, inestabilidad, preocupación, aprensión, etc.

La ansiedad como una sensación o un estado emocional normal, constituye una respuesta adaptativa de los seres vivos, para el manejo de exigencias externas o internas; sin embargo, cuando la intensidad y duración de estos estados sobrepasa la capacidad adaptativa de la persona, se convierte en patológica, trayendo consigo un malestar clínicamente significativo biológico, psicológico, social, familiar, etc. (Fernández, García, Jiménez, Martín, & Domínguez, 2013).

1.3.4 Ansiedad y salud pública

Según datos de la OMS (2016), la depresión y la ansiedad le cuestan a la economía mundial alrededor de US\$1 billón al año; estudios realizados por esta organización estimaron que los beneficios tanto sanitarios como económicos de la inversión en el tratamiento de las enfermedades mentales más frecuentes en el mundo, son mayores que en años anteriores, concluyendo que las inversiones en servicios de salud mental en todos los países, independientemente de su nivel de ingresos, son de gran importancia e impacto mundial.

“El tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene sentido desde el punto de vista de la salud y el bienestar, pero este nuevo estudio confirma que también lo tiene desde una perspectiva económica; se debe asegurar que el acceso a los servicios de salud mental se convierta en una realidad para todos los hombres, mujeres y niños, vivan donde vivan” (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Estadísticas revelaron que entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad aumentaron aproximadamente un 50%, de 416 millones a 615 millones; asimismo, cerca de un 10% de la población mundial estuvo afectada y los trastornos mentales representaron un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal. Las emergencias humanitarias y los conflictos aumentaron la necesidad de ampliar las opciones terapéuticas; la OMS estimó que durante las emergencias 1 de cada 5 personas se vieron afectadas por depresión y ansiedad. Por su parte estudios realizados en 2016, calcularon los costos y los resultados sanitarios en 36 países de ingresos bajos, medios y altos en los 15 años que van de 2016 a 2030, estimándolos aproximadamente en US\$ 147 000 millones (Organización Mundial de la Salud, 2016).

La salud mental tiene que ser una prioridad mundial en el ámbito del desarrollo y de las actividades humanitarias ya que las enfermedades mentales son un factor de impedimento y limitación personal y económica. Es por esto que la Organización Mundial de la Salud espera expandir los servicios de salud mental, con la finalidad de reducir en un tercio la mortalidad

prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención en distintos niveles y el debido tratamiento de las mismas, promoviendo la salud mental y el bienestar en general (Organización Mundial de la Salud, 2016).

1.3.5 Conclusiones

Así pues, en el presente capítulo, que expuso una documentación teórica acerca de las adicciones, estrategias de afrontamiento y ansiedad; basado en diferentes teorías, autores, estadísticas, informes, estudios, investigaciones, leyes, proyectos, actas, etc. Primeramente se recuerda que las estrategias de afrontamiento entonces se refieren a aquellas reacciones emocionales que se encuentran mediadas por procesos cognitivos en cuanto a la valoración de la situación misma y de los recursos disponibles para evitar o reducir sus consecuencias; esta capacidad de afrontamiento es la que los autores definen como un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes orientados a manejar demandas externas y/o internas que son percibidas como excedentes o desbordantes de los recursos personales, situaciones estresantes (Lazarus & Lazarus, 2000).

Estas estrategias se relacionan con los esfuerzos requeridos para manejar situaciones potencialmente amenazantes o que superan los propios recursos; su relación con las recaídas de los exadictos se ve reflejada en la rigidez de sus mecanismos y la pobre disponibilidad de conductas alternativas de afrontamiento, ya sea en conflictos en general o específicamente hablando del impulso de consumo. Al existir un funcionamiento saludable de estas estrategias, se emplearían diversas estrategias de manera adaptativa y productiva para sí mismos, familiares y sociedad en general.

Asimismo, para el modelo de afrontamiento la respuesta ansiosa es una respuesta de anticipación, mediada cognitivamente, en la que el sujeto anticipa la amenaza, la incapacidad de hacer frente a ella. Es importante el acento que se pone en la percepción de imposibilidad de control, que para este modelo es el elemento esencial en la explicación de la patología. No tememos tanto a las situaciones, como a la sensación de no poder hacer nada por controlarlas. Vinculando de este modo al estrés, que es la simple percepción de la demanda a la que es sometido el organismo, con la angustia y con la ansiedad.

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA, INSTRUMENTOS Y RESULTADOS

Se aborda a continuación, el método empleado en esta investigación, de igual manera se describe el diseño, tipo de participantes, criterios de inclusión y exclusión, consideraciones, etc.; se describen brevemente el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), como los instrumentos de evaluación aplicados; y por último se exponen los resultados conseguidos mediante el procesamiento y correlación de la información.

2.1 Método

2.1.1 Diseño

El presente estudio es de tipo cuantitativo, con un diseño no experimental, de corte transversal, descriptivo-correlacional; con el fin de medir las variables de estrategias de afrontamiento, se aplicó el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE), así como el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), con el objetivo de medir la variable ansiedad.

2.1.2 Participantes

Se seleccionó al Centro Terapéutico Amor y Vida como la muestra más adecuada para este estudio, debido a la facilidad de acceso y trabajo con respecto a la muestra. Es así como 60 participantes, representan el universo de exusuarios que asisten a seguimiento en CENTERAVID, esta muestra se obtuvo mediante un consentimiento informado para formar parte de este estudio.

La muestra cumplió con los criterios de inclusión y exclusión y fue obtenida en diferentes fechas en el lapso de 3 meses exactamente.

2.1.2.1 Criterios de inclusión

- a) Varones rehabilitados del consumo de sustancias.
- b) Varones rehabilitados del consumo de sustancias que acuden a seguimiento en el Centro Terapéutico Amor y Vida.
- c) Varones rehabilitados del consumo de sustancias con funciones físicas y mentales normales.

- d) Varones rehabilitados del consumo de sustancias con un mínimo de 3 meses en cuanto al tiempo de abstinencia.

2.1.2.2 Criterios de exclusión

- a) Varones en actual consumo de sustancias.
- b) Varones que no acuden al seguimiento en el Centro Terapéutico Amor y Vida.

2.1.3 Consideraciones

Los participantes formaron parte de manera voluntaria, mediante un consentimiento informado; en el cual se explicaba con claridad los objetivos, metodología, anonimato, relevancia del estudio, etc.

2.2 Instrumentos

2.2.1 Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE)

La mayoría de los cuestionarios que existen actualmente sobre el afrontamiento del estrés derivan directa o indirectamente del WCQ desarrollado por Folkman y Lazarus en 1980; en la investigación con fines psicométricos para la elaboración y validación del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE), Sadín & Chorot (2003) propusieron 7 estrategias de afrontamiento, basándose en los trabajos de Lazarus & Folkman (1984) donde se explica la temática de términos amplios y subdivisiones demasiado extensas.

Es así como el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) es un autoinforme compuesto por 42 ítems, diseñado para evaluar siete estilos básicos de afrontamiento: focalizado en la solución del problema, autofocalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social y religión; cuenta con un Alfa de Cronbach de $\alpha = 0.79$ (Sadín, Paloma, & Chorot, 2003).

2.2.2 Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI)

Este inventario fue desarrollado por Spielberger, Gorsuch y Lushene en 1970; el autoinforme, está compuesto por 40 ítems en términos afirmativos y negativos, diseñado para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable) (Fonseca, Paino, Sierra-Baigrie, Giráldez, & Muñiz, 2012).

Cuenta con un Alfa de Cronbach de $\alpha = 0.93$, lo que se considera en la psicometría como suficiente para garantizar la fiabilidad de la escala.

En cuanto a la información técnica del inventario, el marco de referencia temporal en el caso de la ansiedad como estado es «ahora mismo, en este momento» (20 ítems) y en la ansiedad como rasgo es «en general, en la mayoría de las ocasiones»:

- a) AE: 10 ítems afirmativos y 10 negativos; esta sub escala evalúa un estado emocional transitorio o condición del organismo humano que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Este estado puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.
- b) AR: 13 ítems afirmativos y 7 negativos; esta sub escala evalúa la propensión ansiosa, relativamente estable, es decir, la tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

2.3 Procedimiento

Fase 1: Se determinó la batería psicométrica más adecuada para medir las variables de estrategias de afrontamiento y ansiedad.

Fase 2: Previo consentimiento informado tanto para el Centro Terapéutico Amor y Vida, como para los participantes; se llenó una ficha sociodemográfica y se evaluaron las estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad. Los cuestionarios e inventarios fueron realizados con la facilitación de la autora, lo que logró que fuesen resueltos con mayor comprensión. Finalmente se realizó una entrevista psicológica a 5 de los participantes, seleccionados de manera aleatoria, para indagar acerca de su historia personal.

Fase 3: Una vez obtenidas las muestras, los instrumentos se interpretaron y se creó una base de datos con la información obtenida en *Microsoft Excel* y *Software Estadístico SPSS 23*, asimismo, se crearon figuras y tablas de interpretación estadística, para simplificar los resultados y correlaciones producidas.

Fase 4: Por último, se cotejaron las variables para establecer una relación entre las variables del estudio.

2.4 Procesamiento de resultados

Los reactivos fueron aplicados a 60 varones rehabilitados del consumo de sustancias, quienes asisten a seguimiento en CENTERAVID; los datos obtenidos fueron introducidos en una base de datos creada por la autora. De igual manera, fueron incluidos los datos sociodemográficos y la información recabada de las entrevistas; y se otorgó valores estadísticos, con la finalidad de orientar los resultados y las correlaciones.

Para la realización de este estudio se ha optado por presentar los resultados en tablas y figuras, realizadas en el *Software* Estadístico SPSS 23; se toman en cuenta de manera individual la media estadística con respecto a las variables estudiadas, para representar el promedio y distribución de los valores obtenidos; se considera de igual manera, los intervalos calculados al 95% de confianza, estimaciones que aportan sustentabilidad práctica a los datos obtenidos. Finalmente se emplean correlaciones de Pearson, mediante las cuales se establece correlaciones significativas, valores p de prueba de hipótesis y coeficientes de determinación.

2.5 Resultados

A continuación, se presentan los datos obtenidos por medio de la ficha sociodemográfica, lo que provee un panorama acerca de la muestra de la investigación y de la situación de los participantes.

Tabla 1. *Datos sociodemográficos de los participantes*

Datos descriptivos	n	%
Edad		
18 - 26	34	56.7
27 - 34	8	13.3
35 - 42	9	15.0
43 - 50	5	8.3
51 - 58	4	6.7
Total	60	100.0
Nivel de instrucción		
Primaria completa	13	21.7
Secundaria completa	17	28.3
Secundaria incompleta	12	20.0
Sin educación/Primaria incompleta	2	3.3
Universitaria completa	4	6.7
Universitaria incompleta	12	20.0
Total	60	100.0
Estado civil		
Casado	18	30.0
Divorciado	2	3.3
Separado	5	8.3
Soltero	32	53.3
Unión libre	3	5.0
Total	60	100.0

La Tabla 1. ilustra el universo conformado por 60 participantes y se desglosan varios datos tomados de la ficha sociodemográfica que se describen a continuación.

La media de edad es de 30 años, el 25% tiene menos de 22 años, el 50% tiene menos de 26 años y el 75% tiene menos de 39 años; lo que sugiere que la población prevalente son los adultos jóvenes o tempranos (ver Figura 1.).

En cuanto al nivel de instrucción, se observa que apenas un 3.3% no tienen educación primaria o no la completaron y la mayoría de participantes completaron la secundaria, representado en un 28.3%.

Continuando con el estado civil, se observa que el 53.3%, es decir, la mayoría son solteros.

Figura 1. Rangos de edad de los participantes

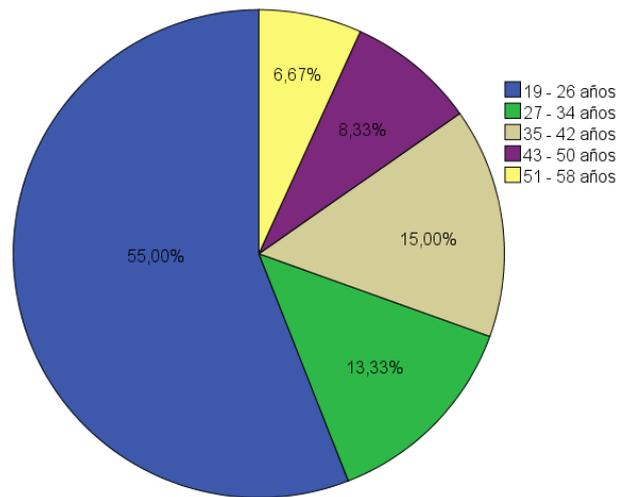


Tabla 2. Tiempo de abstinencia de los participantes

Tiempo de abstinencia	n	%
0-3 meses	10	16.8
3-6 meses	22	36.8
6-9 meses	7	11.7
9-12 meses	1	1.7
1 año(s)	6	10.0
2 año(s)	2	3.3
3 año(s)	2	3.3
4 año(s)	1	1.7
5 año(s)	2	3.3
8 año(s)	2	3.3
10 año(s)	1	1.7
12 año(s)	1	1.7
14 año(s)	1	1.7
15 año(s)	1	1.7
19 año(s)	1	1.7
Total	60	100.0

La Tabla 2. muestra que el 36.8%, o sea, la mayoría de varones tienen de 3 – 6 meses de abstinencia; contrariamente, un 8.5% se encuentran en un periodo de abstinencia de hasta 19 años.

A continuación, se presenta el análisis con respecto al Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE) y al Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), aplicados para medir las variables del estudio; primeramente se interpretarán los resultados de cada test de manera individual, para posteriormente cotejar ambas variables en función de los resultados obtenidos.

Tabla 3. Prevalencia del uso de estrategias de afrontamiento al estrés (CAE)

	n	\bar{x} (DE)	95% IC	
			LI	LS
Focalizado en la solución del problema (FSP)	60	14.53 (6.08)	12.96	16.10
Autofocalización negativa (AFN)	60	10.97 (4.05)	9.92	12.01
Reevaluación positiva (REP)	60	15.58 (5.16)	14.25	16.92
Expresión emocional abierta (EEA)	60	11.65 (5.53)	10.22	13.08
Evitación (EVT)	60	12.45 (5.16)	11.12	13.78
Búsqueda de apoyo social (BAS)	60	12.62 (7.21)	10.75	14.48
Religión (RLG)	60	12.62 (6.30)	10.99	14.24

Nota: DE= Desviación Estándar; IC= Índice de Confianza; LI= Límite Superior; LS= Límite Inferior.

La Tabla 3. destaca de manera individual la media estadística con respecto a las 7 subescalas que conforman el cuestionario; a continuación, se describen individualmente las escalas de mayor relevancia estadística.

Reevaluación positiva (REP), que consiste en la modificación del significado del estresor, resaltando la importancia de los aspectos positivos y expresar optimismo; se muestra como la estrategia mayormente empleada en situaciones adversas por los varones rehabilitados del consumo de sustancias, con una media de 15.58 y un 95% IC de 14.25 – 16.92.

Contrariamente, la estrategia menos empleada es Autofocalización negativa (AFN), la misma que implica un abordaje de auto convencimiento negativo, indiferencia, indefensión, incapacidad, auto culpación, resignación, etc., con una media de 10.97 y un 95% IC de 9.92 – 12.01.

Tabla 4. Niveles de ansiedad estado-rasgo (STAI)

	n	\bar{x} (DE)	95% IC	
			LI	LS
Ansiedad estado (AE)	60	18.18 (12.25)	15.02	21.35
Ansiedad rasgo (AR)	60	20.88 (11.73)	17.85	23.91

Nota: DE= Desviación Estándar; IC= Índice de Confianza; LI= Límite Superior; LS= Límite Inferior.

Se puede observar de manera individual en la Tabla 4. la media estadística con respecto a los 2 componentes del inventario; a continuación, se describen individualmente los componentes.

Ansiedad rasgo (AR), la cual representa una tendencia temperamental subjetiva que conlleva a una respuesta prolongada y mantenida de tipo ansiosa; refleja una media de 20.88 y un 95% IC de 17.85 – 23.91.

Por su parte, la Ansiedad estado (AE), que implica una tendencia temperamental, la cual conlleva a una comprensión emocional variable y transitoria de ansiedad; posee una media de 18.18 y un 95% IC de 15.02 – 21.35.

Así pues, se analiza la relación entre estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad en varones rehabilitados del consumo de sustancias del Centro terapéutico Amor y Vida “CENTERAVID”.

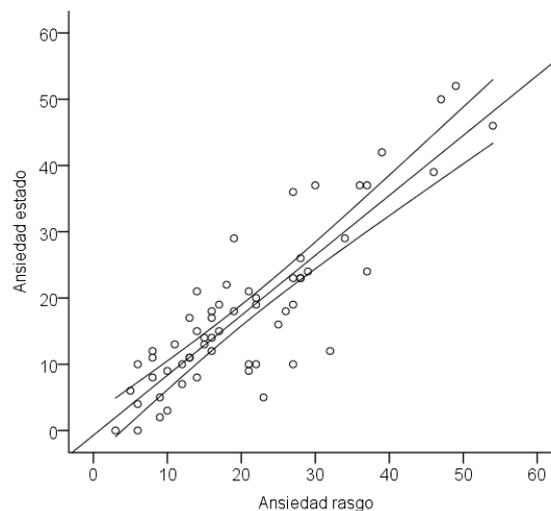
Tabla 5. *Correlación de Pearson para los componentes de la ansiedad*

		AE	AR
Ansiedad estado (AE)	Correlación de Pearson	1	,867**
	Sig. (bilateral)		,000
	n	60	60
Ansiedad rasgo (AR)	Correlación de Pearson	,867**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	n	60	60

Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral); Sig. (bilateral)= Valor p.

Se puede ver que en la Tabla 5. existe una correlación positiva significativa con un coeficiente de Pearson de 0.867 entre los componentes estado y rasgo de la ansiedad, con un valor $p < 0.01$ (ver Figura 2).

Figura 2. *Diagrama de dispersión para los componentes de la ansiedad*



Finalmente, se correlaciona la variable ansiedad y sus dos componentes, con la variable estrategias de afrontamiento y sus siete subescalas.

Tabla 6. Correlación de Pearson entre los componentes de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento

		FSP	AFN	REP	EEA	EVT	BAS	RLG
AE	Correlación de Pearson	-,315*	,096	-,242	,357**	,036	-,262*	-,364**
	Sig. (bilateral)	,014	,467	,063	,005	,785	,043	,004
	n	60	60	60	60	60	60	60
AR	Correlación de Pearson	-,386**	,278*	-,193	,496**	,067	-,327*	-,348**
	Sig. (bilateral)	,002	,032	,140	,000	,609	,011	,006
	n	60	60	60	60	60	60	60

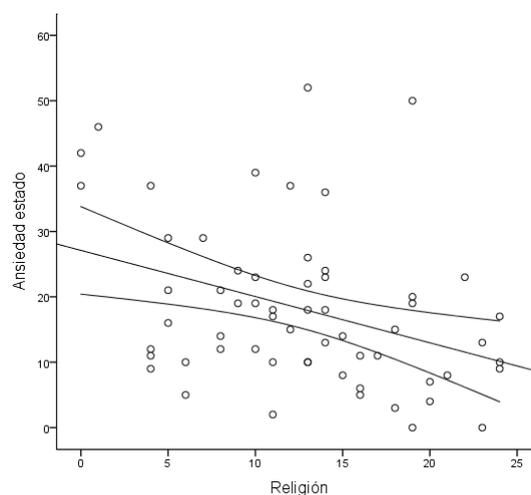
Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral); *. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral); Sig. (bilateral)= Valor p.

Los valores medidos son Ansiedad estado (AE) y Ansiedad rasgo (AR), en comparación con Focalizado en la solución del problema (FSP), Autofocalización negativa (AFN), Reevaluación positiva (REP), Expresión emocional abierta (EEA), Evitación (EVT), Búsqueda de apoyo social (BAS) y Religión (RLG).

A partir de la Tabla 6. Se establecen correlaciones calculadas mediante el coeficiente de Pearson y validadas con el valor p de prueba de hipótesis. A continuación, se describen individualmente las correlaciones de mayor relevancia estadística.

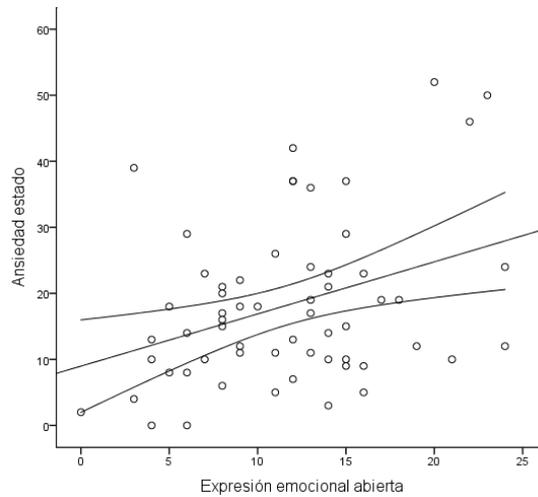
Se encontró una correlación negativa con un coeficiente de Pearson de -0.364 en cuanto a la subescala Religión (RLG) y Ansiedad estado (AE), con un valor $p < 0.01$; es decir, que al afrontar situaciones estresantes con apoyo espiritual, orar, asistir a la iglesia, etc., disminuye los niveles de ansiedad como estado (ver Figura 3.).

Figura 3. Diagrama de dispersión para la subescala religión y ansiedad estado



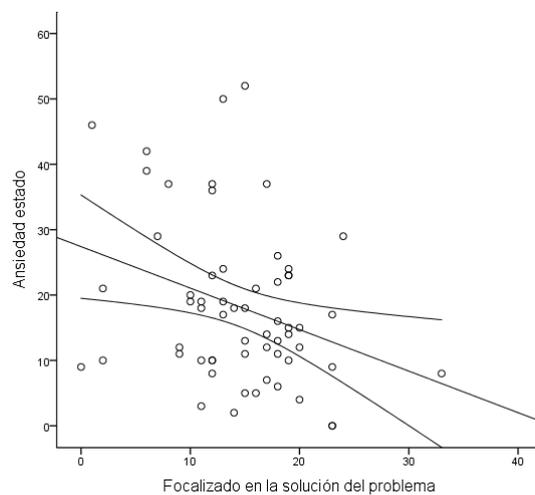
Por otra parte, se da una correlación positiva con un coeficiente de Pearson de 0.357 en cuanto a la subescala de Expresión emocional abierta (EEA) y Ansiedad estado (AE), con un valor $p < 0.01$; en otras palabras, el desahogo de mal humor, insultos, hostilidad, irritación, etc. al enfrentar el estrés, aumentan los niveles de ansiedad como estado (ver Figura 4.).

Figura 4. Diagrama de dispersión para la subescala expresión emocional abierta y ansiedad estado



No obstante, existe una correlación negativa con un coeficiente de Pearson de -0.315 en cuanto a la subescala Focalizado en la solución del problema (FSP) y Ansiedad estado (AE), con un valor $p < 0.05$; lo que sugiere, que al hacer frente a estresores de una manera dirigida a resolver la problemática, disminuye los niveles de ansiedad como estado (ver Figura 5).

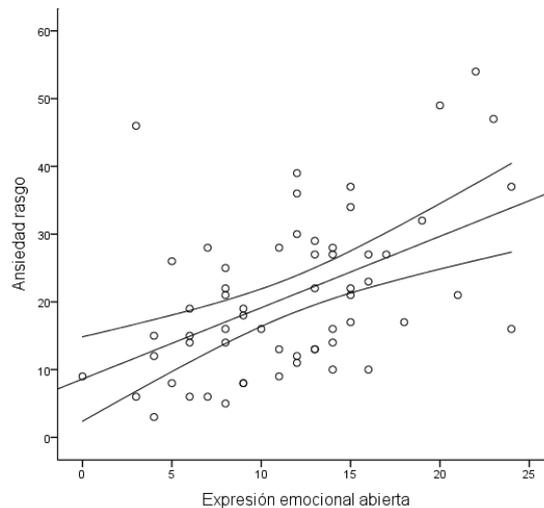
Figura 5. Diagrama de dispersión para la subescala focalizado en la solución del problema y ansiedad estado



Se manifiesta a continuación, lo que referente a las estrategias y la ansiedad como rasgo.

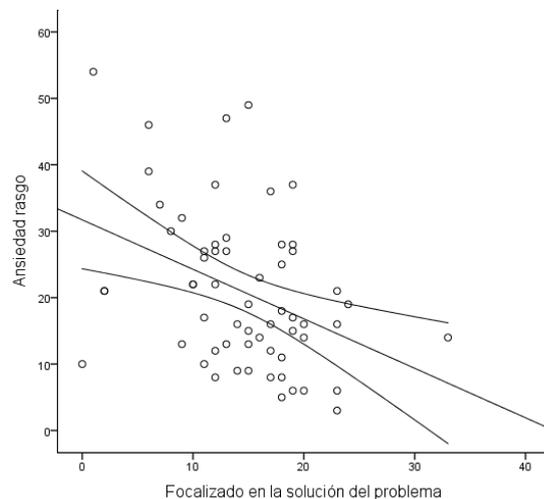
Se establece una correlación positiva con un coeficiente de Pearson de 0.496 en cuanto a la subescala Expresión emocional abierta (EEA) y Ansiedad rasgo (AR), con un valor $p < 0.01$; o sea que, el desahogo de mal humor, insultos, hostilidad, irritación, etc. en situaciones estresantes, aumenta los niveles de ansiedad como rasgo (ver Figura 6.).

Figura 6. Diagrama de dispersión para la subescala expresión emocional abierta y ansiedad rasgo



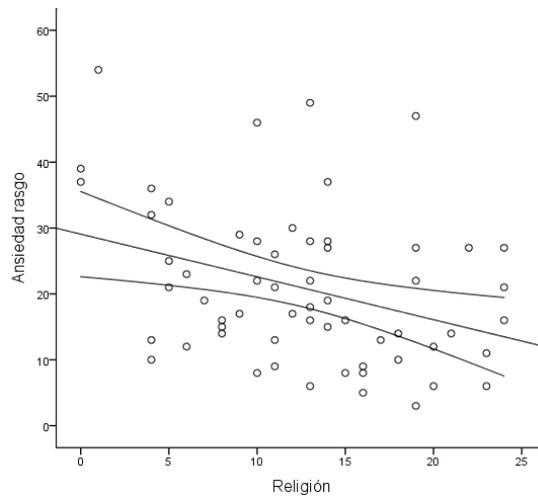
Además, se confirmó una correlación negativa con un coeficiente de Pearson de -0.386 en cuanto a la subescala Focalizado en la solución del problema (FSP) y Ansiedad rasgo (AR), con un valor $p < 0.01$; lo que sugiere, al intentar modificar la situación adversa con el fin reducir el estrés que genera la misma, disminuye los niveles de ansiedad como rasgo (ver Figura 7.).

Figura 7. Diagrama de dispersión para la subescala focalizado en la solución del problema y ansiedad rasgo



Finalmente, se atribuyó una correlación negativa con un coeficiente de Pearson de -0.348 en cuanto a la subescala Religión (RLG) y Ansiedad rasgo (AR), con un valor $p < 0.01$; es decir, afrontar situaciones estresantes con apoyo espiritual, orar, asistir a la iglesia, etc., disminuye los niveles de ansiedad como rasgo (ver Figura 8.).

Figura 8. Diagrama de dispersión para la subescala religión y ansiedad rasgo



CAPÍTULO III: DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Este estudio se propuso analizar la relación entre estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad en varones rehabilitados del consumo de sustancias que asisten a seguimiento en el Centro terapéutico Amor y Vida “CENTERAVID”. Con el fin de identificar esta relación, se estableció la prevalencia del uso de las estrategias de afrontamiento al estrés y los niveles de ansiedad estado y rasgo de la muestra; así como algunos datos sociodemográficos e información recabada; finalmente, se establecieron las correlaciones y las pruebas de hipótesis que guiaron inicialmente el estudio.

Estudios previos han señalado que alrededor de 250 millones de personas, que representan el 5% de la población adulta mundial, consumieron drogas por lo menos una vez en 2015. Además, cerca de 29,5 millones de esos consumidores, es decir, el 0,6% de la población adulta mundial, padecen trastornos provocados por el uso de drogas; de hecho, el consumo de sustancias es perjudicial hasta el punto de provocar drogodependencia y necesitar tratamiento (Organización de las Naciones Unidas, 2017).

Tal como lo indican las estadísticas mundiales, el universo de 60 participantes, se sujeta a una media de edad de 30 años, en otras palabras, la población prevalente de varones rehabilitados del consumo de sustancias, es de adultos jóvenes o tempranos, de quienes el 50% tiene menos de 26 años y el 75% tiene menos de 39 años.

Asimismo, se estableció que 36.8%, es decir, la mayoría de varones llevan de 3 – 6 meses de abstinencia, análogamente, representaron un 8.5% los varones que se encuentran en un periodo de abstinencia de hasta 19 años. Este resultado es significativo ya que destaca una correlación negativa en cuanto a tiempo de abstinencia-asistencia a seguimiento, lo que quiere decir que, a mayor tiempo de abstinencia, existirá una menor asistencia a terapia de seguimiento.

Es interesante que el 11.9% mantengan la abstinencia por un largo periodo, a pesar de estudios realizados por la *National Drug Intelligence Center* (2011) que establecieron que las tasas de recaída para las personas con adicciones y otros trastornos por consumo de sustancias poseen un porcentaje situado en un rango del 40 a 60% aproximadamente; por añadidura, en este particular escenario representan un factor protector para los asistentes de seguimiento con un menor periodo de abstinencia, a manera de aprendizaje vicario y pseudoguías vivenciales; es por ello que sería interesante medir esta variable en futuras investigaciones.

Por otra parte, se encontró que apenas el 11.6% son divorciados o separados, contrariamente, en su mayoría 53.3% son solteros. Estudios previos realizados por el Observatorio Especializado en Sustancias Psicoactivas (2012), establecieron que el consumo de sustancias en la ciudad de México de hombres solteros representó un 21.6% de la población y un 2.2% los divorciados o separados.

Además, haciendo alusión a más de la mitad del universo, se observa una correlación positiva en cuanto a soltería-consumo de sustancias, en otras palabras, si el individuo en consumo no tiene una relación sentimental, existirá una mayor probabilidad de drogodependencia. Según la OMS (2015), personas que han sido abandonadas y/o abusadas física y emocionalmente se asocian con un mayor riesgo de una amplia gama de problemas psicológicos y de comportamiento, incluyendo depresión, abuso de sustancias, ansiedad, comportamiento suicida, enfermedades infecciosas, etc.; a pesar de ello, esta fue una variable no medida dentro del estudio.

En cuanto al nivel de instrucción, se determinó que apenas un 3.3% no tienen educación primaria o no la completaron y la mayoría de participantes completaron la secundaria, representando un 28.3%; los participantes no continuaron con su formación académica esencialmente por motivos económicos. De acuerdo con la Oficina la ONU contra la Droga y el Delito (2017), los grupos de mayor nivel socioeconómico son más propensos a iniciarse en el consumo de sustancias, comparados con los de menor nivel socioeconómico, no obstante, estos últimos pagan un precio más alto y con mayor probabilidad de caer en la drogodependencia.

3.1 Niveles de ansiedad

Haciendo alusión una de las variables de la investigación, estudios posicionaron a la ansiedad y estrés como foco de interés en muchos campos de la salud, especialmente en el campo de las adicciones; ya que estos estados perturbadores podrían estar relacionados tanto al proceso adictivo como a cuadros psicopatológicos derivados de la adicción (Pedrero & Olivar, 2010).

Es así como, los resultados de este estudio muestran que la Ansiedad rasgo (AR), que representa una tendencia temperamental subjetiva que conlleva a una respuesta prolongada y mantenida de tipo ansiosa; muestra un promedio de 20.88; ansiedad estado (AE) que implica una tendencia temperamental, la cual conlleva a una comprensión emocional variable y transitoria de ansiedad; posee un promedio de 18.18.

Según Garzón, y otros (2014), en general, los resultados que presenten AR de alta puntuación, presentarán más frecuentemente una elevación de la AE que los sujetos con AR baja; debido a la percepción del estímulo como amenazador. Es así como personas con AR alta son más propensos a responder con un aumento de AE en situaciones interpersonales que impliquen alguna amenaza a la autoestima.

Un hallazgo importante fue una correlación positiva muy significativa entre los componentes estado y rasgo de la ansiedad, lo cual quiere decir que, a mayor ansiedad como rasgo, existirá mayor ansiedad como estado; esta correlación posee una confiabilidad del 100%.

3.2 Estrategias de afrontamiento

Como ya se mencionó en la revisión de la literatura científica, las estrategias de afrontamiento son eficaces solo si contribuyen al bienestar fisiológico, psicológico y social de la persona; esta eficacia se refleja en la habilidad para manejar y reducir el malestar inmediato, así como en sus efectos a largo plazo, en términos de bienestar psicológico y en el estado de salud (García & Suárez, 2002).

Hallazgos de Monras, Mondon y Jou (2010), establecieron que los pacientes drogodependientes manejan de manera distinta estrategias basadas en el humor, expresión emocional y consumo de sustancias; en comparación con la población no adicta. Por otro lado, estrategias fundamentadas en la ayuda social o espiritual, son las mayormente empleadas por esta población específica; en general las estrategias de afrontamiento que usan son menos adaptativas, con menor compromiso personal, muy basadas en la dependencia de elementos externos, en la desconexión de la realidad y con poca reflexión de las posibles soluciones.

Esta investigación halló que la subescala Reevaluación positiva (REP) consiste en una tendencia a ver el lado positivo de las cosas y expresar optimismo; es la estrategia mayormente empleada en situaciones adversas por los varones rehabilitados del consumo de sustancias; sujeta a un promedio de 15.58. Análogamente, la estrategia menos empleada es Autofocalización negativa (AFN), la misma que implica un abordaje de auto convencimiento negativo, indiferencia, indefensión, incapacidad, auto culpación, resignación, etc.; con un promedio de uso de 10.97.

Estudios realizados avalan la efectividad del uso de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema; sin embargo, el apoyo social, proporciona los medios para lograr una catarsis

e identificarse con otras personas en crisis similares, poder recibir un *feedback* y apoyo en general; las personas que cuentan con apoyo social tienen mejor salud mental y afrontan adecuadamente los eventos estresantes (Macías, Orozco, Amaris, & Zambrano, 2013).

Además, esta investigación halló que las subescalas que representan una disminución de ambos componentes de la ansiedad (estado y rasgo), son Focalizado en la solución del problema (FSP) y Religión (RLG); con un valor $p < 0.01$ y $p < 0.05$. En otras palabras, al intentar modificar la situación adversa con el fin reducir el estrés que genera la misma; o afrontar situaciones estresantes con apoyo espiritual, orar, asistir a la iglesia, etc.; disminuye los niveles de ansiedad en general.

Ahora bien, un hallazgo interesante es que la estrategia de Expresión emocional abierta (EEA), representó un aumento de ambos componentes de la ansiedad (estado y rasgo); en ambos casos con un valor $p < 0.01$. De hecho, el desahogo de mal humor, insultos, hostilidad, irritación, etc. al enfrentar el estrés, aumentan los niveles de ansiedad en general.

Finalmente, otro hallazgo interesante es que el mecanismo de Búsqueda de apoyo social (BAS), representa una correlación negativa con respecto a la ansiedad en general, empero, no posee un coeficiente de Pearson significativo, ni un valor p de prueba para esta hipótesis fiable. A pesar de ser una estrategia positiva, la Búsqueda de apoyo social (BAS), no es una estrategia realmente efectiva; es posible que esto obedezca a razones culturales y al hecho de que el consumo sea ampliamente tolerado, mientras no exista una dependencia. Es aquí donde empieza la estigmatización, discriminación y aislamiento social. En ese contexto, reconocer que se tiene dificultades para mantener no consumir y pedir ayuda para controlarlo resulta complicado (Monras, Mondon, & Jou, 2010).

3.3 Conclusiones

El manejo eficaz o no de las demandas del medio o de sí mismo, depende directamente de la percepción simbólica de la realidad; de ser eficaz, conllevará a una adaptación funcional, capaz de satisfacer situaciones conflictivas y reestablecer la homeostasis alterada.

Existen situaciones en las cuales los estilos de afrontamiento se enfocan en la aceptación de la realidad, la limitación de los recursos para modificarla y en la valoración de la tolerancia y resiliencia como medio homeostático; esto no significa una resignación propiamente dicha,

más bien se trata de una negociación realista, ajustada a la realidad del momento y la alternativa más funcional con la que se cuenta.

En la fase de abstinencia, las habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo de consumo, los individuos utilizaron más frecuentemente estrategias cognitivas. De modo similar, con un mayor tiempo de abstinencia, se da una evolución de habilidades que van desde la evitación de situaciones de riesgo hasta las estrategias más complejas. En un principio de la abstinencia, utilizan la evitación conductual, búsqueda de apoyo, hasta dominar estrategias conductuales con mayor confianza.

Esta investigación proporcionó una revisión teórica y práctica acerca de la diferente prevalencia del uso de estrategias de afrontamiento al estrés y su repercusión directa en los niveles de ansiedad en varones rehabilitados del consumo de sustancias del Centro terapéutico Amor y Vida “CENTERAVID”. Se recomienda en general a la comunidad de exadictos, ya que en sus manos recae la responsabilidad de mantener su sobriedad, cumplir con sus responsabilidades, insertarse en la sociedad de manera adaptativa y ser útiles en la misma, desvinculándose tanto del consumo de sustancias como de malas estrategias de adaptación y relacionamiento intra e interpersonal; que exista un mayor compromiso en sus reuniones semanales, ya que la responsabilidad de sus acciones, en general negativas, parece desplazarse en el grupo, consiguiendo con esto una pseudo absolución colectiva por sus errores. Entonces, de esta manera el aprendizaje social que se da entre los miembros, se verá reforzado con una actitud madura y responsable de llevar un grupo de apoyo como un lugar seguro para intercambiar ideas de manera productiva y con resultados positivos para sí mismos, sus familias y la sociedad en sí.

3.4 Recomendaciones

Una vez concluido el estudio, se considera interesante investigar sobre otros aspectos relacionados con mecanismos de afrontamiento y niveles de ansiedad en exadictos:

- Extender las variables tipo de personalidad y gravedad de consumo.
- Trabajar en programas de rehabilitación orientados al manejo de la ansiedad y al aprendizaje e identificación de habilidades conductuales y cognitivas que permitan afrontar con éxito dicho factor de riesgo.

- Establecer planes psicoeducativos enfocados a prevención primaria, secundaria y terciaria del consumo de sustancias, integrando al núcleo familiar en un tratamiento paralelo e integral al del exadicto; proporcionando apoyo, orientación psicológica, psicoeducación, terapia grupal con otras familias y terapia intrafamiliar.
- Fomentar el autoanálisis y autocuestionamiento en los exadictos, para reconocer de manera objetiva la motivación intrínseca y capacidad de cambio en pro de su abstinencia.
- Es de suma importancia que la comunidad de exadictos trabaje principalmente en las áreas deficientes de los miembros, esta investigación facilita fundamentación teórica y bases empíricas de los resultados expuestos, para que la comunidad note aquellos mecanismos insuficientes o mal empleados, ya que la ausencia de estos mecanismos ante situaciones y factores de riesgo podrían conllevar a la reaparición de rasgos y conducta adictiva.
- Motivar a los terapeutas vivenciales y a los asistentes a terapia de seguimiento a una mayor cohesión y sentido de responsabilidad grupal, que repercuta en un mejor manejo de las terapias, con mayor seriedad y responsabilidad social y personal.

Finalmente, la única limitación para realizar esta investigación, fue la poco fluida concurrencia de nuevos exadictos a terapia de seguimiento, ya que asisten con mayor frecuencia quienes llevan poco tiempo de salir de la clínica de adicciones, desentendiéndose de la misma al llevar mayor tiempo de abstinencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adés, J., & Lejoyeux, M. (2003). *Las nuevas adicciones: internet, sexo, juego, deporte, compras, trabajo, dinero*. Barcelona: Kairós.
- Aldeas Infantiles SOS. (2015). *Violencia intrafamiliar: datos y estadísticas en Ecuador*. Obtenido de <https://www.aldeasinfantiles.org.ec/>
- Almazán, A. (Marzo de 2012). Análisis del cambio en un problema de adicción al alcohol. *Clínica y Salud*, 23, 63-87.
- Alonso, A., & Swiller, H. (1993). *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica*. México: El Manual Moderno, S.A de C.V.
- Alvarado, J. (2008). *Introducción a la Clínica*. Bogotá: Javeriano.
- Álvarez, A., & Guidorizzi, A. (Junio de 2010). Consumo de alcohol y autoestima. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 634-640.
- Aris, E., & Martínez, F. (Enero de 2014). Estadística para aterrorizados: interpretando intervalos de confianza y valores p. *Medware*, 14, 123-140.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1994). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 4* (Vol. 4). Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5* (Vol. 5). Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Barón, F., & Téllez, F. (Diciembre de 2016). Apuntes de bioestadística. *Ciencias de la Salud y Medicina*, 3-45.
- Bermúdez, M., Tevva, I., & Buela, G. (2009). Influencia de variables sociodemográficas sobre los estilos de afrontamiento, el estrés y la búsqueda de sensaciones sexuales en adolescentes. *Psicothema*, 220-226.
- Bussey, R., Jogensen, T., Pinnerup, J., Bech, J., Madsen, M., Nielsen, B., . . . Gonback, M. (December de 2006). Influence of pretreatment coping strategies on the outcome of outpatient treatment of danish alcohol abusers. *EurAddict*, 83-90.

- Cab, M., Chan, G., & Druet, N. (2014). Taller gestáltico para fortalecer la autoestima. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología I*, 75-84.
- Carroll, K. (Octubre de 2012). The use of contingency management and motivational skills building therapy to treat dependence. *Journay of Consulting and Clinical Psychology*, 955-966.
- Casas, M., & Franco, M. (2007). Trastornos asociados al uso de sustancias adictivas. *Actas españolas de psiquiatría*, 350-361.
- Castaño, E., & León, B. (Junio de 2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 245-257.
- Chamarro, A. (2007). *Ética del psicólogo*. Barcelona: Editorial UOC.
- Chicharro, R., Pedrero, P., & Pérez, M. (2007). Autoeficacia para resistirse al consumo de sustancias como predictora de resultados de tratamiento y su relación con variables de personalidad: estudio de una muestra de adictos con el DTCQ, el VIP y el MCMI-II. *Adicciones*, 141-151.
- Clark, M. (Junio de 2014). Valores P y los intervalos de confianza: en qué confiar? *Revista Panamericana de Salud*, 5, 293-296.
- Devereux, G. (2003). *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. México: Siglo Veintiuno.
- Dionisio, F., & Cañero, C. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Apuntes de Psicología*, 203, 1-18.
- Echeburúa, E., & Corral, P. (1988). El objetivo de beber controlado en el tratamiento del alcoholismo: perspectivas y limitaciones. *Psicopatología*, 17-28.
- Elizalde, A. (Abril de 2010). Estudio descriptivo de las estrategias de afrontamiento del bullying. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 353-372.
- Endler, N., & Kocovski, N. (May de 2001). State and trait anxiety revisited. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 231-245.

- Escamilla, M., Rodríguez, I., & González, G. (Abril de 2009). El estrés como amenaza y como reto: un análisis de su relación. *Ciencia y trabajo*, 32, 96-101.
- Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGRAW-HILL.
- Fernández, E. (1997). *Estilos y estrategias de afrontamiento*. Madrid: Pirámide.
- Fonseca, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Giráldez, L., & Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del "Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo"(STAI) en universitarios. *Behavioral Psychology*, 20, 547-562.
- Freud, S. (1964). *A disturbance of memory on the Acropolis*. London: Hogarth.
- Freud, S. (1990). *Inhibición, Síntoma y Angustia*. Buenos Aires: Amorroutou.
- Galán, A., Pérez, S., & Blanco, A. (2000). Análisis del uso de estrategias de afrontamiento en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): implicaciones conceptuales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5, 179-190.
- Galeano, E. (2008). *Patas arriba: La escuela del mundo al revés*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Gallizo, M. (2007). Reinserción social de drogodependientes ingresados en centros penitenciarios. *Salud y drogas*, 7, 57-73.
- García, R., & Suárez, M. A. (2002). Evaluación en programas de prevención de recaída: adaptación española del Inventario de Habilidades de Afrontamiento (CBI) de Litman en dependientes del alcohol. *Adicciones*, 14(4), 455-463.
- Garrido, E. (2011). *Abuso sexual un problema de salud*. Argentina: El Cid Editor.
- Garzón, E., Méndez, L., Camargo, J., Chavarro, A., Toro, I., & Vernaza, M. (Enero de 2014). Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. *Psychology Discipline*, 70-93.
- Giardano, D. (1986). *Controlling stress and tension*. Chicago: Prentice-Hall.
- Global Burden of Disease Study. (November de 2013). Mental and substance use disorders. *Lancet*, 382, 1575-1586.

- González, R., Montoya, I., Casullo, M., & Verdú, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- Herrera, J., & Arena, C. (Junio de 2010). Consumo de alcohol y violencia doméstica contra las mujeres: un estudio con estudiantes universitarias de México. *Revista Latino-Americana Enfamagem*, 557-564.
- Hodgkinson, L. (2012). *Las Adicciones: qué son, por qué surgen, cómo combatirlas*. Madrid: EDAF.
- Husain, A., & Maser, J. (1985). *Anxiety and the anxiety disorder*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kirchner, T. (2003). Estrategias de afrontamiento y nivel de psicopatología en jóvenes presidiarios: relación con el tiempo de reclusión y situación penitenciaria. *Acción Psicológica*, 2(3), 199-211.
- Lazarus, R. (2011). *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, coping and somatic adaptation*. New York: Handbook.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *If it changes it must be the process*. Chicago: Harvard Business .
- Lazarus, R., & Lazarus, B. (2000). *Pasión y Razón: la comprensión de nuestras emociones*. Barcelona: Paidós.
- Lukas, E. (2006). *También tu vida tiene sentido*. México: Editorial LAG.
- Macías, M., Orozco, C., Amaris, M., & Zambrano, J. (Enero de 2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30, 21-30.
- Martínez, A., Reyes , G., García, A., & González, M. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 66-72.

- Martínez, B. (2007). *Autoconocimiento y comunicación humana*. México: Oak Editorial.
- McClave, J., Benson, P., & Sincich, T. (2014). *Statistics for business and economics* (Vol. 12). Orlando: Pearson.
- Medina, M. E., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C., & Tapia, R. (Agosto de 2001). Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*, 24, 3-19.
- Millon, T., & Davis, R. (1988). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T., Millon, C., Meagher, S., & Escovar, L. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Mónica, G., & René, L. (2007). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 189-198.
- Monras, M., Mondon, S., & Jou, J. (Febrero de 2010). Estrategias de afrontamiento en enfermos alcohólicos. Diferencias según el consumo de benzodiazepinas, los trastornos de la personalidad y el deterioro cognitivo. *Adicciones*, 191-197.
- Muníz, A. (2001). *Diagnósticos e intervenciones*. Uruguay: Psicolibros.
- Naciones Unidas. (25 de Septiembre de 2015). *Objetivos de desarrollo sostenible: 17 objetivos para transformar nuestro mundo*. Obtenido de <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- National Drug Intelligence Center. (2011). The economic impact of illicit drug use on american society. *National Institute on Drug Abuse*, 5-46.
- Nava, C. (Mayo de 2010). Inventario de Estrategia de Afrontamiento: una recoplicación. *Psicología y Salud*, 14, 499-521.
- Navas, J. (2010). *Métodos, diseños y técnicas de investigación psicológica*. Madrid: Unidad didáctica.
- Nuria Martínez, S. R. (Diciembre de 2013). Lo que el síntoma esconde: un caso de abuso sexual. *Universidad Complutense de Madrid*, 305-315.

- Observatorio Especializado en Sustancias. (2012). *Encuesta nacional de adicciones*. México: ENA.
- Oficina la ONU contra la Droga y el Delito. (2016). *Informe mundial sobre las drogas*. Viena: UNODC Research.
- Oficina la ONU contra la Droga y el Delito. (2017). *Informe mundial sobre las drogas*. Viena: UNODC.
- Organización de las Naciones Unidas. (23 de Junio de 2016). *Centro de Noticias ONU*. Obtenido de <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=35318#.WXajGIiGPIU>
- Organización de las Naciones Unidas. (2017). *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en América Latina y el Caribe*. Obtenido de <http://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home.html>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento* (Vol. 10). Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial de situación sobre alcohol y salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (13 de Abril de 2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*.
- Organización Panamericana de la Salud. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Ortíz, M. (Diciembre de 2006). Estilo de afrontamiento y adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1. *Terapia Psicológica*, 139-147.
- Oviedo, R. (2012). Psicología de adicciones. *Psicothema*, 219-229.
- Pedrero, E., & Olivar, Á. (Julio de 2010). Estrés percibido en adictos a sustancias en tratamiento mediante la escala de Cohen: propiedades psicométricas y resultados de su aplicación. *Anales de Psicología*, 302-309.

- Polaino, A. (2000). *Evaluación Psicológica y Psicopatológica de la Familia*. España: Rialp.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (Vol. 23). Madrid: Author.
- Redobello, A. (Mayo de 2014). El maltrato infantil y la salud a largo plazo. *El mostrador*, 14-36.
- Revilla, A., Diaz, I., Marbelis, D., & Carmen, P. (Julio de 2012). Factores psicosociales en alcohólicos dependientes. *Medisan*, 7, 1170-1176.
- Rodríguez, M., Romero, M., & José, R. (2011). *Mujeres y adicciones*. México: Cenadic.
- Sadin, B. (2003). El estrés: Un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Inatnacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 141-157.
- Sadin, B., Paloma, C., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 39-53.
- Sampieri, R. H. (2002). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Secades, R., & José, F. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción. *Psicothema*, 365-380.
- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 10-59.
- Taylor, S. (2003). *Health psychology*. New York: McGraw Hill.
- Tobón, N., Cano, V., & Lodoño, N. (Mayo de 2010). Perfil cognitivo en personas con ludopatía. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 1-24.
- Törrestad, B., Magnusson, D., & Oláh, A. (1990). Coping, control and experience of anxiety: An interaccional perspective. *Anxiety Research*, 3, 1-16.
- Tortella, M. (2014). Los trastornos de ansiedad en el DSM 5. *Revista Iberoamericana de Psicopatología*, 14-27.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado (Institución)

Consentimiento Informado para la Institución

La presente investigación es conducida por Paola Jarrín Cuesta estudiante de la carrera de Psicología Clínica en la Universidad del Azuay. El objetivo de este estudio es analizar la relación entre estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad en varones rehabilitados del consumo de sustancias del Centro terapéutico Amor y Vida “CENTERAVID”.

Para colaborar con la realización de este estudio, se le pedirá a cada uno de los participantes responder las preguntas de una entrevista y llenar cuestionarios de fácil auto aplicación con una duración de aproximadamente 30 minutos.

La participación de este estudio es de carácter voluntario. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Desde ya se le agradece su atención.

Acepto que los exusuarios participen de manera voluntaria en esta investigación conducida por Paola Jarrín Cuesta.

Nombre de la autoridad del Centro
terapéutico Amor y Vida “CENTERAVID”

Firma

Fecha: -----

Anexo 2. Consentimiento Informado (Participantes)

Consentimiento Informado para Participantes

La presente investigación es conducida por Paola Jarrín Cuesta estudiante de la carrera de Psicología Clínica en la Universidad del Azuay. El objetivo de este estudio es analizar la relación entre estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad en varones rehabilitados del consumo de sustancias del Centro terapéutico Amor y Vida “CENTERAVID”.

Si usted accede a colaborar con la realización de este estudio, se le pedirá responder con total honestidad las preguntas de una entrevista y llenar cuestionarios de fácil auto aplicación, este proceso tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

La participación de este estudio de carácter voluntario. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya se le agradece su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación conducida por Paola Jarrín Cuesta, luego de haber sido informado del objetivo, condiciones y procedimiento de este estudio.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha: -----

Anexo 3. Ficha Sociodemográfica

Ficha Sociodemográfica

1. Datos del Participante:

1.1 Lugar y fecha de nacimiento: -----

1.2 Residencia: -----

1.3 Edad: -----

1.4 Profesión: -----

1.5 Fecha aproximada de internamiento: -----

1.6 Tiempo de abstinencia: -----

1.7 Nivel de instrucción:

Sin educación/Primaria incompleta	
Primaria completa	
Secundaria incompleta	
Secundaria completa	
Universitaria incompleta	
Universitaria completa	

1.8 Estado civil:

Soltero	
Casado	
Divorciado	
Separado	
Viudo	
Unión libre	

Anexo 4. Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE)

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)

A continuación se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Para contestar debe leer cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Ud. la ha utilizado recientemente para hacer frente a situaciones de estrés. Marque con una X la opción que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés. Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Ud. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones más estresantes vividas recientemente (aproximadamente durante el último mes).

0	1	2	3	4
Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

¿Cómo se ha comportado ante situaciones de estrés?

		0	1	2	3	4
1	Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente					
2	Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal					
3	Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema					
4	Descargué mi mal humor con los demás					
5	Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas					
6	Le conté a familiares o amigos cómo me sentía					
7	Asistí a la Iglesia					
8	Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados					
9	No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas					
10	Intenté sacar algo positivo del problema					
11	Insulté a ciertas personas					
12	Me enfoqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema					
13	Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema					
14	Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)					
15	Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo					
16	Comprendí que yo fui el principal causante del problema					
17	Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás					
18	Me comporté de forma hostil con los demás					
19	Sali al cine, a cenar, a dar una vuelta, etc. para olvidarme del problema					
20	Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema					
21	Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema					
22	Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema					
23	Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación					

		0	1	2	3	4
24	Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes					
25	Agredí a algunas personas					
26	Procuré no pensar en el problema					
27	Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal					
28	Tuve fe en que Dios remediaría la situación					
29	Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas					
30	Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema					
31	Experimenté personalmente eso de que "no hay mal que por bien no venga"					
32	Me irrité con alguna gente					
33	Practiqué algún deporte para olvidarme del problema					
34	Pedí a algún amigo o familiar que me indicaran cuál sería el mejor camino a seguir					
35	Recé					
36	Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema					
37	Me resigné a aceptar las cosas como eran					
38	Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor					
39	Luché y me desahogué expresando mis sentimientos					
40	Intenté olvidarme de todo					
41	Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesite manifestar mis sentimientos					
42	Acudí a la iglesia para poner velas o rezar					

Anexo 5. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

ANSIEDAD-ESTADO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	<u>Nada</u>	<u>Algo</u>	<u>Bastante</u>	<u>Mucho</u>
1 Me siento calmado	0	1	2	3
2 Me siento seguro	0	1	2	3
3 Estoy tenso	0	1	2	3
4 Estoy contrariado	0	1	2	3
5 Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6 Me siento alterado	0	1	2	3
7 Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8 Me siento descansado	0	1	2	3
9 Me siento angustiado	0	1	2	3
10 Me siento confortable	0	1	2	3
11 Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12 Me siento nervioso	0	1	2	3
13 Estoy desasosegado	0	1	2	3
14 Me siento muy atado (como oprimido)	0	1	2	3
15 Estoy relajado	0	1	2	3
16 Me siento satisfecho	0	1	2	3
17 Estoy preocupado	0	1	2	3
18 Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19 Me siento alegre	0	1	2	3
20 En este momento me siento bien	0	1	2	3

ANSIEDAD-RASGO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted en general, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	<u>Casi</u> <u>nunca</u>	<u>A</u> <u>veces</u>	<u>A</u> <u>menudo</u>	<u>Casi</u> <u>siempre</u>
21 Me siento bien	0	1	2	3
22 Me canso rápidamente	0	1	2	3
23 Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24 Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25 Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26 Me siento descansado	0	1	2	3
27 Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28 Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29 Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30 Soy feliz	0	1	2	3
31 Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32 Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33 Me siento seguro	0	1	2	3
34 No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35 Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36 Estoy satisfecho	0	1	2	3
37 Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38 Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39 Soy una persona estable	0	1	2	3
40 Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3