



**Departamento de Posgrados**

**Maestría En Psicología Clínica Con Mención En Psicoterapia  
De Grupo**

**Título del trabajo**

Efectividad de un dispositivo grupal sobre estrategias de  
afrontamiento para pacientes drogodependientes

**Autor/a:**

Pamela Nicole Andrade Campoverde

**Director/a:**

Mgt. Sonia Viviana Vázquez Castro

**Cuenca - Ecuador**

**2024**

## **DEDICATORIA**

Este proyecto de investigación va dedicado a Dios, quien me supo guiar en los buenos pasos y por brindarme sabiduría y motivación para seguir avanzando con este proyecto. A mis padres, por su inmenso apoyo sin condiciones ni restricciones. A mi directora, por su guía experta y paciencia infinita. A mi hermano y amigo por ser mi fuente de motivación. Y a todos aquellos que me ayudaron con la culminación de este proyecto, mi más sincero agradecimiento.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco de corazón a todos aquellos, que han sido parte fundamental de este viaje investigativo. Agradezco de forma especial a mi estimada Viviana Vázquez Mg, por su tiempo, paciencia y orientación que ha sido luz para realizar este proyecto. Gracias a la directora técnica del CETAD, María Augusta Ormaza Mgt, quien me abrió las puertas para adquirir conocimientos y experiencia en mi carrera profesional y sobre todo por la oportunidad de poder llevar a cabo este proyecto.

## RESUMEN

La presente investigación buscó determinar la efectividad del dispositivo grupal creado para promover estrategias de afrontamiento adecuadas, en adultas mujeres de un centro de rehabilitación en Azogues. Las estrategias de afrontamiento consisten en técnicas cognitivas y conductuales propias de cada individuo que se utilizan en el manejo y resolución de situaciones conflictivas o estresantes. Las personas con consumo problemático de sustancias recurren muchas veces a estrategias de afrontamiento disfuncionales que sostienen el consumo e inciden en la posibilidad de recaídas. Por este motivo se elaboró un dispositivo grupal, que consistió en 12 sesiones, con un enfoque cognitivo conductual. Su efectividad fue evaluada a partir de la escala ECC-M y COPE-28, mediante un análisis pre y post test. Ambas escalas evidenciaron una mejora estadísticamente significativa luego de la intervención, demostrando una correlación positiva entre la intervención y el uso de las estrategias de afrontamiento adecuadas.

*Palabras clave:*

*Drogodependencia - afrontamiento - terapia - grupo - cognitivo conductual*

## **ABSTRACT**

The present research sought to determine the effectiveness of the group device created to promote appropriate coping strategies in adult women from a rehabilitation center in Azogues. Coping strategies consist of cognitive and behavioral techniques specific to everyone that are used in the management and resolution of conflictive or stressful situations. People with problematic substance use often resort to dysfunctional coping strategies that sustain consumption and influence the possibility of relapse. For this reason, a group device was developed, which consisted of twelve sessions, with a cognitive behavioral approach. Its effectiveness was evaluated based on the ECC-M and COPE-28 scales, through a pre- and post-test analysis. Both scales showed a statistically significant improvement after the intervention, demonstrating a positive correlation between the intervention and the use of appropriate coping strategies.

Keywords:

*Drug dependence - coping - therapy - group - cognitive behavioral.*

## **TABLA DE CONTENIDO**

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO 1. ESTADO DEL ARTE Y MARCO TEÓRICO</b>	<b>2</b>
1.1. TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	2
1.1.1. Definición y Factores Asociados	2
1.1.2. Criterios Diagnósticos según el DSM V	4
1.1.3. Conceptos esenciales sobre el consumo de sustancias	4
1.1.4. Tipos de drogas	6
1.2. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	6
1.2.1. Definición de Afrontamiento	6
1.2.2. Estilos de afrontamiento	7
1.2.3. Problemas de afrontamiento en pacientes con trastorno por consumo de sustancias y etapas de cambio	8
1.2.4. Etapas de cambio de acuerdo con el modelo transdiagnóstico de Prochaska y Diclemente	9
1.3. PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL	10
1.3.1. Definición	10
1.3.2. Técnicas cognitivo-conductuales	10
1.3.3. Terapia de Aceptación y Compromiso	12
1.4. PROPUESTA DE DISPOSITIVO GRUPAL	13
1.4.1. Antecedentes	13
1.4.2. Técnicas empleadas	15
1.5. CONCLUSIÓN	15
<b>CAPÍTULO 2. METODOLOGIA</b>	<b>16</b>
2.1. OBJETIVOS	16
2.1.1. Objetivo general:	16
2.1.2. Objetivos específicos:	16
2.2. METODOLOGÍA	16
2.2.1. Tipo de investigación	16
2.2.2. Población	17

2.2.3.	Criterios de Investigación	17
2.2.4.	Instrumentos y Métodos	17
2.3.	ANÁLISIS DE DATOS	20
2.4.	PROCEDIMIENTO	20
2.5.	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	20
<b>CAPÍTULO 3: RESULTADOS</b>		<b>22</b>
3.1.	ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING-MODIFICADA (EEC-M)	22
3.1.1.	Resultados del pretest de escala de estrategias de Coping-modificada (EEC-M)	22
3.1.2.	Resultados del post test de escala de estrategias de Coping-modificada (EEC-M)	24
3.1.3.	Comparación entre el pretest y post test de escala de estrategias de Coping-modificada (EEC-M)	26
3.2.	ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPE-28	28
3.2.1.	Resultados del pretest de escala de estrategias de COPE-28	28
3.2.2.	Resultados del Post test de escala de estrategias de COPE-28	30
3.2.3.	Comparación por dimensión del pretest y post test de la escala de estrategias de COPE-28	31
3.2.4.	Comparación global del pretest y post test de la escala de estrategias de COPE-28	33
<b>DISCUSIÓN</b>		<b>35</b>
<b>CONCLUSIONES</b>		<b>40</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>		<b>41</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>		<b>42</b>
<b>ANEXOS</b>		<b>46</b>

## INTRODUCCIÓN

La drogodependencia es un desafío complejo que afecta a individuos en todo el mundo, con consecuencias devastadoras para su salud física, mental y social. Uno de los aspectos más críticos en el tratamiento de la drogodependencia es el desarrollo de estrategias efectivas de afrontamiento que ayuden a los pacientes a lidiar con los desencadenantes y las dificultades asociadas con su adicción (Caballero Machado et al., 2023). La implementación de un dispositivo grupal diseñado específicamente para mejorar las estrategias de afrontamiento en pacientes con drogodependencia representa una intervención innovadora y prometedora en el campo de la salud mental y la adicción. Esta intervención se fundamenta en la importancia de dos aspectos básicos en el proceso de rehabilitación, el apoyo social y familiar y la participación en actividades grupales como herramienta de apoyo dentro de la terapia psicológica. El propósito de este dispositivo grupal es proporcionar un entorno seguro y de apoyo donde los pacientes puedan compartir sus experiencias, aprender de los demás y practicar nuevas habilidades de afrontamiento en un contexto estructurado y guiado por profesionales de la salud. La implementación de este dispositivo grupal implica una cuidadosa planificación y coordinación entre diversos profesionales de la salud, incluidos psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas y especialistas en adicciones. Se requiere una evaluación exhaustiva de las necesidades individuales de cada paciente, así como una adaptación de las estrategias de afrontamiento según las circunstancias únicas de cada caso. Ulloa Vanegas & Zuñiga Ortega (2021).

Es fundamental incorporar enfoques terapéuticos basados en la evidencia, como la terapia cognitivo-conductual, la terapia de grupo y técnicas de mindfulness, para brindar a los pacientes las herramientas necesarias para enfrentar eficazmente los desafíos asociados con la drogodependencia (Ossa, 2019).

Se realizará un breve recorrido por la literatura pertinente al tema, posteriormente se explicará la metodología de la investigación y se procederá a exponer los resultados encontrados, también se compararan los resultados obtenidos con los de otras investigaciones orientadas en el ámbito estudiado a través de la discusión y por último se evaluarán los aspectos más sobresalientes de este trabajo y las líneas de investigación alternativas que se pueden desarrollar sobre el mismo, estos aspectos se expondrán en las conclusiones y recomendaciones respectivamente. Esta investigación buscará evidenciar la efectividad de la implementación de un dispositivo grupal en el mejoramiento de las estrategias de afrontamiento en pacientes drogodependientes.

## **CAPITULO 1. ESTADO DEL ARTE Y MARCO TEÓRICO**

Bustos et al. (2012) señalan que el trastorno por consumo de sustancias es una adicción que con lleva a la persona a autoadministrarse de manera repetida provocando consecuencias como fatiga, irritabilidad y altera la actividad cerebral provocando dificultad en la toma de decisiones, reduce el control de impulsos y fortalece la automatización de respuestas, especialmente aquellas asociadas con el consumo de estupefacientes y conductas nocivas.

Cueva et al. (2016) indica que la problemática del consumo de sustancias psicoactivas presenta consecuencias disfuncionales que puede afectar en distintas áreas tales como: en el área familiar, laboral y social, siendo también un factor determinante la violencia familiar y de género, así como en la presencia de accidentes, desórdenes físicos y psicológicos; también puede generar graves consecuencias sociales, como la pérdida de una carrera, trabajos, amigos, familia, pareja, entre otros.

En este capítulo expondré una visión general sobre el abuso de sustancias con criterios diagnósticos, conceptos esenciales sobre la problemática donde se mencionará la drogodependencia, uso, abuso, tolerancia, abstinencia, intoxicación, los tipos de droga que genera en el sujeto síntomas físicos y psicológicos, además se menciona las estrategias de afrontamiento, terapias de grupo, etapas de cambio y la psicoterapia cognitiva conductual que nos ayudará a que el sujeto mejore su calidad de vida brindando estrategias o herramientas efectivas para que afronten en las distintas áreas de su entorno.

### **1.1. TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS**

#### **1.1.1. Definición y Factores Asociados**

El trastorno por consumo de sustancias (TCS) es una enfermedad psiquiátrica que consiste en la búsqueda compulsiva de una o múltiples sustancias nocivas, llevando al sujeto a auto administrarse de manera repetida. En diferentes culturas el empleo de estas con propósitos medicinales o espirituales para modificar la conducta, las sensaciones y estados de ánimo, ha evolucionado en una práctica universal vinculada a estructuras sociales, los procesos de enfermedad terminan en prácticas empíricas con la automedicación. Estas sustancias fueron inicialmente utilizadas por chamanes y curanderos, con el tiempo se emplearon en investigaciones y hospitales. En la época actual se ha generalizado su consumo, con un acceso más amplio a distintos tipos de drogas, esta tendencia representa una problemática global que impacta negativamente sobre la calidad de vida de las personas (Waller, 2020)

El consumo de sustancias legales (alcohol y tabaco) como ilegales (cannabis, cocaína, drogas de síntesis, etc.) se ha extendido en nuestra sociedad de modo amplio en las últimas décadas. Ningún país desarrollado ha quedado atrás en el surgimiento de estos problemas, tal como lo reflejan distintos estudios, encuestas y la propia realidad clínica de las personas que acuden en busca de ayuda cuando el problema le ha desbordado produciendo consecuencias en su salud física, en su salud mental, en su trabajo, en la vida familiar, en su economía, etc. (Becoña Iglesias, 2016; Keegan, 2012)

En el trastorno por consumo de sustancias, se reconoce que la edad y el entorno social del individuo desempeñan un papel significativo en el consumo. La prevalencia de normas permisivas o el incumplimiento de estas reglas en el contexto social del sujeto son factores relevantes que puedan influir en la propensión al consumo de sustancias (Aviles et al., 2023)

Otro aspecto importante que se debe considerar es el entorno familiar, cuando este se desarrolla de manera inadecuada es evidente la falta de disciplina y supervisión de conductas por parte de los padres o pareja, en algunos casos pueden existir situaciones de violencia física y psicológica, aislamiento por parte del entorno familiar, ausencia de comunicación e interacción entre padres e hijos y el desarrollo de comportamientos familiares que afectan de manera directa en el consumo de psicotrópicos (Aviles et al., 2023).

Es notorio que las conductas adictivas se desarrollan como estrategias de afrontamiento negativas para sentir alivio transitorio ante situaciones de conflicto, estrés, emociones negativas o malas experiencias. Sin embargo, mientras la adicción evoluciona se convierte en un círculo vicioso y destructivo que impacta de manera negativa en el bienes físico y mental del individuo (Avilés et al., 2023).

Becoña Iglesias (2016) entiende como factor de riesgo aquellas características individuales que aumenta el consumo de sustancias psicoactivas. Los factores de protección son aquellas características que facilitan al individuo a reducir la probabilidad del consumo de sustancias psicoactivas, entre estos tenemos: ambiente familiar que fomente la comunicación y establezca límites y normas, acudir a centros especializados y realizar terapia con profesionales expertos en adicciones en los casos que sean necesarios (Andrade Campoverde & Serrano, 2023)

### 1.1.2. Criterios Diagnósticos según el DSM V

#### Figura 1.

*Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno por consumo de sustancias*

**Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno por consumo de sustancias**

Control deficitario (criterios 1-4)

1. Consumo de grandes cantidades de sustancia o durante un tiempo más prolongado de lo previsto
2. Deseos persistentes o esfuerzos fallidos de abandonar o disminuir el consumo
3. Inversión de gran parte del tiempo en las actividades necesarias para conseguir la droga, consumirla o recuperarse
4. Poderoso deseo de consumo o *craving*

Deterioro social (criterios 5-7)

5. El consumo recurrente lleva al incumplimiento de deberes en los ámbitos académicos, laborales o domésticos
6. Persiste el consumo a pesar de los problemas recurrentes o persistentes en la esfera social o interpersonal causados o exacerbados por sus efectos
7. Se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de sustancias

Consumo de riesgo (criterios 8 y 9)

8. Se produce un consumo recurrente de la sustancia incluso en situaciones en las que provoca un riesgo físico
9. La persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema físico o psíquico recurrente o persistente, probablemente originado o exacerbado por dicho consumo

Criterios farmacológicos (criterios 10 y 11)

10. Tolerancia
11. Abstinencia

---

En base a estos criterios se establecerá la gravedad del trastorno, siendo esta leve en presencia de 2 o 3 criterios, moderada cuando existan 4 o 5 síntomas y severa si se dan más de seis criterios diagnósticos en los últimos doce meses

Adaptada de *American Psychiatric Association, 2013*<sup>7</sup>.

*San Juan Sanz, P. (2019). Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno por consumo de sustancias [JPG]. ScienceDirect.*

### 1.1.3. Conceptos esenciales sobre el consumo de sustancias

A continuación, se establecerán las definiciones más importantes ligadas al consumo de sustancias, elemento principal de esta investigación:

- **Droga:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el término “droga” es toda sustancia que introducida en el organismo produce alteraciones en el sistema nervioso central y crea dependencia, ya sea física o psicológica. (González & Sobrido, 2015).
- **Adicción:** Es un estado de dependencia física o psicológica hacia una sustancia de origen químico, cuya interrupción provoca síntomas de abstinencia. (Gil-Verona et al., 2003)

- **Drogodependencia:** La organización mundial de la salud menciona que la drogodependencia se refiere al estado de intoxicación aguda, intermitente o crónica, secundario a la interacción de un individuo con una sustancia de propiedades adictivas, considerada como “droga”. Esta sustancia ocasiona: cambios conductuales, deseo insaciable por seguir usando la sustancia y obtenerla bajo cualquier concepto y tendencia a aumentar la dosis (Beck et al., 1999). Se refiere al conjunto de características físicas y psicológicas que posee una persona que ha perdido el control sobre la utilización de psicoactivos y los continúa usando a pesar de sus efectos negativos. Como conclusión, la dependencia a las sustancias es un fenómeno a nivel mundial por lo tanto se pretende abordar un enfoque integral que involucre a la sociedad para promover el uso de herramientas que permitan disminuir el consumo de sustancias y mejorar el estado emocional.
- **Uso:** El uso de una droga se entiende como el consumo de una sustancia que produce consecuencias negativas en el individuo, cuando se usa una droga así sea de forma esporádica trae secuelas (National Institute on Drug Abuse (NIDA), 2022)
- **Abuso:** Se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo (National Institute on Drug Abuse (NIDA), 2022)
- **Tolerancia:** La tolerancia a las drogas es un proceso a través del cual una determinada dosis de droga va produciendo un efecto progresivamente menor a medida que se va repitiendo su administración, es decir, un proceso que obliga a aumentar progresivamente la dosis para experimentar el efecto original (Martin, 2001)
- **Abstinencia:** Es el conjunto de manifestaciones clínicas que aparecen en una persona dependiente de una sustancia psicoactiva cuando deja bruscamente de consumirla o la cantidad consumida es insuficiente (Beck et al., 1999). El síndrome de abstinencia genera temblores, nerviosismo, convulsiones, alucinaciones y delirium tremens (estado grave que puede incluir confusión, agitación, fiebre y cambios en el ritmo cardíaco) (Martin, 2001)
- **Intoxicación:** Estado que produce alteraciones a nivel de la conciencia, percepción y comportamiento a causa de la ingesta progresiva de alcohol y sustancias psicotrópicas. (Beck et al., 1999).

- **Craving:** El craving por drogas es definido como “querencia” por re experimentar los efectos de una droga como un fuerte deseo o ansia de consumir (Beck et al., 1999). Se define como un deseo intenso de consumir una droga, generando a su consumidor sufrimiento físico y mental en caso de abstinencia.

#### 1.1.4. Tipos de drogas

- a. **Depresores:** Son sustancias que pueden disminuir la actividad cerebral, retrasan la actividad nerviosa y disminuye el ritmo de las funciones corporales. Las drogas depresoras son: el alcohol, cannabis, morfina, heroína y los ansiolíticos. Según Aponte Daza et al., (2022) los efectos que producen son los siguientes:
  - Habla distorsionada.
    - Poca concentración.
    - Confusión.
    - Mareos.
    - Sequedad en la boca.
    - Respiración lenta.
    - Problemas motrices y de memoria.
- b. **Estimulantes:** Son sustancias que pueden ocasionar estados de alerta, incremento de la capacidad física, aceleración a nivel psíquico, reducción de la sensación de hambre y de fatiga. En esta categoría están incluidas sustancias como: cocaína, anfetamina, caféina, teobromina y teofilina. En este grupo entran todas las sustancias que perturban la actividad mental y engendran una desviación delirante del juicio con distorsión en la apreciación de la realidad (Perrotta de Vásquez, 1972)
- c. **Perturbadoras:** Estas drogas son sustancias cuya ingesta a través de las mucosas, afectan parte de las conexiones cerebrales ocasionando alteraciones en la conciencia y distorsionando la percepción de los objetos (intensidad, tono y forma), también se produce alteraciones en el pensamiento que puede llevar a la toma de decisiones incorrectas. Estas drogas son: Ketamina, LSD, peyote (Andrade Campoverde & Serrano, 2023)

## 1.2. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

### 1.2.1. Definición de Afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento hacen referencia a la capacidad que tiene el individuo para enfrentar los estímulos externos y el estado emocional que causan estos frente a una situación de alto estrés (Martínez & Piqueras, 2016).

Las estrategias de afrontamiento ayudan al adicto a afrontar situaciones internas como la carga emocional en los diversos contextos que desarrolla. En el tratamiento de personas drogodependientes se deberá utilizar estrategias de afrontamiento adecuadas que aporten tanto a la mejoría como a la prevención de recaídas (Coronel & Serrano, 2023). Con respecto a lo mencionado, varias investigaciones sobre estrategias de afrontamiento tenemos lo siguiente:

En Cuenca, un estudio realizado por Coronel & Serrano (2023) acerca de los “Estilos de afrontamiento en adictos residentes de un CETAD en la ciudad de Cuenca”, determinaron que las estrategias más empleadas en la población adulta dependiente al consumo de sustancias psicoactivas son: Religión empleada con un 42.5% y consumo de alcohol y drogas empleada con un 38%.

La definición de estrategias de afrontamiento ha sido examinada con mayor frecuencia en el ámbito de la salud mental y psicopatología, especialmente en relación con el estrés y la dificultad de resolver un conflicto. Una estrategia de afrontamiento o Coping es un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales encaminados a resolver un problema, reducir o eliminar reacciones emocionales, o cambiar valoraciones iniciales de una situación (Coronel & Serrano, 2023)

### **1.2.2. Estilos de afrontamiento**

Los estilos de afrontamiento son tendencias personales que utiliza cada individuo según su preferencia para hacer frente a las situaciones o eventos de estrés (Coronel & Serrano, 2023)

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

1. Evaluación cognitiva, responde a las acciones mediante las cuales un individuo evalúa cómo algunas situaciones de su entorno influyen en su bienestar
2. Se refiere a afrontar un entorno estresante a través del uso de mediadores como las relaciones y sus resultados próximos y a largo plazo . Este punto se refiere a que cuando el individuo percibe peligro, siente la necesidad de actuar (Coronel & Serrano, 2023)

Podemos decir que los estilos de afrontamiento ayudan a identificar elementos de situaciones estresantes que actúan como regulador de la perturbación emocional. Si son efectivos, no se presentará dicho malestar; en caso contrario, podrá verse afectada la salud mental, aumentando el riesgo de mortalidad y morbilidad (Coronel & Serrano, 2023)

Fernández-Abascal (Ison & Aguirre, 2001) distingue tres dimensiones del afrontamiento. La primera se refiere a las estrategias enfocadas al problema, cuyo objetivo es centrarse en la resolución y modificación de este. La segunda dimensión nos habla sobre las estrategias enfocadas a la emoción en la cual percibimos el evento estresante centrándonos en las emociones y la tercera se refiere a las estrategias evitativas que consisten en afrontar la situación a través de la distracción o volcarse en otra actividad para no pensar.

Según Cueva et al. (2016) las estrategias de afrontamiento se clasifican en dos categorías: activas y pasivas. Las activas se refieren a enfrentar el conflicto de una manera adecuada mediante reflexiones, analizar las circunstancias para orientar el accionar, mientras que las pasivas están relacionadas con estrategias inapropiadas como el retraimiento, la rumiación sobre el conflicto, inhibir los sentimientos, negar o desconocer el problema y tomar la situación a la ligera.

### **1.2.3. Problemas de afrontamiento en pacientes con trastorno por consumo de sustancias y etapas de cambio**

Según la Organización Mundial de la Salud (Coronel & Serrano, 2023) una adicción es un estado ya sea físico o emocional que puede ser reflejado en una dependencia hacia una sustancia, actividad o relación causada principalmente por la sensación de bienestar y satisfacción que esto le causa.

En un estudio de Pedrero Perez (2007) en donde trabajó con 259 personas drogodependientes para explorar las estrategias de afrontamiento que tienen estas personas, se determinó que los adictos carecen de estrategias activas (asertivas, orientadas a objetivos y resolución de conflictos) y más bien suelen utilizar formas antisociales y agresivas. Estos pacientes enfrentan el problema de manera indirecta, manipulando el ambiente y al entorno, dejando de lado su responsabilidad individual o poniéndose en lugar de la víctima. Las mujeres no adictas a diferencia de las adictas tienden a favorecer estrategias psicosociales. Sin embargo, en mujeres con adicciones, se observa una menor tendencia a comportamientos prosociales en comparación con los hombres adictos. Esta falta de comportamiento voluntario dirigido a beneficiar a otras personas en mujeres adictas puede resultar en mayores desafíos para buscar apoyo social, lo que posiblemente contribuye, entre otras razones, a las dificultades que enfrentan al iniciar el tratamiento.

Se dice que algunos estilos de afrontamiento como aquellos que están enfocados en resolver problema o aquellos en los que se obtiene beneficio de terceros como búsqueda de apoyo social o espiritual; dentro de su relación con el consumo de sustancias actúan como factores protectores, es decir, actúan como atributos vinculados al comportamiento prosocial

como son los cambios personales, sociales y contextuales que potencian las capacidades de un individuo para afrontar situaciones adversas, disminuyendo las probabilidades de que se inicie el consumo de cualquier tipo de sustancias (Lara et al., 2013)

En conclusión, las estrategias de afrontamiento son esenciales para enfrentar los desafíos de la vida de manera efectiva. Al aprender a utilizar estrategias centradas en el problema, en la emoción y adaptación, podemos cultivar nuestra resiliencia para mejorar nuestra calidad de vida. La elección adecuada de estrategias de afrontamiento puede marcar una gran diferencia en nuestra habilidad para superar obstáculos, manejar el estrés y enfrentar los desafíos cotidianos con fortaleza y dedicación.

#### **1.2.4. Etapas de cambio de acuerdo con el modelo transdiagnóstico de Prochaska y Diclemente**

La relación terapéutica estará determinada por diferentes etapas personales que están atravesando las personas. Prochaska y DiClemente (Biglia & Ramos Mejía, 2021) identificaron cinco etapas del proceso de cambio. En ensayos comparativos entre personas fumadoras que realizaron cambios de conducta por si mismos o que asistieron a dos programas comercializados, se evaluó la utilización diferencial del proceso de cambio. Los resultados arrojaron que en ambos casos se identificaron estadios o fases que habían experimentado los pacientes durante el proceso de dejar el tabaco. Estas fases fueron igualmente delimitadas en un grupo de pacientes con alcoholismo. Esta investigación identificó a través del análisis factorial, un perfil en común para cada fase o estadio, a pesar de esto, un grupo de individuos tuvo una alta puntuación en estrategias como contemplación y acción. A continuación, se describen los estadios del cambio propuestos actualmente por el Modelo Transtórico (Díaz Salabert, 2001).

1. **Pre-contemplación:** En esta etapa, la persona no es consciente de su enfermedad, no ve la causa del problema, por esta razón no asiste a tratamiento, o si lo hacen es por obligación o presión por sus familiares.
2. **Contemplación:** En esta etapa los pacientes con adicción son conscientes de que existe un problema y una probabilidad de cambio. Aunque su actitud es ambivalente, aceptan la existencia de situaciones conflictivas derivadas del consumo, pero no realizan cambios en sus conductas nocivas.
3. **Determinación/Preparación:** Esta etapa se caracteriza por la toma de decisión de cambiar y de compromiso para evitar el consumo, aquí se evidencian pequeños cambios como la disminución de dosis, sin embargo, no cumplen criterios de abstinencia para catalogarlos dentro de la etapa de acción.

4. **Acción:** En esta etapa el sujeto adquiere un compromiso voluntario para cambiar sus hábitos nocivos con o sin la ayuda de un especialista.
5. **Mantenimiento/Recaída:** En esta etapa, el sujeto adquiere herramientas para prevenir una posible recaída en el comportamiento problemático.

### **1.3.PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL**

#### **1.3.1. Definición**

Según Beck et al. (Bastidas & Sanchez, 2021) la terapia cognitiva conductual (TCC) se basa en la implementación de un proceso estructurado y fundamentado en la percepción de las situaciones que influyen en la conducta y las emociones, su empleo tiene el objetivo de guiar al individuo para que logre identificar patrones emocionales, conductuales y de pensamiento. Consecuentemente, estos patrones son analizados junto a un terapeuta para determinar si son realistas y como repercuten en la vida diaria. La TCC es una herramienta muy importante para quienes atraviesan cambios en la conducta y la emoción que sostienen cogniciones inapropiadas. Además, es esencial la reestructuración de la cognición y las habilidades sociales de manera simultánea con la utilización de herramientas indispensables para el tratamiento, a parte, es fundamental la participación del individuo en la asignación de tareas, mindfulness y asistencia a la terapia.

La modalidad terapéutica más eficaz para el tratamiento de las drogodependencias es la cognitiva conductual debido a que logran los resultados más positivos a corto, medio y largo plazo, concluyendo que a partir de su utilización existe una disminución en la frecuencia y cantidad de consumo, adherencia al tratamiento, reducción de los síntomas relacionados con el consumo y abolición de conductas desadaptativas como las acciones delictivas (Keegan, 2012). A su vez, las técnicas de mayor eficiencia están centradas en el desarrollo de estrategias de afrontamiento. Se ha observado que estas tienen mayores resultados positivos que el entrenamiento en relajación – meditación en la disminución de las tasas de cese y consumo de alcohol (Rentería Cazares et al., 2022). La labor del terapeuta es ayudar a los individuos a reconocer situaciones desencadenantes y a desarrollar estrategias de afrontamiento saludables, enseñando habilidades específicas para resistir la tentación y prevenir recaídas (Keegan, 2012)

#### **1.3.2. Técnicas cognitivo-conductuales**

De acuerdo con Garcia-Caballero et al. (2018) se han demostrado que las terapias efectivas para el tratamiento de la adicción son la terapia de Reforzamiento Comunitario y los tratamientos cognitivo-conductuales, incluidas terapia tercera generación. A continuación, se procederá a identificar técnicas para el uso adecuado de estrategias de afrontamiento.

- **Mindfulness:** El mindfulness o la atención plena es una técnica consistente en enfocar la atención en un objeto determinado, en primera instancia dicho objeto suele ser la propia respiración del individuo. Al momento en que la atención se encuentra correctamente enfocada en la respiración, se intenta observar el resto de las sensaciones, pensamientos y emociones que se cursan actualmente. Este es un proceso a través del cual se aprende una nueva manera de relacionarse consigo mismo y de esta forma responder ante los desafíos inevitables del día a día. Esta técnica busca crear autoconciencia de los patrones adquiridos que manipulan la percepción de la realidad e insta a disminuir las conductas orientadas al deseo, sustituyéndolo por una actitud de aceptación de la realidad. Las intervenciones de esta índole refuerzan las estrategias de afrontamiento que pueden utilizar los pacientes, permitiendo que el usuario sea capaz de aceptar y enfrentar situaciones de estrés e incluso ver la parte positiva y la enseñanza del conflicto en lugar de evadirlo. Además el individuo lograra identificar sus impulsos como pensamientos transitorios (Coronel & Serrano, 2023).
- **Entrenamiento en auto instrucciones:** El entrenamiento auto consiste en una técnica cognitivo conductual en la cual se cambian las auto verbalizaciones o pensamientos que una persona utiliza al realizar una tarea o afrontar un conflicto, sustituyéndolas por otras que generalmente son de mayor utilidad. El objetivo de esta estrategia es que el individuo obtenga habilidades para utilizar el lenguaje como un regulador de sus emociones y comportamientos, internalizándolos y transformando cognitivamente que va guiando su comportamiento. Los pasos que debe realizar son: modelado cognitivo, modelado cognitivo del participante, auto instrucciones en voz alta y auto instrucciones encubiertas (Minici et al., 2008)
- **Entrenamiento en inculcación del estrés:** Se pretende proporcionar al individuo estrategias de afrontamiento, fortaleciendo su tolerancia hacia ciertas situaciones que genera estrés. La inculcación del estrés se basa en tres etapas: fase educativa, ensayo e implementación. De la misma forma, incluye acciones como la meditación, el ejercicio y modificaciones dietéticas entre otras. En esta clase de intervención, se inculca en los individuos a afrontar y relajarse en situaciones de estrés, para esto deberá (Ruiz et al., 2019)
  - Precisar distintas situaciones y clasificarlas acorde al estrés que generan de menor a mayor
  - Imaginar cada una de las situaciones mientras empuja la tensión hacia fuera

- Pensar en distintas alternativas para evitar los pensamientos automáticos a los que esta acostumbrado
- Por último, al momento de haber establecido un estilo adecuado de afrontamiento, aplicar las actividades de relajación y afrontamiento en el día a día.
- **Técnica de Solución de Problemas:** Es una intervención cognitivo conductual que tiene como objetivo enfrentar las experiencias de estrés diarias y de esta manera identificar y utilizar las técnicas de afrontamientos más adaptativas y eficaces. En esta intervención se aborda ocho pasos: decidir qué problema abordar primero, acordar las metas, elaborar los pasos necesarios para lograr las metas, decidir las tareas necesarias para abordar el primer paso, revisar el progreso, decidir el próximo paso, acordar nuevas metas y trabajar sobre más problemas si fuese necesario (Arenas et al., 2023)

### 1.3.3. Terapia de Aceptación y Compromiso

Los procesos centrales que se movilizaran y abordaran durante la intervención ACT son los siguientes (Hayes et al., 2012):

- **Desesperanza creativa:** Hace referencia a la toma de conciencia por parte del individuo sobre el afrontamiento y solución de sus conductas nocivas, este debe alcanzar el insight de reconocer que las vivencias experimentadas hasta ese momento no solo encaminan a la solución, si no que conforman intrínsecamente el problema. El individuo se expondrá durante un lapso al dolor psicológico y este le permitirá a la persona a realizar acciones bien orientadas como en distinguir el contenido del pensamiento y ser responsable de sus acciones y sentimientos.
- **Orientación hacia valores:** Se interpreta como el brindar herramientas al paciente para que pueda esclarecer sus metas en la vida a largo plazo respecto a valores y relaciones en las que pueda alternar entre las acciones de sentir pensar y actuar que lo distancias de sus metas. Se le pide al paciente que indique las áreas más importantes, por ejemplo: la familia, la amistad, las relaciones íntimas, crecimiento personal, etc., y en qué dirección cree que seria los adecuados para llegar a ellos.
- **Abordar que el control es el problema:** Se busca demostrar al paciente que no existe la necesidad de que los pensamientos y emociones sean descartados y que algunas conductas pueden ser observadas y valoradas sin significar necesariamente un conflicto. Se propone que el sujeto esté dispuesto a enfrentar un hecho estresante y a poder experimentarlo

- **La aceptación:** Se refiere a adentrarse en la experiencia de los pensamientos, sentimientos y sensaciones, con el fin de aceptar dichos estímulos temidos.
- **Defusión cognitiva:** Se basa en incrementar la aceptación de los pensamientos y emociones a través de ejercicios como; el ver las nubes que pasan y las sensaciones de malestar son como las nubes grises del cielo, no son el cielo, aunque en ciertas ocasiones el cielo está cubierto por estas durante días, no significa que eso será eterno y es mejor aceptar que en algún momento van a pasar.
- **El yo como contexto:** Este punto tiene como objetivo alcanzar el entendimiento del individuo entre el yo-contexto y el yo-contenido, representando este último aquel que este compuesto por las cogniciones con las que el paciente se siente identificado y a través de las cuales forma su autoconcepto. El yo-contexto se refiere a la forma de experimentarse propiamente. Para crear estos entendimientos se usa ejercicios de meditación, experienciales y metáforas. En esta práctica se crea un proceso de desidentificación de la actividad cognitiva.
- **La acción comprometida:** Es el establecimiento de metas y caminos definidos en las distintas áreas de la vida que comprometen al sujeto con el cambio de su conducta.

#### **1.4. PROPUESTA DE DISPOSITIVO GRUPAL**

##### **1.4.1. Antecedentes**

Getzel (1991) sostiene que la terapia grupal facilita a los individuos la expresión de ideas, pensamientos y emociones, propiciando la identificación con las experiencias relatadas por personas que comparten la misma problemática. Este proceso permite al individuo generar consciencia de que las dificultades presentadas son abordables y propicia el reconocimiento de la existencia de sujetos con desafíos similares (Idrovo & Parra, 2016)

Este enfoque terapéutico, respaldado por la perspectiva de Getzel, sugiere que la terapia de grupo no solo se centra en el individuo, sino que también destaca la importancia de la conexión emocional y la comprensión colectiva durante el proceso de autoconciencia y crecimiento personal. En el estudio de Getzel proporciona un marco teórico valioso para comprender la terapia de grupo y su impacto en el proceso terapéutico.

Según Ossa (2019) la terapia grupal con un enfoque cognitivo conductual favorece el protagonismo por parte del paciente y aumenta la posibilidad de que el cambio perdure, ya que al evaluar los resultados al final del proceso se descubre que se basa fundamentalmente en los propios recursos de la persona modificando de manera adecuada, a través de sesiones estructuradas desarrollan estrategias de afrontamiento para manejar el estrés, evitar recaídas y

fortalecer la prevención del consumo. Además, se fomenta la creación de redes de apoyo entre los miembros, fortaleciendo el apoyo social fuera del entorno terapéutico, la reestructuración cognitiva grupal desafía pensamientos disfuncionales, promoviendo perspectivas más adaptativas.

Se ha concluido que la terapia cognitiva conductual en compañía de la terapia de grupo conduce a resultados positivos a lo largo de la intervención terapéutica. Con respecto a la terapia cognitivo conductual, Hirsch (2007) nos dice que la implementación de TCC es un recurso de gran importancia y valor. Esto invita a trabajar en potenciar los recursos individuales de cada persona con la mínima intervención profesional (Gutiérrez & Varela, 2009)

La terapia de aceptación y compromiso (ACT) ha mostrado efectividad en la intervención de grupo con pacientes que cursan con trastornos por consumo de sustancias, puesto que la ACT se centra en la modificación de la relación con el sujeto con los eventos privados, utilizándolos como una vía para mejorar su calidad de vida y propiciar la interrupción del patrón de evitación. Este abordaje se sustenta en la construcción activa de un patrón de aceptación del malestar en función de aspectos esenciales a nivel personal.

La ACT desempeña un papel crucial al detectar elementos claves en el tratamiento, facilitando así un enfoque efectivo hacia los trastornos adictivos. Su orientación hacia la aceptación del malestar busca no solo busca reducción sintomática, sino que se enfoca en los patrones de comportamiento y valores personales, contribuyendo a la transformación integral del sujeto en el contexto de sus luchas contra la dependencia a las sustancias psicoactivas.

Para el diseño del programa de intervención sobre estrategias de afrontamiento en pacientes drogodependientes se ha tenido en cuenta antecedentes prescritos anteriormente, principalmente el estudio que utilicé fue realizado por los psicólogos clínicos Torrents, Mora, Massana, Robert y Tejero en el 2011, cuyo objetivo era demostrar la eficacia de la implementación de una terapia de grupo acerca de estrategias de afrontamiento para pacientes dependientes de sustancias en el caso de un hospital del día a una muestra de 38 pacientes asistentes a un programa de 12 sesiones de terapia de apoyo.

Para evaluar la eficacia de su tratamiento, aplicaron la Escala de afrontamiento adaptado del *Coping Behaviours Inventory*, los resultados fueron efectivos ya que los pacientes aprendieron a nuevas estrategias de afrontamiento durante y al final del tratamiento (Torrents et al., 2011).

#### 1.4.2. Técnicas empleadas

- **Psicoeducación:** Consiste en una aproximación terapéutica en la cual se brinda a los usuarios información sobre su patología, ya sea sintomatología, causas, consecuencias y tratamiento del trastorno psicológico en curso. Es fundamental proporcionar a los familiares y seres cercanos la información necesaria para que estos representen una fuente de apoyo durante el tratamiento de la enfermedad. La psicoeducación tiene características fundamentales dentro de su desarrollo que son transmisión de información, consistencia en el tratamiento y método de autoayuda (Idrovo & Parra, 2016)
- **Imaginación como estrategia Coping:** Esta actividad pretende entrenar al paciente para que utilice la imaginación con el fin de visualizarse a sí mismo haciendo frente a distintas situaciones o visualizando como lo harían otras personas, deberá ir alternando la situación de menos a más amenazante (Ruiz et al., 2019).
- **Role Playing:** Al aplicar esta estrategia se debe prestar mucha atención a los pensamientos automáticos de los individuos. Se suele llevar a cabo durante las sesiones, mediante ensayo de conducta o modelado con terapeuta (Ruiz et al., 2019).
- **Entrenamiento Asertivo:** Se basa en poner en práctica las estrategias aprendidas para manejarse de forma adecuada en situaciones estresantes o frente a personas que producen conflicto. Incluye ser capaz de decir “no”, expresar opiniones, realizar preguntas o pedir ayuda (Ruiz et al., 2019)
- **Promover una nueva imagen:** Consiste en utilizar la imaginación centrándose en que cambios le gustaría realizar en distintas áreas de su vida para promover el uso de esquemas adaptativos y consolidar los progresos del paciente (Ruiz et al., 2019).

#### 1.5. CONCLUSIÓN

Como conclusión tenemos que el trastorno por consumo de sustancias es una problemática que afecta a nivel mundial y la persona que la consume genera graves consecuencias como es en la salud física, mental, económica, a nivel familiar, etc. Y por tal razón se va a utilizar estrategias de afrontamiento con el fin de ayudar a los individuos a identificar sus estilos idiosincráticos de pensamientos y cambiarlos a través de la aplicación de técnica cognitivo-conductuales.

## **CAPÍTULO 2. METODOLOGIA**

### **2.1.OBJETIVOS**

#### **2.1.1. Objetivo general**

Determinar la efectividad del dispositivo grupal creado para promover estrategias de afrontamiento, en adultas mujeres de un centro de rehabilitación CETAD en la ciudad de Azogues.

#### **2.1.2. Objetivos específicos**

- Crear un programa de intervención grupal en base a la terapia cognitivo conductual para promover estrategias de afrontamiento en el grupo de mujeres adultas internas.
- Aplicar el dispositivo grupal para promover las estrategias de afrontamiento en la población seleccionadas, en 12 sesiones.
- Utilizar los instrumentos de evaluación: escala de afrontamiento de Coping modificada (EEC-M) y la escala de estrategias (COPE-28) a modo de pretest y post-test para determinar la efectividad del dispositivo.

### **2.2.METODOLOGÍA**

En este apartado se centra detalladamente la metodología seleccionada para la presente investigación delineando al enfoque y los procedimientos que guiaron la recapitulación, análisis e interpretación de los datos. En la metodología también se abordaron aspectos claves, tales como el diseño de investigación, la selección de la muestra y el análisis de datos. En última instancia, la metodología diseñada para este estudio de tesis se presenta como una herramienta estratégica y reflexiva, adoptada para proporcionar una estructura sólida que permita abordar de manera efectiva los objetivos planteados, contribuyendo así al avance del conocimiento en el área de estudio.

#### **2.2.1. Tipo de investigación**

El presente trabajo se desarrolló mediante una investigación con enfoque cuantitativo, cuasi- experimental y descriptivo. Cuasi- experimental porque consiste en la aplicación de dos reactivos: la Escala de estrategia de Coping modificada (EECM) y la escala de estrategias (COPE-28) que utilizan las usuarias drogodependientes para afrontar situaciones adversas también se utilizó técnicas cognitivo-conductuales que sirven en para modificar patrones de conducta y distorsiones cognitivas. De tipo descriptiva porque detalla las características relevantes de cualquier fenómeno de la investigación que se analice. Se empleará la recopilación de datos para probar o desestimar la hipótesis fundamentándose en la mediación numérica y el análisis estadístico con la finalidad de esclarecer cuales son las

pautas de comportamiento y comprobar la efectividad de la intervención que se realizará en adultas mujeres de un centro de rehabilitación CETAD en Azogues.

### **2.2.2. Población**

El universo estuvo conformado por 23 pacientes internas de edades comprendidas entre 19 a 62 años de un centro de rehabilitación CETAD en la ciudad de Azogues.

### **2.2.3. Criterios de Investigación**

#### **Criterios de Inclusión:**

- Pacientes mujeres con un rango de edad de 19 a 62 años.
- Pacientes diagnosticados con trastorno por consumo de sustancias
- Pacientes que se encuentren internas entre octubre a enero.
- Pacientes que se encuentran en tratamiento residencial en una Comunidad Terapéutica.

#### **Criterios de Exclusión:**

- Pacientes con rasgos psicóticos
- Pacientes con deterioro cognitivo
- Falta colaboración de las pacientes al aplicar el dispositivo grupal.

### **2.2.4. Instrumentos y Métodos**

#### **2.2.4.1. Consentimiento Informado:**

El consentimiento es una herramienta fundamental donde se proporcionó información detallada sobre el propósito, beneficios y posibles resultados de la intervención terapéutica grupal donde las usuarias aseguraron la participación en las 12 sesiones de manera activa y consciente protegiendo así sus derechos y contribuyendo la ética profesional.

#### **2.2.4.2. Escala de estrategias COPING modificada (EEC-M)**

La escala fue desarrollada por Shadin y Chorot (1993) consta de 69 ítems y 12 componentes, su desarrollo tarda 30 min. El valor Alfa de Cronbach alcanzado fue de 0.847 y la varianza total explicada fue de 58%. Con opciones de respuesta tipo Likert del 1 al 6 desde Nunca hasta Siempre. Los componentes de la escala serán las siguientes:

- Solución de problemas: estrategia orientada en la solución de conflicto. Evaluada por los ítems: 10, 17, 19, 26, 28, 37, 39, 51, 68.
- Búsqueda de apoyo social: Técnica comportamental que consiste en buscar opciones para solucionar el problema con apoyo externo. Los ítems son: 6, 14, 23, 24, 34, 47, 57.

- Espera: Técnica cognitivo conductual que utiliza la espera como estrategia para que el conflicto se resuelva por sí mismo o con el tiempo. Se califica con los enunciados : 9,18,27,29,38,40,50,60,69.
- Religión: Técnica basada en el uso del rezo y la oración para aumentar la tolerancia hacia el conflicto y solucionar el problema o las sensaciones que este genera. Los ítems que se califica son: 8, 16, 25, 36, 49, 59, 67.
- Evitación emocional: Consiste en evitar expresar emociones. Esta evaluada por los apartados: 11, 20, 21, 30, 41, 43, 53, 62.
- Búsqueda de apoyo profesional: Estrategia comportamental que se basa en la búsqueda de apoyo profesional para la resolución del problema. Los ítems son: 7, 15, 35, 48, 58.
- Reacción agresiva: Estrategia comportamental que consiste en solucionar los conflictos de manera hostil, sea de manera autoinfligida o dirigida hacia terceros. Esta es evaluada por las preguntas: 4, 12, 22, 33, 44.
- Evitación cognitiva: Técnica cognitiva que consiste en suprimir los pensamientos tanto negativos como perturbadores mediante distractores. Esta es evaluada por las preguntas: 31, 32, 42, 54, 63.
- Reevaluación positiva: estrategia cognitiva cuyo objetivo es identificar los aspectos positivos de la situación de conflicto. Esta es puntuada según los ítems: 5, 13, 46, 56, 64.
- Expresión de la dificultad de afrontamiento: Se refiere a la dificultad de expresar las emociones generadas por el problema. Esta evaluada por las preguntas: 45, 52, 55, 61.
- Negación: Esta estrategia consiste en negar la situación, comportándose como si no existiera. Esta es evaluada por las preguntas: 1, 2, 3.
- Autonomía: Estrategia que busca en responder los conflictos de manera independiente. Esta es evaluada por las preguntas: 65, 66.

#### **2.2.4.3.Escala estrategias (COPE- 28)**

El cuestionario es desarrollado por Moran, Landero, y González (2010) consta de 28 ítems que se responden en base a la escala tipo Likert que va de 0 a 3, en la que 0 es “no, en absoluto” y 3 es “mucho”, con puntuaciones intermedias 1 “poco” y 2 “bastante”. El alfa de Cronbach en diversos estudios ha mostrado valores que oscilan aproximadamente 0.60 y 0.90, indicando una consistencia interna aceptable a excelente de las preguntas en la escala.

Los 28 ítems se agrupan en parejas dando como resultado 14 modos de afrontamiento. Las catorce estrategias están distribuidas de la siguiente manera:

#### Estrategias centradas en la emoción:

- Apoyo social emocional: Conseguir apoyo emocional de simpatía y la comprensión. Se califica los ítems: 9 y 17.
- Reinterpretación positiva: Consiste en ver el lado positivo o favorable del problema. Se califica los ítems: 14 y 18.
- Negación: Evitar la realidad del suceso estresante. Se califica los ítems: 5 y 13.
- Religión: Estrategia orientada al rezo y la oración para afrontar situaciones de malestar. Se califica los ítems: 16 y 20.
- Apoyo social instrumental: Estrategia que busca en la ayuda de los demás para un consejo acerca de un conflicto. Se califica los ítems: 1 y 28.
- Aceptación: Aceptar lo que en realidad está sucediendo. Se califica los ítems: 3 y 21.

#### Estrategias centradas en resolver el problema

- Afrontamiento activo: Estrategia orientada a incentivar acciones sobre los propios esfuerzos para reducir el conflicto. Se califica los ítems: 2 y 10.
- Planificación: Se basa en afrontar la situación a través del pensamiento y planificación de acciones enfocadas a solucionar el conflicto. Se califica los ítems: 6 y 26.

#### Estrategias centradas a evitar el problema

- Autoinculpación: Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido. Se califica los ítems: 8 y 27.
- Humor: Estrategia orientada en utilizar burlas y bromas ante una situación estresante. Se califica los ítems: 7 y 19.
- Auto distracción: Se basa en la distracción para no enfocarse en la situación problemática. Se califica los ítems: 4 y 22.
- Desconexión conductual: Estrategia que consiste renunciar el intento de lograr alcanzar las metas. Se califica los ítems: 11 y 25.
- Desahogo: Estrategia que consiste en descargar y expresar sus sentimientos. Se califica los ítems: 12 y 23.
- Uso de sustancias (alcohol, medicamentos): Se refiere a la ingesta de alcohol u otras sustancias con la finalidad de sentirse mejor o ayudarse a enfrentar y soportar el agente de estrés. Se califica los ítems: 15 y 24.

### **2.3. ANÁLISIS DE DATOS**

Para el análisis estadístico, los resultados se recopilaron y tabularon mediante el programa Excel y posteriormente fueron transformados a una base de datos adaptada para el programa R Project for Statistical Computing, el cual es uno de los programas informáticos con mayor reconocimiento por su eficacia y capacidad para brindar estadísticas de grandes grupos de datos.

### **2.4. PROCEDIMIENTO**

Para acceder a la muestra en primer lugar, se procedió con la presentación de un oficio dirigido al Director del CETAD, solicitándole el permiso correspondiente para realizar la aplicación del dispositivo grupal, una vez dada la aprobación (Anexo 1) se procedió a coordinar la fecha y hora con la Directora Técnica para iniciar con la intervención. Se aplicó el reactivo sobre estrategias de afrontamiento a pacientes internas, explicándoles de forma clara. Así mismo, se recalcó de preguntar si presentaban dudas en algunas preguntas. Luego se dio inicio con la intervención grupal realizada en 12 sesiones con la duración de una hora y media cada sesión, basado en el modelo Torrents et al., (2011) con un enfoque cognitivo conductual. Se aplicó un post evaluación, al finalizar la administración de las pruebas, se procedió con el análisis de los resultados con métodos estadísticos y se llegó a las conclusiones sobre la efectividad del dispositivo para recomendar su aplicación.

### **2.5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

En el marco de la presente propuesta, se realizó la intervención cognitiva conductual utilizando la sesión de Cohesión Grupal que ayuda a la integración, productividad y rendimiento del grupo, reduce la hostilidad aumenta los sentimientos de seguridad. Cabe destacar que el proceso de pre y post test fue llevado a cabo en contextos independientes de la etapa de intervención.

El objetivo de la intervención propuesta radicó en el entrenamiento de estrategias de afrontamiento saludable, con la finalidad de que las usuarias puedan incorporarlas durante y al final del tratamiento. Este enfoque se orientó hacia una población específica de 23 mujeres adultas, cuya residencia se encuentra en un CETAD. La edad de las participantes estuvo comprendida entre los 19 y 62 años, lo que sugiere una diversidad de experiencias y necesidades psicológicas. Este proyecto busca establecer un vínculo integral identificando factores de riesgo y fortalezas individuales, con el propósito de optimizar la eficacia de las estrategias de afrontamiento implementadas (Anexo 5). Es importante resaltar que cada sesión se encuentra configurada mediante técnicas cognitivo-conductuales respaldadas por la

evidencia científica que sustenta su eficacia, tal como se ha documentado en los estudios previamente presentados. En consonancia con estos fundamentos, se han implementado dinámicas rompe hielo, dado que dichas actividades contribuyen a la instauración de un entorno propicio para el establecimiento de la confianza y la comodidad dentro del grupo. Este enfoque estratégico se fundamenta en la premisa de que la integración de dinámicas específicas potencia la efectividad de la intervención, generando un contexto favorable para la aplicación exitosa de las técnicas previamente mencionadas.

### Esquema de las sesiones

#	Tema	Objetivos
1	Integración grupal	Fomentar la cohesión grupal y establecer el encuadre.
2	Conceptos de estadios de cambio y situaciones de riesgo	Brindar información sobre los estadios de cambio y potenciar los factores de protección y disminuir el riesgo.
3	Control del craving	Concientizar e identificar factores que desencadena el deseo intenso
4	Impulsividad al consumir	Disminuir la impulsividad del consumo
5	Habilidades para resolución de problemas	Mejorar las capacidades de afrontamiento que se encuentran disminuidas en los adictos
6	Inteligencia emocional	Desarrollar la capacidad de reflexionar y comprender las propias emociones
7	Control de Ira	Identificar situaciones que desencadenan la ira y promover estrategias para reducir la intensidad de dicha emoción.
8	Control de pensamientos automáticos	Identificar las creencias irracionales y brindar estrategias para modificar patrones de pensamientos negativos con respecto al consumo de sustancias.
9	Comunicación efectiva	Mejorar la expresión de pensamientos y sentimientos de manera asertiva en situaciones de riesgo.
10	Nuevas formas de diversión en la vida y tener acceso a actividades agradables	Proporcionar alternativas de vida saludable
11	Apoyo Psicosocial	Proporcionar herramientas de reconstrucción emocional de vínculos afectivos.
12	Revisión y Cierre	Culminar con el proceso terapéutico

## **CAPÍTULO 3: RESULTADOS**

Para la exposición de resultados es necesario recordar el objetivo principal de este trabajo que consiste en determinar la efectividad de un dispositivo grupal en base a intervenciones grupales a través de terapias cognitivo-conductuales que contribuyan al fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento en un grupo de mujeres adultas internas. Para la evaluación del progreso de las pacientes en el periodo entre antes de la introducción de la terapia y después de esta se aplicaron dos instrumentos: la escala de afrontamiento de Coping modificada (EEC-M) y la escala de estrategias (COPE-28) a modo de pretest y post test. Los objetivos secundarios han sido cumplidos al crear y realizar el programa de intervención grupal en base a técnicas cognitivas conductuales, también se aplicó el dispositivo grupal en un intervalo de doce sesiones y se utilizó los instrumentos de evaluación antes mencionados cuyos resultados y significancias estadísticas se presentarán en este apartado.

### **3.1. ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING-MODIFICADA (EEC-M)**

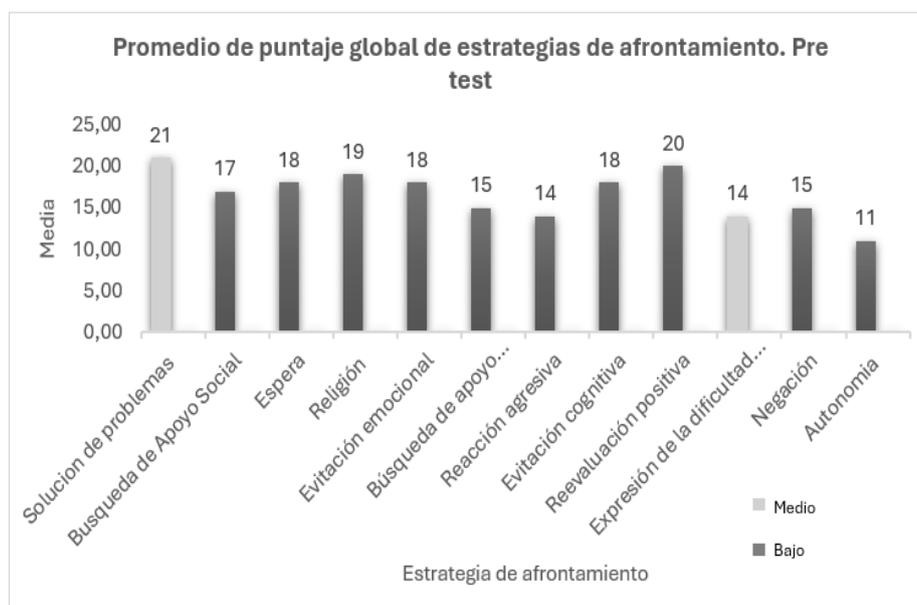
#### **3.1.1. Resultados del pretest de EEC-M**

Se realizó la aplicación de la prueba de Escala de estrategias de Coping-modificada (EEC-M) a 23 pacientes femeninas del CETAD. La edad de las participantes estuvo comprendida entre los 19 y 62 años para conocer el nivel de aplicación de las estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés y conflicto. En la tabla 2, se presentan las medias de los puntajes obtenidos en cada estrategia de afrontamiento. Se evidencia que gran parte de la población presentó niveles bajos en todos los parámetros, excepto en la reevaluación positiva y solución de problemas, aunque se debe considerar que estas estrategias están por encima del rango bajo por muy poco.

**Tabla 1.***Pretest. Puntaje Global del uso de estrategias de afrontamiento. n=23*

	<b>Factor</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>DE</b>	<b>Error estándar</b>	<b>Percentil 50</b>	<b>Interpretación</b>
1	Solución de problemas	21,43	21,00	2,25	0,47	21	Medio
2	Búsqueda de Apoyo Social	18,83	17,00	6,05	1,26	17	Bajo
3	Espera	19,74	18,00	4,27	0,89	18	Bajo
4	Religión	19,96	19,00	5,99	1,25	19	Bajo
5	Evitación emocional	18,61	18,00	6,43	0,60	18	Bajo
6	Búsqueda de apoyo emocional	18,09	15,00	8,53	1,78	15	Bajo
7	Reacción agresiva	15,04	14,00	5,45	1,14	14	Bajo
8	Evitación cognitiva	18,52	18,00	5,38	1,12	18	Bajo
9	Reevaluación positiva	20,87	20,00	6,31	1,31	20	Medio
10	Expresión dificultad de afrontamiento	14,30	14,00	3,82	0,80	14	Bajo
11	Negación	14,70	15,00	2,53	0,53	15	Bajo
12	Autonomía	9,61	11,00	2,15	0,45	11	Bajo

En la figura 2, se muestra la media del puntaje global obtenido en cada estrategia de afrontamiento, se evidencia que la mayoría se ubicó en un nivel bajo, es decir, las pacientes no utilizan técnicas adecuadas para enfrentar los problemas, principalmente por el desconocimiento de estas.

**Figura 2.***Pretest. Puntaje Global del uso de estrategias de afrontamiento*

### 3.1.2. Resultados del post test de escala de estrategias de Coping-modificada (EEC-M)

**Tabla 2.**

*Post test. Puntaje Global del uso de estrategias de afrontamiento. n=23*

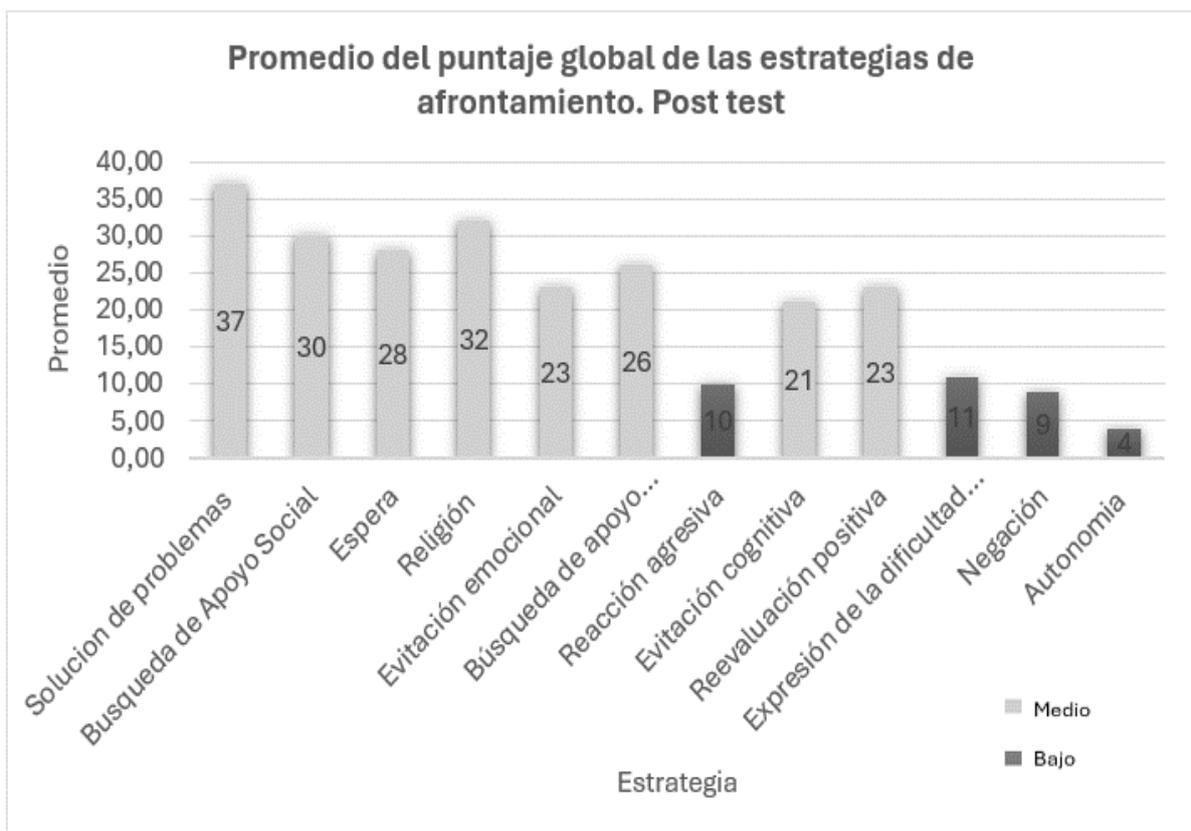
	<b>Factor</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>DE</b>	<b>Error estándar</b>	<b>Percentil 50</b>	<b>Interpretación</b>
<b>1</b>	Solución de problemas	36,22	37,00	8,83	1,84	37	Medio
<b>2</b>	Búsqueda de Apoyo Social	30,09	30,00	4,48	0,93	30	Medio
<b>3</b>	Espera	29,17	28,00	8,86	1,85	28	Medio
<b>4</b>	Religión	31,13	32,00	9,04	1,88	32	Medio
<b>5</b>	Evitación emocional	25,52	23,00	7,17	1,49	23	Medio
<b>6</b>	Búsqueda de apoyo emocional	24,57	26,00	4,46	0,93	26	Medio
<b>7</b>	Reacción agresiva	10,83	10,00	4,32	0,90	10	Bajo
<b>8</b>	Evitación cognitiva	22,22	21,00	3,18	0,66	21	Medio
<b>9</b>	Reevaluación positiva	23,39	23,00	3,76	0,78	23	Medio
<b>10</b>	Expresión de la dificultad de afrontamiento	13,39	11,00	8,00	1,67	11	Bajo
<b>11</b>	Negación	8,74	9,00	3,26	0,76	9	Bajo
<b>12</b>	Autonomía	4,17	4,00	1,77	0,37	4	Bajo

Previo al análisis estadístico que determinará la efectividad de la intervención, en la tabla 3 se evidencian las estadísticas descriptivas de las 12 estrategias de afrontamiento después de participar en la intervención. Se evidencia que las usuarias, posterior al programa, presentaron mayor uso de las estrategias de afrontamiento, excepto en los parámetros de negación, reacción agresiva, expresión de la dificultad de afrontamiento y autonomía los cuales disminuyeron tal como se evidencia en la figura 3. Respecto al factor reacción agresiva, este se refiere a la expresión impulsiva de la ira con el objetivo de disminuir la carga emocional, sin embargo, esta estrategia puede involucrar comportamientos violentos hacia si mismo o hacia los demás, por lo cual la reducción de este parámetro refleja un mejor control de impulsos. La expresión de dificultad de afrontamiento es la tendencia de expresar la dificultad para enfrentar las sensaciones emocionales ocasionadas por el conflicto, mientras mayor el puntaje, mayor la dificultad para expresar las emociones generadas por el conflicto, por lo que la reducción de este parámetro evidencia que las pacientes aprendieron a externalizar de manera adecuada las emociones que les provoca una situación conflictiva. Sobre el factor negación, se refiere a la ausencia de aceptación del problema y su evitación para tratar de distanciarse de forma temporaria de las situaciones asociadas a este como una

estrategia para tolerar o soportar las emociones generadas por el conflicto, a mayor puntaje, mayor negación del conflicto y por ende menor resolución de conflictos, la reducción de este parámetro muestra que las pacientes han desarrollado la capacidad de aceptar y tolerar las situaciones de conflicto. La autonomía se refiere a la tendencia a responder frente al conflicto de manera individual sin contar con el apoyo de amigos, familiares o profesionales, esto puede ser contraproducente cuando existen situaciones que sobrepasan las capacidades individuales por lo que la disminución de su uso se considera positiva debido a que las pacientes aprendieron a expresar sus problemáticas y formar una red de apoyo que incluya a los profesionales de la salud mental.

**Figura 3.**

*Post test. Puntaje Global del uso de estrategias de afrontamiento*



### 3.1.3. Comparación entre el pretest y post test de escala de estrategias de Coping-modificada (EEC-M)

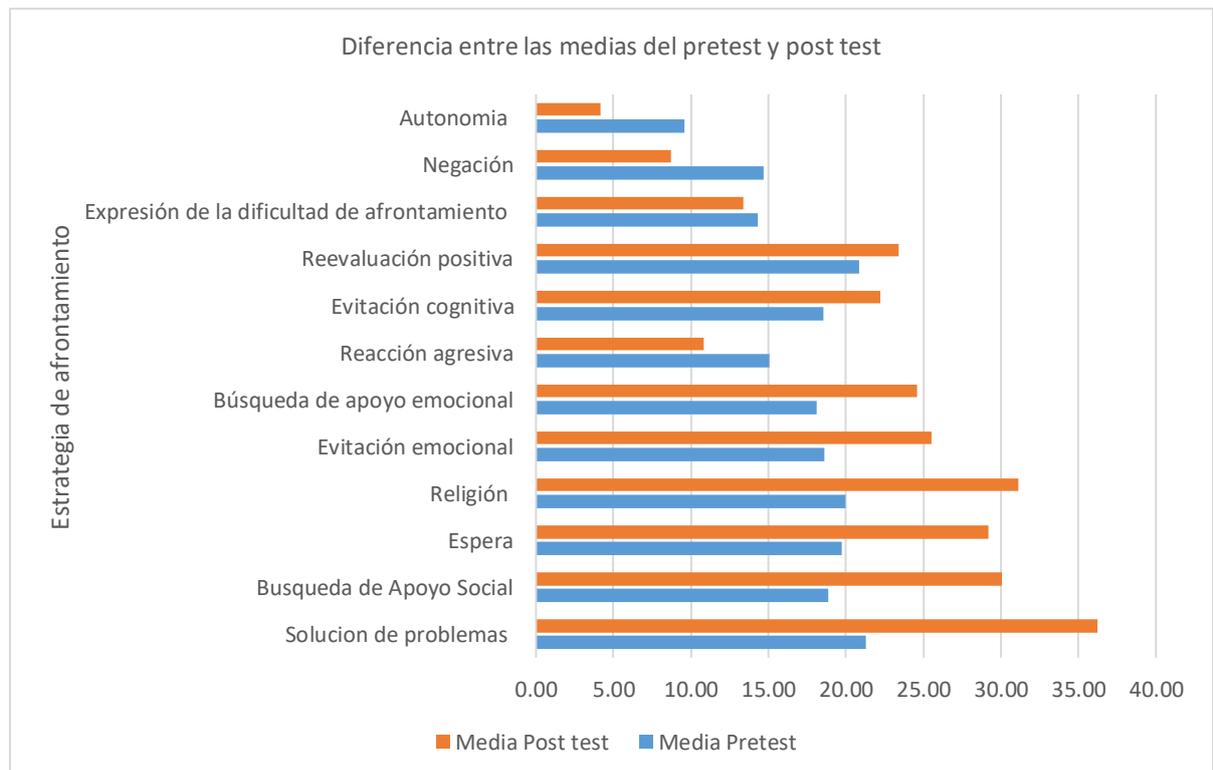
**Tabla 3.**

*Diferencia entre las medias del pretest y post test*

Estrategia de afrontamiento	Media Pretest	Media Post test	D.E. combinada	Diferencia
Solución de problemas	21,30	36,22	6,48	-14,91
Búsqueda de Apoyo Social	18,83	30,09	5,32	-11,26
Espera	19,74	29,17	6,95	-9,43
Religión	19,96	31,13	7,67	-11,17
Evitación emocional	18,61	25,52	6,81	-6,91
Búsqueda de apoyo emocional	18,09	24,57	6,80	-6,48
Reacción agresiva	15,04	10,83	4,92	4,22
Evitación cognitiva	18,52	22,22	4,42	-3,70
Reevaluación positiva	20,87	23,39	5,19	-2,52
Expresión de la dificultad de afrontamiento	14,30	13,39	6,27	0,91
Negación	14,70	8,74	2,92	5,96
Autonomía	9,61	4,17	1,97	5,43

**Figura 4.**

*Diferencia entre las medias del pretest y post test*



En la tabla 4 y figura 4 se evidencia la diferencia de las medias entre cada una de las estrategias de afrontamiento, observando un gran incremento de su uso posterior a la intervención realizada mediante las técnicas cognitivo-conductuales lo cual se evidencia en los resultados del post test. Las estrategias positivas que se aprendió a utilizar fueron: solución de conflictos, búsqueda de apoyo social, espera, religión, evitación emocional, búsqueda de apoyo emocional, evitación cognitiva y reevaluación positiva, mientras que el uso de estrategias negativas como negación, reacción agresiva, autonomía y expresión de la dificultad de afrontamiento se redujeron lo cual evidencia una disminución de comportamientos agresivos y negativos ante el conflicto.

**Tabla 4.**

*Prueba T student de comparación global entre pretest y post test*

<b>Parámetro</b>	<b>Media Pretest</b>	<b>Media Post test</b>
Media	17,46	21,62
Varianza	11,60	101,29
Desviación estándar	3,41	10,06
Desviación estándar combinada	7,51	
Diferencia de las medias	-4,16	
<b>Coefficiente de correlación de Pearson</b>	0,92	
<b>Estadístico t</b>	-2,04	
<b>Valor de p</b>	0,03	
<b>IC 95%</b>	1,07 L.I: -5,23 L.S: -3,08	

Después de describir los puntajes de cada estrategia antes y la intervención, se concluyó que los valores estadísticos globales en el pretest fueron (M=17.46; varianza=11.60; DE:3,41) y en el post test (M=21,62; varianza=101,29; DE: 10,06) Se analizó si la diferencia obtenida entre las pruebas fue estadísticamente significativa a través de la prueba t de student. Se evidenció una significancia estadística (M= -4,16; DE=7,51; IC 95%: 2.73; 3.64, t=-2,04, gl=11, p=0,03; coeficiente de correlación de Pearson = 0,92). Es decir, hubo una diferencia de -4,16 puntos antes y después de recibir la intervención, con un IC de 95% se considera que el valor verdadero de la diferencia se encuentre entre 2.73 y 3.64, el coeficiente de correlación de Pearson = 0,92 demuestra una asociación fuerte entre la intervención y el mayor uso y perfeccionamiento de las estrategias de afrontamiento. El valor p también fue estadísticamente significativo siendo menor a 0,05.

### 3.2. ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPE-28

#### 3.2.1. Resultados del pretest de escala de estrategias de COPE-28

**Tabla 5.**

*Pretest. Estadísticas por estrategia de la Escala de estrategias de COPE-28 n=23*

Dimensión	Estrategia de afrontamiento	Media	Interpretación
<b>EA Enfocado en el Problema</b>	Planificación	4,13	Depende de las circunstancias
	Apoyo instrumental	4,09	
	Reinterpretación positiva	4,13	
	Aceptación	4,26	
	Humor	2,65	
	Desconexión	2,00	
	Promedio General	25,61	
<b>EA Enfocado en la emoción</b>	Desahogo	2,70	Depende de las circunstancias
	Uso de apoyo	2,48	
	Promedio General	5,17	
<b>EA Evitativo</b>	Negación	2,26	Depende de las circunstancias
	Religión	4,48	
	Uso de sustancias	0,83	
	Autoinculpamiento	2,17	
	Auto distracción	3,43	
	Promedio General	13,1	

**Tabla 6.**

*Pretest. Estadísticas por dimensiones de la Escala de estrategias de COPE-28 n=23*

Parámetro	EA enfocado en el problema	EA enfocado en la emoción	EA Evitativo
<b>Media Pretest</b>	25,61	5,17	13,17
<b>Mediana</b>	25	5	13
<b>DE</b>	6,67	3,17	4,20
<b>Error Estándar</b>	1,39	0,66	0,87

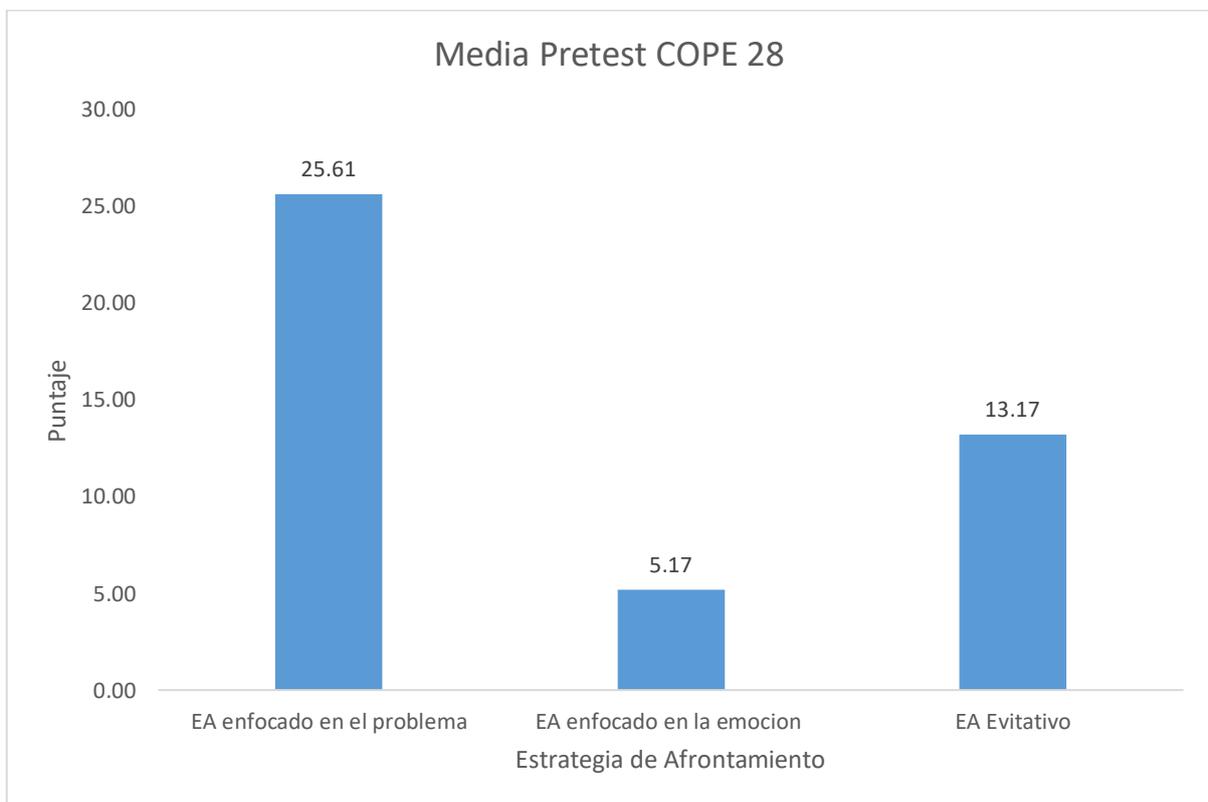
Se realizó la aplicación de la prueba de estrategias de COPE-28 en 23 pacientes femeninas de un CETAD. La edad de las participantes estuvo comprendida entre los 19 y 62 años. En las tablas 6 y 7, se presentan las medias de los puntajes obtenidos por estrategia y por dimensión de la prueba: EA enfocado en el problema, EA enfocado en la emoción y EA evitativo en el pretest aplicado a las 23 participantes.

Se evidenció que todas las participantes utilizan las tres dimensiones “dependiendo de la situación” lo cual sugiere un uso medio de las estrategias, esto significa que hay conocimiento y aplicación de las estrategias de afrontamiento, sin embargo, sería adecuado fortalecerlas, excepto por la dimensión de afrontamiento evitativo ya que suele relacionarse con: negación, uso de sustancias, auto inculpamiento y auto distracción, estos factores pueden ser perjudiciales para las pacientes, sobre todo en aquellas con antecedentes de adicciones.

En la figura 5, se evidencia que las estrategias que más se utilizan son aquellas enfocadas en el problema, seguidas por las estrategias evitativas y por último las estrategias enfocadas en la emoción.

**Figura 5.**

*Pretest. Media por dimensiones de la Escala de estrategias de COPE-28*



### 3.2.2. Resultados del Post test de escala de estrategias de COPE-28

**Tabla 7.**

*Post test. Estadísticas por estrategia de la Escala de estrategias de COPE-28 n=23*

Dimensión	Estrategia de afrontamiento	Media	Interpretación
EA Enfocado en el Problema	Planificación	5,09	Frecuentemente
	Apoyo instrumental	5,04	
	Reinterpretación positiva	4,65	
	Aceptación	4,91	
	Humor	4,17	
	Desconexión	1,26	
	Promedio General	30,30	
EA Enfocado en la emoción	Desahogo	4,39	Frecuentemente
	Uso de apoyo	4,35	
	Promedio General	8,74	
EA Evitativo	Negación	1,17	Depende de las circunstancias
	Religión	4,52	
	Uso de sustancias	0,30	
	Autoinculpamiento	1,13	
	Auto distracción	2,09	
	Promedio General	9,22	

**Tabla 8.**

*Post test. Estadísticas por dimensiones de la Escala de estrategias de COPE-28 n=23*

Parámetro	EA enfocado en el problema	EA Emoción	EA Evitativo
Media Post test	30,30	8,74	9,22
Interpretación	Frecuentemente	Frecuentemente	Depende de las circunstancias
Mediana	30,00	9,00	9,00
Desviación Estándar	3,40	1,18	1,24
Error Estándar	0,71	0,25	0,26

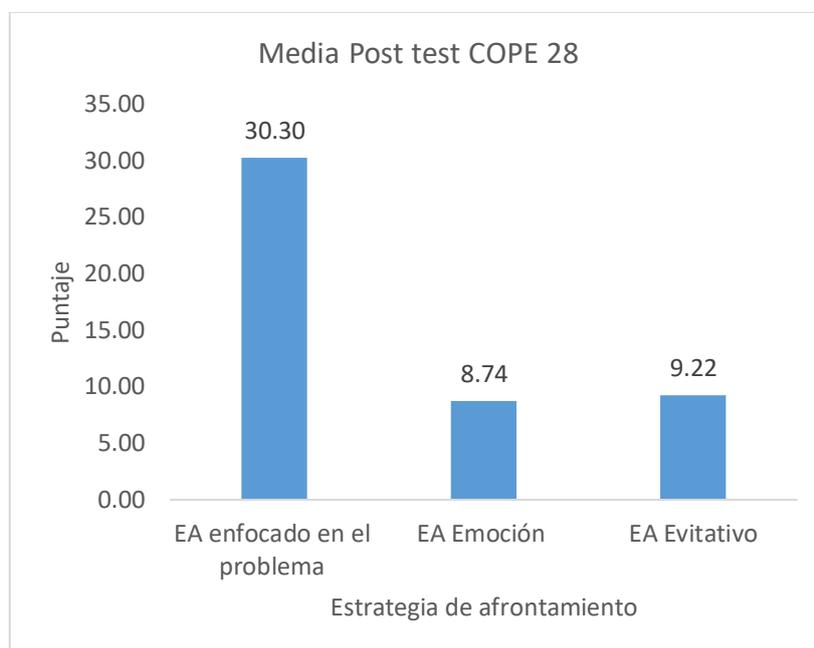
En las tablas 8 y 9 se puede evidenciar las estadísticas de los posts test aplicados en las 23 pacientes posterior a la intervención psicológica realizada. En estas tablas observamos que el uso de estrategias dentro de las dimensiones positivas: estrategias de afrontamiento enfocadas al problema y a la emoción ha incrementado, permitiendo a las pacientes buscar soluciones acordes al conflicto y a sus emociones sin dejar que las ultimas intervengan más de lo necesario, en cambio, sobre las estrategias de la dimensión evitativa, la cual se

considera negativa, se observa una disminución en el uso de todas estas menos en la religión, lo cual se considera positivo ya que estas técnicas de afrontamiento se relacionan con la negación del problema y el uso de sustancias ilícitas para evitar el confrontamiento. Respecto al parámetro religión, su uso debe ser respetado debido a la libertad de culto.

En la figura 6, se evidencia que las estrategias que más se utilizan son aquellas enfocadas en el problema, seguidas por las estrategias evitativas y por último las estrategias enfocadas en la emoción.

**Figura 6.**

*Post test. Media por dimensiones de la Escala de estrategias de COPE-28*



### 3.2.3. Comparación por dimensión del pretest y post test de la escala de estrategias de COPE-28

**Tabla 9.**

*Comparación entre las medias pretest y post test de la escala de estrategias de COPE-28*

Estrategia de Afrontamiento	Media Pretest	Media Post Test	DE Pretest	DE Post Test	DEC	Diferencia	IC 95%	Ls	Li
EA enfocado en el problema	25,61	30,30	6,67	3,40	5,29	4,70	0,76	5,45	3,94
EA enfocado en la emoción	5,17	8,74	3,17	1,18	2,39	3,57	0,34	3,91	3,22
EA evitativo	13,17	9,22	4,20	1,24	3,09	3,96	0,44	3,51	4,40

La tabla 10 compara cada dimensión de la escala de estrategias COPE-28. Respecto a las EA enfocadas en el problema, las estadísticas del pretest fueron ( $M=25,61$ ;  $DE=6,67$ ) mientras que en el post test ( $M=30,30$ ;  $DE=3,40$ ). Se evidenció una significancia estadística de  $M=4,70$  puntos en el uso de EA enfocadas al problema,  $DE=5,29$  con un IC 95% de 0,76 (5,45: 3,94). Es decir, hubo una diferencia de 4,70 puntos antes y después de recibir la intervención, con un IC de 95% se considera que el valor verdadero de la diferencia se encuentre entre 5,45 y 3,94 siendo estadísticamente significativo.

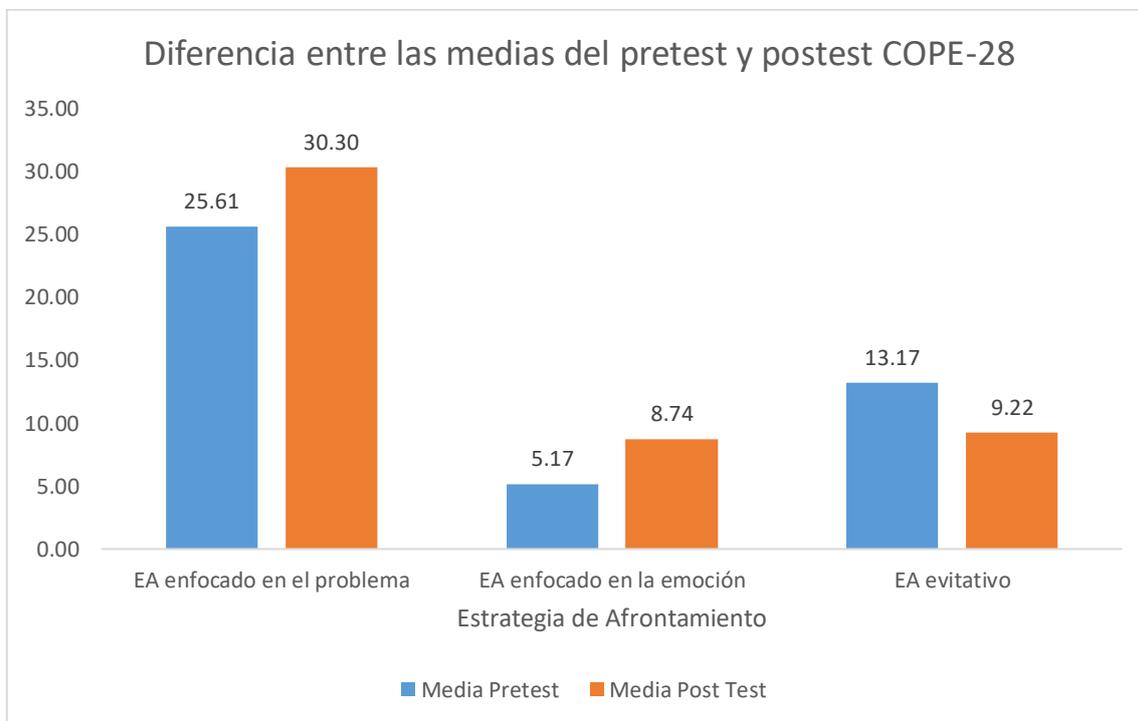
Respecto a las EA enfocadas en la emoción, las estadísticas del pretest fueron ( $M=5,17$ ;  $DE=3,17$ ) mientras que en el post test ( $M=8,74$ ;  $DE=1,18$ ). Se evidenció una significancia estadística de  $M=3,57$  puntos en el uso de EA enfocadas a la emoción,  $DE=2,39$ , con un IC 95% de 0,34 (3,91: 3,22). Es decir, hubo una diferencia de 3,57 puntos antes y después de recibir la intervención, con un IC de 95% se considera que el valor verdadero de la diferencia se encuentre entre 3,91 y 3,22 siendo estadísticamente significativo.

Respecto a las EA evitativas las estadísticas del pretest fueron ( $M=13,17$ ;  $DE=4,20$ ) mientras que en el post test ( $M=9,22$ ;  $DE=1,24$ ), es decir, Se evidenció una significancia estadística de  $M= 3,96$  puntos en el uso de EA enfocadas al problema,  $DE=3,09$  con un IC 95% de 0,44 (3,51: 4,40). Es decir, hubo una diferencia de menos 3,96 puntos antes y después de recibir la intervención, con un IC de 95% se considera que el valor verdadero de la diferencia se encuentre entre 3,51 y 4,40 siendo estadísticamente significativo. La disminución del uso de esta última dimensión de estrategias de afrontamiento se considera positiva ya que el uso frecuente de dichas estrategias puede ser perjudicial en pacientes con antecedentes de adicción como es el caso de esta población.

Estos resultados evidencian que existió un incremento del uso de las estrategias de afrontamiento enfocadas al problema y a la emoción, las cuales se consideran estrategias positivas que contribuyen a la resolución segura de conflictos, mientras que hubo una reducción de las estrategias de afrontamiento evitativas, las cuales se consideran estrategias negativas por estar asociadas a conductas nocivas, por lo que su reducción se considera adecuada. Estos resultados se pueden observar en la figura 7.

**Figura 7.**

*Comparación entre las medias pretest y post test de las tres dimensiones de la escala de estrategias de COPE-28*



### 3.2.4. Comparación global del pretest y post test de la escala de estrategias de COPE-28

**Tabla 10.**

*Prueba t student de las estadísticas globales del Pretest y Post test Cope 28*

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas		
Estadísticas Globales Pretest y Post Test Cope 28		
	<i>Media Pretest</i>	<i>Media Post Test</i>
<b>Media</b>	14,652	16,087
<b>Varianza</b>	106,034	151,658
<b>Desviación estándar</b>	10,30	12,31
<b>Desviación estándar combinada</b>	11,35	
<b>Coefficiente de correlación de Pearson</b>	0,929	
<b>Grados de libertad</b>	2,000	
<b>Estadístico t</b>	-0,528	
<b>Valor p</b>	0,032	
<b>IC 95%</b>	1,62 (-3,06;0,19)	

La tabla 11 es una comparación global entre el pretest y post test COPE 28 en el cual se evidencia en el pretest ( $M=14,62$ ;  $DE=10,30$ ;  $Varianza=106,03$ ) mientras que en el post test ( $M=16,08$ ;  $DE=12,31$ ;  $Varianza=151,65$ ). Se analizó si la diferencia obtenida entre las pruebas fue estadísticamente significativa a través de la prueba t de student. Se evidenció una significancia estadística ( $M= -1,43$ ;  $DE\ combinada=11,35$ ;  $IC\ 95\% =1,62(-3,06:0,19)$ ;  $t=-0,52$ ;  $p=0,032$ ; coeficiente de correlación de Pearson =  $0,92$ ). Es decir, hubo una diferencia de  $-1,43$  puntos antes y después de recibir la intervención, con un IC de 95% se considera que el valor verdadero de la diferencia se encuentre entre  $-3,06$  y  $0,19$ , el coeficiente de correlación de Pearson =  $0,92$  demuestra una asociación fuerte entre la intervención y el mayor uso de las estrategias de afrontamiento. El valor p también fue estadísticamente significativo siendo menor a  $0,05$ , ( $0,032$ ).

## DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio es determinar la efectividad del dispositivo grupal creado para promover estrategias de afrontamiento en mujeres adultas de un centro de rehabilitación CETAD en la ciudad de Azogues a través de un programa de intervención y la aplicación de instrumentos de evaluación. El programa logró evidenciar que el dispositivo grupal ayudó a las usuarias a comprender la importancia y repercusión positiva de participar en un programa de intervención, ya que este permitió a las pacientes aprender a buscar soluciones individuales y solicitar apoyo emocional y social en caso de conflicto o situaciones de estrés. Es decir, el uso de un dispositivo grupal en base a la terapia cognitiva conductual para promover estrategias de afrontamiento sanas se considera efectivo. Para evaluar los hallazgos de este estudio se usaron dos escalas de estrategias de afrontamiento: la escala de estrategias de Coping Modificada (EEC-M) y la escala de estrategias de Cope-28. Ulloa Vanegas & Zúñiga Ortega (2021) consideran que las estrategias de afrontamiento son fundamentales para preservar la abstinencia, ya que son agentes protectores y preventivos ante el consumo de estupefacientes. La aplicación del dispositivo grupal enfocado en la promoción de estrategias de afrontamiento sanas coincide con Idrovo & Parra (2016) quienes citan lo que manifiesta Getzel (1991): “La terapia de grupo no solo se centra en el individuo, sino que también destaca la importancia de la conexión emocional y la comprensión colectiva durante el proceso de autoconciencia y crecimiento personal”. Ossa (2019) destaca que la terapia grupal con un enfoque cognitivo conductual favorece el protagonismo por parte del paciente y aumenta la posibilidad de que el cambio perdure, ya que al evaluar los resultados al final del proceso se descubre que se basa fundamentalmente en los propios recursos de la persona. Gutiérrez & Varela (2009) citan a Hirsch (2007) quien plantea que la incorporación de terapia grupal es un recurso importante y válido ya que apunta a trabajar potenciando las herramientas personales intrínsecas con la mínima intervención profesional posible. Caballero Machado et al. (2023) elaboraron el estudio “Estrategias de afrontamiento e impacto personal del consumo de sustancias psicoactivas ilícitas en pacientes internos en rehabilitación” con el objetivo de indagar cuáles son las estrategias de afrontamiento y el impacto personal del consumo de drogas en individuos en proceso de rehabilitación. Los pacientes utilizaron acciones y esfuerzos para reducir el consumo de drogas tales como técnicas de distracción y estrategias de afrontamiento cognitivo conductuales como el control y programación de actividades centradas en el problema en búsqueda de cambiar hábitos nocivos e integrar actividades que mejoren su estilo de vida y se enfoquen en la reducción del consumo de sustancias ilícitas.

Respecto a la escala de estrategias de Coping Modificada (EEC-M):

El estudio descriptivo, de tipo cuantitativo de Jarrin Cuesta & Ochoa Pineda (2017) denominado “Estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad en varones rehabilitados del consumo de sustancias del centro terapéutico Amor y Vida” fue realizado en 60 pacientes ex usuarios de CENTERAVID que asisten a seguimiento con el objetivo de analizar la relación entre estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad. Los resultados demostraron que las estrategias más efectivas que reducen los niveles de ansiedad en pacientes ex adictos fueron la religión con una  $p=0,01$  y la solución de problemas con una  $p<0,05$ . Los autores mencionan que la estrategia apoyo social brinda los medios necesarios para lograr crecimiento emocional e identificarse con otros sujetos en situaciones similares, las personas que tienen apoyo social demuestran mejor salud mental y enfrentan los eventos estresantes de manera adecuada. Además, los pacientes drogodependientes emplean mayormente estrategias fundamentadas en la ayuda social o espiritual, las cuales suelen ser basadas en la dependencia de elementos externos, la estrategia más comúnmente utilizada es la religión. Este estudio coincide con nuestros resultados en los cuales la estrategia de solución de problemas fue la más utilizada antes y después de la intervención seguida por la estrategia religión.

El estudio no experimental, transversal y descriptivo de Alzate Palacio et al. (2009) denominado “Estrategias de afrontamiento en farmacodependientes en edades entre los 18 a 34 años, después de la primera etapa de la reinserción social de la Fundación La Luz en Medellín” realizado en 25 pacientes, buscó evaluar cuales fueron las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas en esta población después de la primera etapa de reinserción social. Los autores encontraron que todas las estrategias de afrontamiento evaluadas según el EEC-M se encontraron dentro de los límites aceptados para su muestra, es decir, los evaluados contaron con estrategias adecuadas para manejar situaciones de estrés. Las estrategias que fueron utilizadas por encima de la media fueron: búsqueda de apoyo social, espera, religión, evitación emocional, búsqueda de apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, negación y autonomía. Las estrategias con menor uso registrado por debajo de la media fueron: solución de problemas, reevaluación positiva y expresión de la dificultad de afrontamiento. En nuestro estudio, las estrategias se utilizaron por encima de la media posterior a la intervención del dispositivo grupal, siendo las más usadas: solución de problemas, búsqueda de apoyo social y religión mientras que las que experimentaron una disminución de su uso fueron: reacción agresiva, expresión de dificultad de afrontamiento, negación y autonomía, estas últimas consideradas como negativas ya que tienden a evitar el conflicto en vez de resolverlo.

Los estudios coinciden en el uso de las estrategias búsqueda de apoyo social, religión y expresión de dificultad de afrontamiento. Ambos estudios experimentaron un incremento del uso de las estrategias de afrontamiento positivas y disminución de las consideradas negativas después de una intervención, esto se traduce en la repercusión positiva de estos programas en el reforzamiento de las técnicas de afrontamiento en pacientes con antecedente de drogodependencia para mejorar su estilo de vida y evitar recaídas.

El estudio de Torrents et al. (2011) nombrado “Resultados de efectividad de un grupo de estrategias de afrontamiento para pacientes dependientes de sustancias en el contexto de un hospital de día” tuvo el objetivo de demostrar la efectividad de la aplicación de un grupo de terapia de estrategias de afrontamiento para pacientes drogodependientes con la finalidad de facilitar el manejo de la abstinencia. Se analizó 38 pacientes que asistieron a un programa de 12 sesiones de terapia de apoyo que fueron posteriormente evaluados mediante el ECC-M. Los resultados arrojaron que los individuos obtuvieron nuevas estrategias al final de la intervención, así como un incremento en la concientización sobre la utilidad de estas estrategias para enfrentar los casos que podrían conllevar a la recaída. Se observó una mayor frecuencia del uso de estrategias de afrontamiento después del tratamiento con una  $p=0,005$ . Los autores consideraron que estos resultados muestran que los individuos se sintieron preparados para enfrentar situaciones de conflicto o de riesgo de recaídas después del tratamiento aplicado. Lo mencionado coincide completamente con nuestra investigación, ya que la aplicación de la escala ECC-M antes y después de la intervención evidenció una correlación estadísticamente significativa entre la implementación de un dispositivo grupal con el uso de las estrategias de afrontamiento con una  $p<0,05$ . Es decir, al igual que en el estudio de Alzate Palacio et al. (2009), la implementación de programas enfocados a mejorar las estrategias de afrontamiento empodera a los pacientes sobre su capacidad de enfrentar situaciones de estrés, conflicto y recaída lo cual influye positivamente en la adherencia a su tratamiento.

El estudio de Hernández Serrano & Londoño (2012): “Factores psicosociales, cognitivos y de personalidad asociados a la adherencia al tratamiento en comunidades terapéuticas” tuvo el objetivo de establecer un perfil cognitivo que favorece la adherencia al tratamiento de adicciones. La muestra estuvo constituida por 443 pacientes drogodependientes de los cuales 374 pertenecieron al grupo de menor adherencia (A) y 69 al grupo de alta adherencia (B). Los resultados obtenidos arrojaron que las estrategias de afrontamiento: solución de problemas y búsqueda de apoyo profesional se relacionan con una mayor adherencia al tratamiento. Existió una relación negativa entre el uso de la estrategia

autonomía y la adherencia al tratamiento, mientras menos se utilizó esta estrategia, mayor fue la adherencia. La importancia de este estudio radica en que el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento positivas se relaciona positivamente con la adherencia al tratamiento, en el caso de nuestra investigación, la solución de problemas, la búsqueda de apoyo profesional y la reevaluación positiva fueron estrategias cuyo uso se incrementó después de la intervención por lo que se debería considerar evaluar en nuestra población la repercusión de estas sobre la adherencia a la terapia.

Respecto al instrumento denominado estrategias de COPE-28:

El estudio de Rodríguez Hinojosa et al. (2022) nombrado “Estrategias de afrontamiento y estilos de apego en jóvenes universitarios consumidores moderados de drogas de Lima Metropolitana” realizado en jóvenes entre 18 a 26 años consumidores moderados de drogas fue realizado con una muestra de 202 participantes con el objetivo de identificar la relación entre las estrategias de afrontamiento y los estilos de apego en jóvenes. Los autores evidenciaron que las principales estrategias de afrontamiento utilizadas fueron aquellas enfocadas en el problema, mientras que las menos utilizadas fueron las estrategias de afrontamiento evitativas, dentro de estas, la que menos se usó fue la religión. Además, se observó que la estrategia de afrontamiento de Apoyo social dentro de la dimensión EA enfocadas al problema mostró correlación positiva con el factor de disponibilidad familiar mientras que la ausencia de este factor repercutió de manera significativa en la predisposición para desarrollar conductas adictivas. Guevara Ortega et al. (2014) en el estudio de denominado “Estilos de afrontamiento al estrés en pacientes drogodependientes” buscó determinar las estrategias de afrontamiento en 88 pacientes drogodependientes en tratamiento en Comunidades Terapéuticas en Lima. Se observó que los pacientes drogodependientes utilizan estilos de afrontamiento como: planificación, afrontamiento activo, postergación del afrontamiento y la religión. En menor preferencia refirieron utilizar las estrategias: desentendimiento conductual, negación, supresión de actividades y desentendimiento mental. En cuanto al estilo de estrategia, los pacientes prefirieron el estilo de afrontamiento enfocado al problema, seguido por el estilo enfocado a la emoción y por último el enfocado al desentendimiento conductual y mental, es decir, evitativo. Este estudio encontró que, a menor tiempo de abstinencia, el sujeto utiliza mayoritariamente estrategias de afrontamiento evitativas, es decir, el uso de estas estrategias coincide con la asunción de responsabilidades ya que el desentendimiento conductual es una manera de evitar el conflicto. El estudio cuantitativo de diseño no experimental realizado por Beas Lecca & Dominguez Vergara (2023) , denominado “Estimación de afrontamiento y riesgo de recaída en adultos

drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima metropolitana” tuvo como objetivo determinar la relación entre los estilos de afrontamiento y el riesgo de recaída en 216 adultos con drogadicción en comunidades terapéuticas de Lima. La investigación arrojó existió una correlación negativa entre la estimación de afrontamiento y la probabilidad de recaída con una  $p= 0,000$ , es decir, mientras más aumente la estimación de afrontamiento, menor será el riesgo de recaída. Así mismo, se evidencio una correlación significativa negativa entre el EA orientado al problema y la probabilidad de recaída, es decir, el incremento del uso de EA enfocadas en el problema disminuyó el riesgo de recaída. Respecto al estilo de afrontamiento evitativo, existió una correlación significativa positiva, es decir, si el uso de este estilo de afrontamiento incrementa, el riesgo de recaída también aumentará. En comparación con nuestro estudio, se evidenció que las estrategias de afrontamiento primarias más utilizadas fueron las enfocadas al problema y a la emoción, también hubo reducción de las estrategias de afrontamiento evitativas las cuales se consideran negativas debido a su asociación con conductas nocivas como el uso de alcohol y drogas, es decir, existió una asociación positiva entre la aplicación de un dispositivo grupal para mejorar el uso de los estilos de estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema, en la emoción y evitativas y su uso en pacientes con antecedente de drogodependencia con una  $p= 0,05$  siendo estadísticamente significativa.

En todos los estudios se puede observar que en personas con algún tipo de adicción el uso de estrategias de afrontamiento se relaciona principalmente con sus antecedentes, mientras existan historias de abandono, violencia o abuso de sustancias, más se inclinan los pacientes en el uso de estrategias evitativas las cuales se consideran negativas por su asociación a problemas de adicción. Esto coincide con Martínez González (2021) en su artículo de análisis “El reto de la psicoterapia de los trastornos de la personalidad en drogodependientes” quien dice que los individuos con drogodependencia suelen utilizar mayormente las estrategias de afrontamiento enfocadas a la emoción, alimentando estilos de afrontamiento potenciados por la adicción, es decir, cuando el drogodependiente acude a esta clase de estrategias, fortalece mecanismos de afrontamiento enfocados al uso de sustancias para evitar el malestar emocional y como consecuencia, el individuo desestima las estrategias centradas en acciones que resuelvan el problema, lo cual sería lo más adecuado. Debido a esto, es de suma importancia la implementación de programas que permitan fortalecer las estrategias de enfrentamiento enfocadas al problema y la emoción, ya que estas pueden reducir considerablemente la predisposición al uso de alcohol y drogas, es decir, el uso de estrategias de afrontamiento evitativas.

## CONCLUSIONES

Las estrategias de afrontamiento son agentes protectores esenciales en los pacientes drogodependientes, se consideran herramientas básicas ante la resolución de conflictos ya que estos pueden predisponer al abuso de sustancias cuando el usuario no posee las estrategias necesarias para enfrentar el problema.

Una vez aplicada la intervención se evidenció una asociación positiva entre la implementación de un dispositivo grupal de estrategias de afrontamiento y el incremento del uso de estas con una  $p=0,05$  que se consideró estadísticamente significativa evaluadas en la escala de estrategias de COPING modificada (ECC-M).

Existió una asociación positiva entre la aplicación de un dispositivo grupal de estrategias de afrontamiento y el incremento de su uso con una  $p= 0,05$  siendo estadísticamente significativa evaluadas mediante la escala de estrategias de COPE-28.

Se pudo observar que en personas con algún tipo de adicción el uso de estrategias de afrontamiento se relaciona principalmente con sus antecedentes, mientras exista historial de abuso de sustancias, más se inclinan los pacientes en el uso de estrategias evitativas, por lo cual, es necesario fortalecer las estrategias enfocadas al problema y la emoción para mejorar la calidad de vida de los pacientes y disminuir el riesgo de recaída.

El presente estudio aporta información importante al campo de la investigación al realizar un análisis del grado de relación entre la intervención grupal a través de terapia cognitivo-conductual y el uso de estrategias de afrontamiento, con esto, surgen nuevas interrogantes relacionadas con la salud física y psicosocial del adulto. Es decir, los hallazgos encontrados podrán contribuir a la atención de la salud mental e implementación de intervenciones de promoción y prevención asociados al manejo de estrategias de afrontamiento.

Por último, es fundamental tener en consideración ciertas limitaciones de este estudio: la muestra analizada pertenece a un sector delimitado de la población, por lo cual, no permite generalizar los resultados, otra limitación fue la falta de estudios analíticos sobre esta temática a nivel nacional que nos permitan conocer la realidad del uso de estrategias de afrontamiento en nuestro país, y por último, la heterogeneidad de los estudios, ya que la comparación de estos fue con distintos tipos de poblaciones lo que puede causar una variabilidad grande de los resultados entre cada población.

## **RECOMENDACIONES**

Se recomienda continuar con la investigación de la temática para de esta manera ampliar las fuentes de conocimiento con el objetivo de establecer estrategias de promoción y prevención enfocadas en el bienestar psicosocial de los adultos.

Se recomienda continuar con esta línea de investigación en la misma muestra, pero con la asociación de otras variables relacionadas con la edad, personalidad, autoestima, antecedente de violencia entre otros para comprender de mejor manera la repercusión de estos factores en el estudio realizado.

Trabajar en programas de rehabilitación enfocados al aprendizaje e identificación de técnicas conductuales y cognitivas que permitan enfrentar exitosamente las situaciones de estrés

Fomentar el autoanálisis y cuestionamiento en los pacientes con antecedentes de adicción para reconocer objetivamente su motivación y capacidad de cambio en pro de una vida mejor y su reinserción en la sociedad

Motivar a los profesionales de la salud mental y a los asistentes a terapia a una mayor adherencia al tratamiento y al seguimiento de los pacientes, con la finalidad de realizar un mejor manejo de sus carencias.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alzate Palacio, L., Bermúdez Ocampo, N., & León Arbeláez, E. (2009). *Estrategias de afrontamiento en farmacodependientes en edades entre los 18 a 34 años, después de la primera etapa de la reinserción social de la Fundación La Luz en Medellín*. Universidad de San Buenaventura.
- Andrade Campoverde, P., & Serrano, V. (2023). *Bienestar Psicológico en pacientes internados por trastorno por consumo de sustancias*. Universidad del Azuay.
- Aponte Daza, V. C., Ponce Valdivia, F. A., Aráoz Cutipa, R. A., & Pinto Tapia, B. (2022). Validez interna y externa del cuestionario breve de afrontamiento al estrés (COPE-28) en cuidadores informales. *Revista AJAYU*, 20(1), 1–21.  
<https://doi.org/10.35319/ajayu.201112>
- Arenas, A., Benítez Pérez, S. ;, Sineed, G., & Benítez Pérez, G. (2023). Hallazgos quirúrgicos en pacientes con apendicitis aguda durante la pandemia COVID-19. *Periodicidad: Cuatrimestral*, 12(1), 2023. <https://doi.org/10.37910/RDP.2023.12.1.e360>
- Aviles, P., Guaman, N., & Quito, J. (2023). Estrategias de afrontamiento y su relación con los niveles de ansiedad de los usuarios varones dependientes de sustancias psicoactivas del centro de rehabilitación para adultos adictos en tratamiento integral (CRATI). Marzo-Agosto 2023. In *Universidad Politecnica Salesiana*.
- Bastidas, Lady, & Sanchez, C. (2021). *Efectividad de la terapia cognitivo conductual en personas con dependencia emocional a la pareja*. Universidad del Azuay.
- Beas Lecca, I., & Dominguez Vergara, A. (2023). *Estimacion de afrontamiento y riesgo de recaída en adultos drogodependientes en comunidades terapeuticas de Lima Metropolitana*. Universidad Privada del Norte.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liese, B. (1999). Modelos cognitivos de la adicción. In *Terapia Cognitiva de las drogodependencias* (pp. 45–69). Paidós.
- Becoña Iglesias, E. (2016). *Trastornos adictivos*. Dialnet. UNIR; Síntesis.
- Biglia, M., & Ramos Mejía, G. (2021). *Adaptación de un dispositivo ambulatorio en adicciones al formato virtual*. Universidad de Palermo.
- Bustos, O. E. A., Ángel, M., Meléndez, M., Rosio, G., Gonzales, V., Brambila, L., & Solís, R. C. (2012). Disfunción cerebral en las adicciones. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 17(2), 119–124.

- Caballero Machado, J. I., Somarriba Juárez, A. I., & Rios Flores, D. M. (2023). Estrategias de afrontamiento e impacto personal del consumo de sustancias psicoactivas ilícitas en pacientes internos en rehabilitación. *Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería*, 3(2), 88–99. <https://doi.org/10.33326/27905543.2023.2.1724>
- Coronel, A., & Serrano, V. (2023). *Estilos de Afrontamiento en Adictos Residentes de un CETAD en la Ciudad de Cuenca*. Universidad del Azuay.
- Cueva, N., Guerrero, S., & Moyano, M. (2016). *Estrategias de afrontamiento en pacientes dependientes al alcohol y cocaína, internos en el hospital psiquiatrico Humberto Ugalde Camacho, centro de reposo y adicciones CRA*. Universidad del Azuay.
- Díaz Salabert, J. (2001). El modelo de los estadios de cambio en la recuperación de las conductas adictivas. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, 1(5), 21–35. <https://doi.org/10.24310/espsiesepsi.vi5.13463>
- García-Caballero, A., Torrens-Lluch, M., Ramírez-Gendrau, I., Garrido, G., Vallès, V., & Aragay, N. (2018). The efficacy of motivational intervention and cognitive-behavioral therapy for pathological gambling. *Adicciones*, 30(3), 217–222. <https://doi.org/10.20882/adicciones.965>
- Gil-Verona, J. A., Pastor, J. F., De Paz, F., Barbosa, M., Macías-Fernández, J. A., Maniega, M. A., Rami-González, L., & Cañizares-Alejos, S. (2003). Neurobiology of addiction to drugs of abuse. In *Revista de Neurología* (Vol. 36, Issue 4, pp. 361–365). Revista de Neurología. <https://doi.org/10.33588/rn.3604.2002052>
- González, R., & Sobrido, M. (2015). *Proyecto de investigación: Prevención del consumo de drogas en la población escolar. Proceso de Atención de Enfermería*. Universidad de Colima.
- Guevara Ortega, G., Hernández Valz, H., & Flores Lezama, T. (2014). Estilos de afrontamiento al estrés en pacientes drogadependientes. *Revista de Investigación En Psicología*, 4(1), 53. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v4i1.5007>
- Gutiérrez, S., & Varela, V. (2009). Propuesta de un modelo de psicoterapia grupal estratégica en depresión severa: Cómo pasar de víctima de la depresión a protagonista de la recuperación. *Terapia Psicológica*, 27(1), 41–49. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082009000100004>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change. In *Acceptance and commitment therapy The process and practice of mindful change 2nd ed.*

- Hernández Serrano, M. A., & Londoño, N. H. (2012). Factores psicosociales, cognitivos y de personalidad asociados a la adherencia al tratamiento en comunidades terapéuticas. *Psicología Desde El Caribe*, 29(1), 1–8.
- Idrovo, C., & Parra, K. (2016). *Dispositivo Grupal focalizado en depresión dirigido a usuarios adictos a sustancias psicoactivas de la comunidad terapéutica municipal de Azogues*. Universidad del Azuay.
- Ison, M. S., & Aguirre, F. (2001). El Afrontamiento : Estrategias Para El Manejo Del Estrés. *Revista Idea*, 37, 147–154.
- Jarrin Cuesta, P., & Ochoa Pineda, C. (2017). *Estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad en varones rehabilitados del consumo de sustancias del centro terapeutico Amor y Vida*. Universidad del Azuay.
- Keegan, E. (2012). Perspectiva cognitivo-conductual del abuso de sustancias. *Revista Electrónica De La Facultad De Psicología* -, 7(June), 5–8.
- Lara, M. D., Bermúdez, J., & Pérez-García, A. M. (2013). Positividad, estilo de afrontamiento y consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 11(2), 345–366.  
<https://doi.org/10.14204/ejrep.30.13036>
- Martin, J. (2001). *Detección de variables familiares para la prevención de la drogodependencia*. Universidad de Sevilla.
- Martínez, A., & Piqueras, J. (2016). Relaciones entre Inteligencia Emocional y Estrategias de Afrontamiento ante el Estrés. In *Clínica Psicológica Mayor. Investigación y tratamiento psicológico*.
- Martínez González, J. M. (2021). El reto de la psicoterapia de los trastornos de la personalidad en drogodependientes. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 12(2), e342752. <https://doi.org/10.17533/udea.rp.e343631>
- Mínici, A., Rivadeneira, C., & Dahab, J. (2008). El entrenamiento en autoinstrucciones. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 15, 1–5.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2022). *Entendiendo el uso de drogas y la adicción*. DrugFacts | National Institute on Drug Abuse (NIDA).  
<https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/entendiendo-el-uso-de-drogas-y-la-adiccion>

- Ossa, A. (2019). *Especialización en Intervenciones Psicosociales para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Universidad Católica de Pereira.
- Pedrero Perez, E. (2007). Adicción y estrés. Estrategias de afrontamiento en adictos. *Researchgate*, 40(2), 3. <https://doi.org/10.13140/2.1.4508.0640>
- Perrotta de Vásquez, S. (1972). *Drogas estimulantes del sistema nervioso central: psicotogénicas, psicotomiméticas, alucinógenas o psicodélicas*. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.
- Rentería Cazares, R., Pérez Silva, L., Lapuente García, F., Fernández Flores, A., & Carrillo Saucedo, I. (2022). Programa de intervención cognitivo conductual en jóvenes con problemas por abuso de drogas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 25(2), 568–588.
- Rodriguez Hinojosa, I. L., Rodriguez Orcoapaza, K. R., & Manzanares Medina, E. L. (2022). *Estrategias de afrontamiento y estilos de apego en jóvenes universitarios consumidores moderados de drogas de Lima Metropolitana*. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.
- Ruiz, A., Diaz, I., & Villalobos, A. (2019). *Ruiz, Diaz Y Villalobos-manual De Técnicas De Intervención Cognitiva Conductuales*. UNED.
- San Juan Sanz, P. (2019). Trastorno por consumo de sustancias. *Medicine (Spain)*, 12(85), 4984–4992. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.003>
- Torrents, O., Mora, A., Massana, L., Robert, A., & Tejero, A. (2011). Resultados de efectividad de un grupo de estrategias de afrontamiento para pacientes dependientes de sustancias en el contexto de un hospital de día. *Trastornos Adictivos*, 13(4), 135–143. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(11\)70029-0](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(11)70029-0)
- Ulloa Vanegas, S., & Zuñiga Ortega, D. (2021). *Estudio de la relacion entre las estrategias de afrontamiento psicosocial para la convivencia y el nivel de ansiedad en una poblacion de varones rehabilitados del centro de adicciones y tratamiento "CREIAD" en la ciudad de Cuenca. Periodo Julio-Noviembre.*. Universidad Politecnica Salesiana.
- Waller, N. (2020). *Eficacia de la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de drogodependencias*. Universidad de la República.

## ANEXOS

### ANEXO 1: Carta de Aceptación



**OFICIO N° 33-CETAD KAIRÓS-2023**  
Azogues, 18 de agosto de 2023

Magister  
Mario Moyano  
**DIRECTOR DE LA MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN  
DE PSICOTERAPIA EN GRUPO "DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY"**  
Su Despacho. -

De mis consideraciones:

Reciba un cordial saludo de quienes conformamos el Centro Especializado para Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de ALCOHOL Y Otras Drogas "CETAD HOGARES KAIROS" y el deseo de éxito permanente en las labores que acertadamente realiza.

El motivo de la presente es para darle a conocer la aceptación de la Licenciada PAMELA NICOLE ANDRADE CAMPOVERDE con número de cedula de identidad 0350082731, a que realice **PSICOTERAPIA GRUPAL**, en la Maestría en Psicología Clínica con mención en Psicoterapia de Grupo en el área de Mujeres en el **CETAD Hogares Kairós**.

Dentro del mismo se desarrollarán intervenciones psicoeducativas relacionadas con la drogodependencia, los días: lunes, jueves y viernes de 14h30 a 16h00. Desde el 28 de agosto del 2023, hasta que se cumplan las horas reglamentarias.

Con sentimientos de consideración y estima, me suscribo de usted.

Atentamente:  
  
Psc. Cif. María Augusta Ormaza P.  
Directora Técnica  
**CETAD HOGARES KAIRÓS**

☎ 098 449 4623  
✉ ctkairosazuay@gmail.com

📍 Calle Julio Tobías Torres y Luis Monsalve Pozo  
🏠 Hogares Kairós

## **ANEXO 2: Consentimiento**

### **Consentimiento Informado**

Yo....., estoy de acuerdo en participar como usuaria en un programa de intervención sobre estrategias de afrontamiento en el consumo de sustancias psicoactivas, como parte de un trabajo estudiantil de la Maestría en Psicoterapia Grupal de la Universidad del Azuay de Ciudad de Cuenca. Es de mi conocimiento que este programa consta de 9 sesiones con duración de 1h y media cada una, así como el encargo y realización de tareas es esencial para el desarrollo de este programa.

Se me hizo saber que toda la información que proporcione será usada de manera confidencial. De igual manera, se me informó que estoy en mi derecho de interrumpir mi participación durante el proceso de intervención, en caso de así decidirlo. Adicionalmente, autorizo que los resultados recabados durante mi evaluación e intervención puedan ser presentados de manera oral o escrita, siempre y cuando no violen con la privacidad de datos personales.

Firma de la usuaria:

## ANEXO 3: Escalas

### Escala de estrategia de Coping-Modificada (EEC-M)

#### Apéndice 2. Escala de estrategias de Coping – modificada (EEC-M)

Londoño N. H., Henao G. C., Puerta I. C., Posada S. I., Arango D.,  
Aguirre, D. C.

Grupo de Investigación Estudios Clínicos y Sociales en Psicología  
Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia

#### Instrucciones:

A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otra dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X en la columna que le señala la flecha (↓), el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Frecuentemente	5 Casi siempre	6 Siempre														
							↓	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1. Trato de comportarme como si nada hubiera pasado	1	2	3	4	5	6														
2. Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)	1	2	3	4	5	6														
3. Procuro no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6														
4. Descargo mi mal humor con los demás	1	2	3	4	5	6														
5. Intento ver los aspectos positivos del problema	1	2	3	4	5	6														
6. Le cuento a familiares o amigos cómo me siento	1	2	3	4	5	6														
7. Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional	1	2	3	4	5	6														
8. Asisto a la iglesia	1	2	3	4	5	6														
9. Espero que la solución llegue sola	1	2	3	4	5	6														
10. Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados	1	2	3	4	5	6														
11. Procuro guardar para mí los sentimientos	1	2	3	4	5	6														
12. Me comporto de forma hostil con los demás	1	2	3	4	5	6														
13. Intento sacar algo positivo del problema	1	2	3	4	5	6														
14. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema	1	2	3	4	5	6														
15. Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten	1	2	3	4	5	6														
16. Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro	1	2	3	4	5	6														
17. Espero el momento oportuno para resolver el problema	1	2	3	4	5	6														

		1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Frecuentemente	5 Casi siempre					6 Siempre							
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
					↓													
18.	Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona			1 2 3 4 5 6														
19.	Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo			1 2 3 4 5 6														
20.	Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento			1 2 3 4 5 6														
21.	Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema			1 2 3 4 5 6														
22.	Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias			1 2 3 4 5 6														
23.	Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema			1 2 3 4 5 6														
24.	Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema			1 2 3 4 5 6														
25.	Tengo fe en que Dios remedie la situación			1 2 3 4 5 6														
26.	Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación			1 2 3 4 5 6														
27.	No hago nada porque el tiempo todo lo dice			1 2 3 4 5 6														
28.	Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones			1 2 3 4 5 6														
29.	Dejo que las cosas sigan su curso			1 2 3 4 5 6														
30.	Trato de ocultar mi malestar			1 2 3 4 5 6														
31.	Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema			1 2 3 4 5 6														
32.	Evito pensar en el problema			1 2 3 4 5 6														
33.	Me dejo llevar por mi mal humor			1 2 3 4 5 6														
34.	Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal			1 2 3 4 5 6														
35.	Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar			1 2 3 4 5 6														
36.	Rezo			1 2 3 4 5 6														
37.	Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas			1 2 3 4 5 6														
38.	Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar			1 2 3 4 5 6														
39.	Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema			1 2 3 4 5 6														
40.	Me resigno y dejo que las cosas pasen			1 2 3 4 5 6														
41.	Inhibo mis propias emociones			1 2 3 4 5 6														
42.	Busco actividades que me distraigan			1 2 3 4 5 6														
43.	Niego que tengo problemas			1 2 3 4 5 6														
44.	Me salgo de casillas			1 2 3 4 5 6														
45.	Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento			1 2 3 4 5 6														
46.	A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo			1 2 3 4 5 6														
47.	Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir			1 2 3 4 5 6														
48.	Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión			1 2 3 4 5 6														

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre						
	↓	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
49.	Acudo a la iglesia para poner velas o rezar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
50.	Considero que las cosas por sí solas se solucionan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
51.	Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
52.	Me es difícil relajarme	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
53.	Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
54.	Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
55.	Así lo quiera, no soy capaz de llorar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
56.	Tengo muy presente el dicho "al mal tiempo buena cara"	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
57.	Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
58.	Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
59.	Dejo todo en manos de Dios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
60.	Espero que las cosas se vayan dando	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
61.	Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
62.	Trato de evitar mis emociones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
63.	Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
64.	Trato de identificar las ventajas del problema	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
65.	Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
66.	Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
67.	Busco tranquilizarme a través de la oración	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
68.	Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
69.	Dejo que pase el tiempo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

## Escala de estrategias de COPE-28

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras.

Ponga el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello, al problema.

0 = Nunca hago esto. 1 = Hago eso pocas veces. 2 = Hago eso bastantes veces. 3 = Siempre hago esto.

	0	1	2	3
1. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.				
2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.				
3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido.				
4. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente				
5. Me digo a mí mismo/a "esto no es real".				
6. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.				
7. Hago bromas sobre ello.				
8. Me critico a mí mismo/a.				
9. Consigo apoyo emocional de otros.				
10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore.				
11. Renuncio a intentar ocuparme de ello.				

12. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.				
13. Me niego a creer que haya sucedido.				
14. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.				
15. Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.				
16. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.				
17. Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.				
18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.				
19. Me río de la situación.				
20. Rezo o medito.				
21. Aprendo a vivir con ello.				
22. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la TV				
23. Expreso mis sentimientos negativos.				
24. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.				
25. Renuncio al intento de hacer frente al problema.				
26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.				
27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido.				
28. Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.				

#### ANEXO 4: Esquema de sesiones

#	Tema	Actividades	Tiempo	Materiales
1	Integración grupal	<p>Presentación: Dinámica “El paso de Balón”</p> <p>Técnica del Átomo Social</p> <p>Papelógrafo sobre necesidades</p> <p>TIS: Balance Decisional</p> <p>Cierre: Expectativas</p>	<p>15 min</p> <p>20 min</p> <p>15 min</p> <p>20 min</p> <p>20 min</p>	<p>Espacio Amplio</p> <p>Papelote</p> <p>Hojas</p> <p>Marcadores</p> <p>Esferos</p>
2	Conceptos de estadios de cambio y situaciones de riesgo	<p>Retroalimentación de la tarea de intersesión</p> <p>Psicoeducación</p> <p>Rol-playing</p> <p>Compartir</p> <p>Árbol de cualidades o alternativas</p>	<p>20 min</p> <p>20 min</p> <p>20 min</p> <p>15 min</p> <p>15 min</p>	<p>Espacio amplio</p> <p>Pizarrón</p> <p>Marcadores</p> <p>Papelotes</p> <p>Hojas</p> <p>Esferos</p>
3	Control del craving	<p>Psicoeducación</p> <p>Identificación de desencadenantes</p> <p>Técnica de Jerarquía de Desensibilización</p> <p>Técnica Imaginación</p> <p>Compartir</p> <p>Cierre: Respiración de tres tiempos</p>	<p>20 min</p> <p>20 min</p> <p>15 min</p> <p>20 min</p> <p>15 min</p> <p>10 min</p>	<p>Pizarrón</p> <p>Marcadores</p> <p>Hojas</p> <p>Esferos</p> <p>Espacio amplio</p>
4	Impulsividad al consumir	<p>Dinámica: “2 Vasos vacíos”</p> <p>Psicoeducación</p>	<p>15 min</p> <p>20 min</p>	<p>Vasos de plástico</p> <p>Pizarrón</p> <p>Marcadores</p> <p>Hojas</p> <p>Esferos</p>

		Registro que desencadena mi impulso	20 min	Papelote
			20 min	
		Tis: Wise Mind (mente emocional, mente racional y mente sabia)	10 min	
		Compartir	10 min	
		Cierre: Que se comprometen		
5	Habilidades para resolución de problemas	Retroalimentación de la tarea de intersesión	15 min	
		Dinámica: “Palabras claves”	15 min	Hojas Papelotes Pizarrón Marcadores Esferos Pinturas
		Psicoeducación sobre los pasos para la resolución de conflictos	20 min	
		Técnica solución de problemas	20 min	
		Compartir	10 min	
		Cierre: “Planta	10 min	
6	Inteligencia emocional	Dinámica: “PIN”	15 min	
		Psicoeducación: Importancia de las emociones	20 min	Espacio amplio Marcadores Post-it Papelote Pizarrón Hojas Esferos
		TIS: Registro emocional	20 min	
		Técnica: Mapa de emociones	20 min	
		Compartir	10 min	
		Cierre: Compromiso Personal	15 min	
7	Control de Ira	Retroalimentación de la tarea de intersesión	15 min	
		Psicoeducación	20 min	Hojas Pizarrón Esferos Títeres Marcadores
		Técnica del Semáforo	15 min	
		Tis: Registro de señales de alarma	20 min	

		Compartir	15 min	
		Cierre: Títeres expresivos	10 min	
8	Control de pensamientos automáticos	Dinámica: Imaginación	20 min	Esencia de canela Espacio amplio Hojas Esferos Pizarrón Marcadores
		Psicoeducación	20 min	
		Técnica “Parada de pensamiento”	20 min	
		Tis: Registro de pensamientos	15 min	
		Compartir	10 min	
		Cierre: Técnica Respiración	10 min	
9	Comunicación efectiva	Retroalimentación de la tarea de intersección	15 min	Espacio amplio Pizarrón Marcadores Hojas Esferos Dado didáctico
		Psicoeducación	20 min	
		Entrenamiento Asertivo	20 min	
		Compartir	15 min	
		Cierre: Dado	15 min	
10	Nuevas formas de diversión en la vida y tener acceso a actividades agradables	Dinámica: Abanico de la sabiduría	20 min	Espacio amplio Pizarrón Marcadores Hojas Esferos
		Promover una imagen nueva	15 min	
		Mindfulness	20 min	
		Compartir	15 min	
		Cierre: Técnica de relajación progresiva de Jacobson	20 min	
11	Apoyo Psicosocial	Psicoeducación	20 min	Pizarrón Esferos Espacio amplio Marcadores Hojas
		Imaginación como estrategia Coping	20 min	
		Rolplaying	20 min	



