

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología

Estrategias de afrontamiento según variables sociodemográficas en usuarios de los Centros Especializados en Tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas de Amor y Vida y Hacia una Nueva Vida, en Cuenca-Azuay, periodo 2022-2023

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Licenciada en Psicología


Autores:

Carla Noelia León León

Erika Julissa Velecela Chumbi

Director:

Cindy Tatiana López Orellana

ORCID:  0000-0002-6054-1154

Cuenca, Ecuador

2023-05-31

Resumen

El abuso de sustancias tóxicas es uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo y las causas de muerte relacionadas con el consumo de estas sustancias oscila entre el 0,5% y el 3,1% a nivel general. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue describir las estrategias de afrontamiento que predominan en el proceso de rehabilitación de los usuarios de los Centros Especializados en Tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas de Amor y Vida y Hacia una Nueva Vida, en Cuenca-Azuay, periodo 2022-2023. La población estuvo conformada por 50 usuarios de edades comprendidas entre 18 a 65 años. El enfoque del estudio fue cuantitativo, de tipo descriptivo transversal. Se aplicó el instrumento que se denomina “Estrategias de Coping-Modificada” de Londoño, escala de tipo Likert que mide las estrategias de afrontamiento de las personas ante situaciones estresantes. Los resultados señalaron que la estrategia de afrontamiento que predominó en los pacientes fue la de “Religión”, seguida de “Reevaluación positiva”. Como conclusión, se puede mencionar que, frente a situaciones estresantes o problemáticas, tienden acercarse a la religión pues, consideran que existe un ser divino o superior que los ayudará a enfrentar de mejor manera las adversidades.

Palabras claves: estrategias de afrontamiento, drogodependencia, sustancias tóxicas

Abstract

Toxic substance abuse is one of the main public health problems worldwide and the causes of death related to the consumption of these substances range between 0.5% and 3/1% at a general level. Therefore, this research aimed to describe the coping strategies that predominate in the rehabilitation process of users at Centers Amor y Vida, and Hacia una Nueva Vida, these Centers specialize in the treatment of people with problematic alcohol and other drug intakes, in Cuenca-Azuay, time-period 2022-2023. The population consisted of 50 toxic substance users aged between 18 and 65. The approach used in this study was quantitative, descriptive cross-sectional. The applied instrument is called "Londono's Modified Coping Strategies", it's a Likert-type scale that measures the coping strategies of people in stressful situations. The results showed that the coping strategy that prevailed in patients was "Religion", followed by "Positive reassessment". In conclusion, patients that faced stressful or problematic situations tend to get closer to religion because they believe that there is a divine or superior being to help them face adversity in a better way.

Keywords: coping strategies, drug dependence, toxic substances

Índice de contenido

Fundamentación teórica.....	8
Estrategias de afrontamiento en pacientes de centros especializados en el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas.	8
Proceso metodológico	15
Participantes y contexto	15
Criterios de inclusión	15
Criterios de exclusión	15
Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de información.....	15
1..Ficha sociodemográfica. Se empleó este método para explorar las variables de edad, nivel de instrucción, estado civil y consumo de sustancias	15
Plan de tabulación y análisis de datos.....	16
Consideraciones éticas	16
Presentación y análisis de los resultados	18
Conclusiones	25
Referencias	27
Anexos.....	32
Anexo 1. Ficha sociodemográfica.....	32
Anexo 2. Escala de estrategias de Coping-modificada	33
Anexo 3. Consentimiento informado.....	339

Indice de tablas

Tabla 1. Frecuencias y Porcentajes del Tipo de Sustancias más Consumida por los Usuarios Según la Edad **18**

Tabla 2. Tipo de Sustancias Consumidas por los Usuarios Según Nivel de Instrucción..... **19**

Tabla 3. Tipo de Sustancias más Consumidas por los Usuarios Según el Estado Civil..... **20**

Tabla 4. Promedios de las Estrategias de Afrontamiento en los Usuarios Según la Edad..... **20**

Tabla 5. Promedios de las Estrategias de Afrontamiento en los Usuarios Según el Nivel de Instrucción **22**

Tabla 6. Promedios de las Estrategias de Afrontamiento en los Usuarios Según el Estado Civil..... **23**

Tabla 7. Estrategias de Afrontamiento en los Usuarios **24**

Dedicatoria

El presente trabajo va dedicado a mi familia por ser el pilar que me sostiene día a día y que me ayuda a salir adelante a pesar de las circunstancias. De manera muy especial a mis padres por todo el sacrificio que han hecho para cumplir mis sueños. A mis amigos que han sido mis cómplices y sobre todo un apoyo para llegar hasta el final de este bello camino.

Agradecimiento

En primera instancia quiero agradecer a Dios por permitirme llegar hasta este punto de vida, porque me ha llenado de bendiciones y salud para cumplir con este sueño.

En segunda instancia, agradecer a mis padres quienes han sido el apoyo incondicional y el soporte más importante durante todo este proceso, quienes me han enseñado el valor de la perseverancia y la responsabilidad.

Así mismo, agradecer a mis 2 hermanos, porque a pesar de todo siempre han estado ahí para brindarme su apoyo y su cariño. A mi familia en general gracias infinitas por todos los comentarios positivos y negativos, que sin lugar a duda me han ayudado a levantarme y siempre seguir adelante.

Además, quiero agradecer a una persona muy importante en mi vida, que me ha demostrado que el amor y la lealtad van más allá de cualquier otra cosa.

Finalmente, quiero agradecer a mi compañera, amigos, docentes, tutora de este trabajo y a mi querida Universidad de Cuenca, por permitirme ser parte de esta bella experiencia.

Con amor y un profundo agradecimiento

Carla León

Dedicatoria

A mi familia, por ser mi inspiración, soporte, guía y fortaleza en los momentos de dificultad, ya que gracias a sus palabras de aliento, apoyo, cariño incondicional y sacrificio he podido culminar un gran proyecto dentro de mi vida académica.

A mis amigas incondicionales, que me han acompañado en todo este transitar, que se han mantenido a mi lado en los buenos y malos momentos, alentándome para no darme por vencida.

Agradecimiento

A Dios, por brindarme la vida, salud y la oportunidad de conseguir uno de los sueños más importantes para mí.

A mi familia, por ser mi apoyo incondicional y acompañarme en cada etapa de mi vida.

A mis docentes, por haber compartido cada uno de sus conocimientos y experiencias para contribuir en mi formación profesional.

Erika Velecela

Fundamentación teórica

Estrategias de afrontamiento en pacientes de centros especializados en el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas.

Según La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito ([UNODC], 2022) el consumo de sustancias tóxicas se ha convertido en un problema de índole mundial pues, se estima que aproximadamente 284 millones de personas en un rango etario comprendido entre 15 y 64 años han usado algún tipo de sustancia en un momento determinado de su vida, lo que representa un incremento de un 26% con relación al año 2010, asimismo, señala que en lo que va del último año, cerca de 36 millones padecieron trastornos relacionados al consumo de drogas. Según Posada y Mendoza (2017) enfatizan que, los diferentes trastornos mentales y neurológicos son producidos por el uso y abuso de sustancias a nivel mundial. Además, la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) menciona que el consumo de sustancias engloba un sinnúmero de patologías que incluyen síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos (Sanz, 2019). Ante esta problemática resulta importante conocer ciertos antecedentes relevantes, los cuales han marcado su permanencia en la vida del ser humano pues, desde tiempos remotos el hombre ante la necesidad de alimentarse, consumía productos que estaban a su alcance, entre estos aquellos perjudiciales para la salud e incluso se llegó a descubrir varios venenos que tenían efectos mortales, además, contaban con jardines antiguos y medievales ocupados con plantas que usaban para cocinar, hacer infusiones con fines curativos o emplearlos como estimulantes para el cansancio, depresión y para disminuir la manía en algunas personas, según la droga consumida y efecto que se buscaba (Cabariti et al., 2018).

Durante el siglo XVI se empezaron a emplear plantas y hierbas para fines medicinales en los Países Bajos. De igual manera, a lo largo del tiempo y hasta la actualidad el hombre ha hecho uso de las drogas para distintos fines no solo medicinales, sino también, por costumbre o hábito, como una forma de distracción o hedonismo a pesar de conocer el impacto que el uso y abuso produce en el organismo (Valdés et al., 2018). Es por ello que, dentro del ámbito científico y médico al ser consideradas como fármacos debido a su origen vegetal siguen siendo empleadas en el campo sanitario (Cáceres, 2022).

En las culturas mediterráneas y occidentales, la religión cumplió un papel fundamental con respecto al consumo de alcohol, pues fueron los egipcios, romanos y hebreos quienes en sus diferentes ceremonias hacían uso de este, además, consideraban al vino como algo sagrado

que simbolizaba el vínculo entre lo terrenal y lo espiritual. De manera similar, las culturas orientales empleaban plantas como el cannabis para financiar gastos del Estado, ya que, esta actividad generaba ingresos abundantes, posterior a ello, en el siglo XIX se dio la ingesta a gran escala de morfina, opio o cocaína e incluso estos fármacos llegaron a expandirse rápidamente en el mercado, debido a su efecto curativo posicionándose así hasta los años 60 y 70 (Pérez et al., 2014).

Considerando dichos antecedentes estos compuestos químicos se han convertido en hábitos peligrosos para la salud de las personas que los consumen, debido a que, hoy en día son utilizados por distintas razones, ya sea, para experimentar o por encajar dentro de un determinado grupo social (American Psychological Association, 2014). Incluso, el consumo responde a la presencia de diversos factores que pueden favorecer o prevenir una conducta adictiva en el individuo pues, según Barreto et al. (2015), los factores de riesgo coadyuvan al consumo y son entendidos como aquellos que generan una adicción y están vinculados a la edad, nivel socioeconómico, problemas familiares e influencia social que vuelven al sujeto vulnerable.

A su vez, Roa (2019), manifiesta que los factores de protección están relacionados con la autonomía individual, expectativas a futuro, contar con redes de apoyo tanto familiar, social y afectivo que permiten desarrollar conductas adaptativas inhibiendo la probabilidad de consumir, protegiendo a la persona de la influencia que puede ejercer su ambiente (Cabrera, 2019).

En este sentido, Kramer y Cameron (1975) señalan que una droga es una sustancia que al ser consumida por un organismo vivo tiende a alterar una o más de sus funciones. Es decir, son sustancias tóxicas, que pueden agruparse en naturales o sintéticas, médicas o no médicas, legales o ilegales (Valdés et al., 2018) que producen en el individuo efectos estimulantes, depresores o distorsionantes, los mismos que, son capaces de generar tolerancia y dependencia (Villamar et al., 2006).

En efecto, la tolerancia puede concebirse como una necesidad progresiva de dosis cada vez mayor para generar los resultados deseados que en primera instancia producía la droga y que con el consumo progresivo va perdiendo fuerza, por tal motivo, el individuo requiere de mayores cantidades para producir la misma sensación que esta ocasionaba al inicio del consumo (Sánchez, 1991). Por consiguiente, puede presentarse de forma inversa; que hace referencia a que con un consumo mínimo la droga genera el mismo efecto en la persona, o cruzada; en donde el individuo sustituye el consumo de la droga actual por otra.

Por su parte, la dependencia puede tener implicaciones físicas, psíquicas y sociales. Entendiendo a la dependencia física como un cambio a nivel fisiológico al momento de suprimir el consumo de la sustancia, a nivel psíquico el usuario experimenta un estado eufórico cuando consume, razón por la cual, busca de forma ansiosa la droga para generar en él sensaciones de placer anulando aquellas que causan malestar, dando lugar a la drogodependencia, por último, la dependencia social, está mediada por el contexto en el que se desenvuelve el individuo (Guimarães et al., 2022). De manera que, al dejar de consumir una droga desarrolla el conocido síndrome de abstinencia, que se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas que surgen al anular el consumo, generalmente los síntomas experimentados suelen ser totalmente opuestos a los efectos satisfactorios y placenteros que le proporciona la droga al momento de consumirla (Villamar et al., 2006).

En tal virtud, Del Moral y Fernández (1998) señalan a la drogodependencia como una fase de intoxicación temporal o crónica que se genera a partir del consumo continuo de una sustancia tóxica ya sea, de origen vegetal o sintético que produce un interés desmedido en la persona por conseguir la sustancia, aumentando de forma progresiva la dosis. Dicho esto, la drogodependencia se enmarca como una enfermedad crónica que genera malestar físico, psicológico y emocional, en donde los sujetos se encuentran expuestos a diferentes situaciones disfuncionales y perjudiciales como relaciones sexuales riesgosas, causar accidentes de tránsito, depresión, ansiedad, entre otras (National Institute on Drug Abuse, 2017).

Ahora, centrándonos en lo expuesto con anterioridad, para hacer frente al consumo problemático de sustancias algunos individuos ponen en práctica estrategias de afrontamiento que según Lazarus y Folkman (1986) son “Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 141).

Los autores manifiestan que la persona al enfrentar situaciones de estrés se siente amenazada poniendo en riesgo su bienestar personal, es así como, el estrés juega un papel muy importante al momento de hablar de estrategias de afrontamiento pues, para Lazarus y Folkman (1984) este es entendido como la relación que establece el individuo con el entorno, en donde identifica situaciones amenazantes que van en contra de su integridad alterando su homeostasis, provocando afecciones en su salud y puede manifestarse a través de diferentes síntomas como: cansancio, pérdida del apetito, pérdida de peso, entre otros. Así también, genera en el individuo, conductas antisociales, presión, deserción, reprobación, ausentismo estudiantil, intranquilidad,

incertidumbre y drogodependencia (Peña et al., 2018; Espinoza et al., 2018).

Desde esta perspectiva, Lazarus y Folkman (1986) proponen estrategias de afrontamiento para lo cual, el individuo deberá tomar en cuenta dos procesos: 1) La *evaluación cognitiva y el afrontamiento* que actúan en relación al entorno y el individuo, 2) Se plantea una *evaluación primaria*: que se refiere a poder valorar el impacto que causa una situación estresante por medio de una respuesta de afrontamiento y *secundaria*: tiene que ver con el reconocimiento de aquellas capacidades, habilidades y los medios de los que dispone la persona para afrontar dicha situación.

En base a los factores antes mencionados, los autores crearon la escala de estrategias de afrontamiento, que evalúa cómo el individuo hace uso de pensamientos y acciones para actuar y manejar de manera oportuna el estrés que genera una situación, dentro de esta escala se exponen ocho estrategias de afrontamiento con 67 ítems de tipo Likert; 1. confrontación y 2. planificación, centradas en la solución al problema, relacionado a aspectos cognitivos del ser humano para el manejo de estresores, 3. distanciamiento, 4. autocontrol, 5. aceptación de la responsabilidad, 6. escape-evitación y 7. reevaluación positiva, asociadas a reducir la carga emocional que produce un evento estresante, finalmente, 8. estrategia de búsqueda de apoyo social, se corresponde a la solución del problema y la regulación emocional (Lazarus y Folkman, 1986).

A partir de este modelo se da una modificación a la escala de estrategias de afrontamiento la cual es desarrollada por Chorot y Sandín en 1993, versión que se denominó Estrategias de Coping-Revisada (EEC-R), esta herramienta estuvo conformada por nueve escalas: focalización en la situación problema, autocontrol, reestructuración cognitiva, búsqueda de apoyo social, religión o espiritualidad, búsqueda de apoyo profesional, autofocalización negativa, expresión emocional abierta y evitación (Chorot y Sandín, 1993).

Más tarde, Londoño et al. (2006), realiza una última adaptación del instrumento dentro del contexto colombiano, conocido en la actualidad como Escala Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M), la misma que, contempla 69 ítems y 12 subescalas de tipo Likert: centrados en 1. *Solución de problemas*: acciones encaminadas a la búsqueda de soluciones en una situación relevante, 2. *Apoyo social*: vinculada al apoyo emocional para enfrentar la situación estresante, 3. *Espera*: relacionada con la convicción de que un acontecimiento abrumador se solucionará por sí solo, 4. *Religión*: vinculada estrechamente con el rezo y la oración como medio para la solución de un problema, 5. *Evitación emocional*: se enmarca en ocultar las emociones o

sentimientos de la persona, 6. *Apoyo profesional*: propone emplear elementos disponibles para conocer y hacer frente al problema.

Seguido de; 7. *Reacción agresiva*: respuesta emocional de ira que busca disminuir la carga emocional hacia uno mismo, 8. *Evitación cognitiva*: utiliza recursos para contrarrestar pensamientos negativos, 9. *Reevaluación positiva*: enfocado en el aprendizaje de las dificultades para generar pensamientos positivos ante la situación, 10. *Expresión de la dificultad de afrontamiento*: pérdida de la capacidad para hacerle frente a las emociones desencadenadas por un acontecimiento estresante, 11. *Negación*: dificultad para reconocer la existencia de un problema y 12. *Autonomía*: actuar de manera independiente sin hacer uso de los recursos disponibles para enfrentar una situación abrumadora (Londoño et al., 2006).

Según lo citado con anterioridad, al hablar de consumo de sustancias y estrategias de afrontamiento, sin lugar a duda nos acerca a una población vulnerable con respecto a esta realidad, siendo estos los adultos (emergentes, tempranos e intermedios). De hecho, en un estudio realizado en Colombia acerca de la prevalencia de la ingesta de sustancias se encontró que aproximadamente la edad de inicio del consumo se produce entre los 18-24 años (Rueda et al., 2022), manteniéndose durante la adultez media que en términos de cronología comprende desde los 40 a los 65 años (Rodas, 2020).

Por su parte, Papalia y Martorell (2017) señalan que, los adultos emergentes (18-29) determinan quiénes son y quiénes quieren ser, sin embargo, aunque la incertidumbre que se genera puede ser angustiante, la mayoría tienen una visión positiva de su futuro y esperan su vida adulta, es un periodo durante el cual, la gente joven ya no es adolescente, pero todavía no se han asentado en los roles adultos. Asimismo, las autoras refieren que, al llegar a la adultez temprana (20-40) e intermedia (40-65) cuentan con sus propias normas sociales, papeles, oportunidades y constantemente dificultades, donde gozan de ciertos sentimientos de libertad, responsabilidad y control sobre su vida de igual manera, la alimentación, ejercicio físico, consumo de alcohol y tabaco juegan un papel importante sobre su salud presente y futura.

De acuerdo a las variables explicitadas anteriormente, en algunos estudios realizados en: Turquía se encontró que la sustancia más consumida por las personas era marihuana con un 81.31%, seguido crack o cocaína con un 41.3%, éxtasis con un 32.5%, mientras que el 23.4% alcohol y el 20.5% heroína (Gorgulu, 2019). En tanto que, un estudio en Ecuador mostró que la sustancia más consumida por los jóvenes universitarios fue el alcohol con más del 51.9%, seguido del tabaco con un 22.3%, la marihuana con 3.5 % y la cocaína con 0.5 %, lo cual, se

atribuye a la insatisfacción por la carrera que han elegido, problemas laborales, académicos y la intolerancia o baja aceptación por parte de sus compañeros (Noroña et al., 2022).

Por un lado, en un estudio realizado en Colombia se evidenció que el 21% de las personas con un nivel de instrucción primaria consumieron alcohol, lo cual se atribuyó a la situación socioeconómica baja, por situaciones de violencia un 15%, además, el 70% de los participantes mencionaron atravesar por la pérdida de algún familiar y el 15% por la separación de sus padres (Grigoravicius et al., 2012). Con relación a las personas que cursaron la secundaria se observó que consumieron alcohol en un 43.22 % y tabaco un 11.02%, sin embargo, también se señaló el consumo de cannabis en menor proporción de 3.3% (Ferrel et al., 2016).

Por otro lado, se apreció un estudio en España con jóvenes universitarios en donde consumieron en su mayoría alcohol en un 95.2% y cannabis un 90.5% (Patiño et al., 2013). Por el contrario, dentro del contexto mexicano, se encontró que las personas solteras y las que cohabitan junto a su pareja nunca habían fumado cigarrillo, sin embargo, se enfatizó en que la droga de mayor consumo dentro de la población soltera en universitarios fue la marihuana con 90.9% (Sánchez et al., 2017).

Con relación a las estrategias de afrontamiento, en un estudio realizado con pacientes drogodependientes en Latvia, los resultados indicaron un mayor predominio en; aceptar la responsabilidad $M=2.08$, buscar apoyo social $M=2.02$ y autocontrol $M=1.98$ (Sudraba et al., 2015). En tanto que, en Ecuador se contempló un mayor uso de las estrategias de acción social con un 12%, búsqueda de apoyo social y profesional con 8% (Píngel y Guerrero, 2020).

Así mismo, Ulloa (2021), descubrió que los adultos consumidores en su mayoría utilizaron reestructuración cognitiva en un 33.33% y expresión emocional un 21.67%. Finalmente, Mayordomo et al. (2015), observó que las personas no escolarizadas y con nivel de instrucción primaria hicieron uso de la reevaluación positiva $M=2.65$, de acuerdo al nivel de instrucción secundaria y tercer nivel las personas hacen uso de la estrategia focalizada en la solución de problemas con $M=2.66$ y $M=3.09$ respectivamente. Así mismo, las estrategias de afrontamiento más utilizadas con respecto al estado civil fueron reevaluación positiva en los solteros $M=3.09$, casados $M=2.69$ y viudos con $M=2.60$.

Hoy en día, en el Ecuador existen varios centros especializados en el tratamiento a pacientes que consumen sustancias tóxicas, estos son regulados por el Ministerio de Salud Pública, que establece ciertas pautas y protocolos para un correcto proceso psicoterapéutico denominado: Atención Integral del consumo de sustancias psicoactivas, que propone un tratamiento desde los

diversos enfoques: psicodinámico, sistémico, humanista y cognitivo conductual (Ministerio de Salud Pública, 2016).

Hechas las consideraciones anteriores, las autoras plantearon las siguientes **preguntas de investigación**: ¿Cuáles fueron las estrategias de afrontamiento utilizadas en el proceso de rehabilitación según la edad, el nivel de instrucción y el estado civil de los usuarios de los Centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas de Amor y Vida y Hacia una Nueva Vida? ¿Cuál fue la sustancia tóxica más consumida por los usuarios de los Centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas de Amor y Vida y Hacia una Nueva Vida?

Para dar respuesta a las interrogantes o preguntas de investigación se planteó **como objetivo general** describir las estrategias de afrontamiento que predominan en el proceso de rehabilitación en usuarios de los Centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas de Amor y Vida y Hacia una Nueva Vida, en Cuenca-Azuay, periodo 2022-2023; como **objetivos específicos** describir qué sustancia tóxica fue la más consumida por los pacientes drogodependientes de los centros según las variables edad, nivel de instrucción y estado civil. Identificar qué estrategias de afrontamiento predominaron según la edad, nivel de instrucción, estado civil por los usuarios drogodependientes de los centros.

Proceso metodológico

El estudio tuvo un **enfoque cuantitativo y un alcance de tipo descriptivo**, debido a que se buscó especificar y describir cuáles fueron las sustancias tóxicas y estrategias de afrontamiento más utilizadas por los pacientes drogodependientes de los Centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas de Amor y Vida y Hacia una Nueva Vida, a través de la escala de Estrategias de Afrontamiento. El tipo de diseño empleado fue no experimental, puesto que, no se manipuló ninguna variable, sino más bien lo que se buscó fue extraer los datos a partir de la observación a los participantes dentro de su ambiente natural y tuvo un corte transversal, pues la obtención de los datos se llevó a cabo en un periodo determinado de tiempo (Hernández y Mendoza, 2018).

Participantes y contexto

La investigación se realizó con una **población conformada** por 50 pacientes de los Centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas Amor y Vida y Hacia una Vida en Cuenca-Azuay. Para formar parte del estudio fue necesario que se cumpliera con ciertos criterios de inclusión y exclusión que se detallan a continuación.

Criterios de inclusión

- Tener de 18 años en adelante.
- Adictos que no tienen diagnóstico de algún trastorno psicótico u orgánico.
- Voluntarios a participar en la investigación mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Sujetos que se encuentran en tratamiento ambulatorio en alguna institución.

Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de información

1. Ficha sociodemográfica. Se empleó este método para explorar las variables de edad, nivel de instrucción, estado civil y consumo de sustancias (**Anexo A**).
2. Escala Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M): Fue desarrollada por Lazarus y Folkman (1984) más tarde Chorot y Sandín en 1993 desarrollaron una adaptación mejorada y modificada del instrumento. Sin embargo, Londoño et al. (2006), realizó una última adaptación del instrumento Escala Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M), la misma que, contempla 69 ítems y 12 subescalas de tipo Likert que va desde Nunca hasta Siempre: centrados en 1. *Solución de problemas* 2. *Apoyo social*, 3. *Espera*, 4. *Religión*, 5. *Evitación emocional*, 6. *Apoyo profesional*, 7. *Reacción agresiva*, 8. *Evitación*

cognitiva, 9. Reevaluación positiva, 10. Expresión de la dificultad de afrontamiento, 11. Negación, 12. Autonomía (Anexo B). Con relación a la confiabilidad y validez de la escala en la versión modificada el Alfa de Cronbach fue de 0,847 con una varianza del 58%; mientras que en la presente aplicación se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,88 lo que demuestra la fiabilidad del estudio.

Plan de tabulación y análisis de datos

Para este proceso mediante oficio y carta compromiso se consiguió la autorización y acceso a los centros, adicional a esto, se les proporcionó a los participantes de manera física el consentimiento informado para de esta manera contar con su firma autógrafa y autorización, dicho documento fue socializado por medio de una charla y estaba dirigido a los usuarios de los centros (**Anexo C**). Se utilizó el programa Microsoft Excel, dentro del cual se realizó la base de datos con la información, depurando los datos no válidos. Posteriormente, la base de datos fue transferida al programa estadístico SPSS (en su versión 22) mediante el uso de la estadística descriptiva se procesaron los datos a través del empleo de frecuencias y porcentajes para los resultados obtenidos en la ficha sociodemográfica. Además, se utilizó las medidas de tendencia central, media ponderada, desviación estándar para determinar y clasificar las estrategias de afrontamiento y sustancias más utilizadas por los usuarios, los resultados obtenidos se presentaron a modo de tablas y texto.

Consideraciones éticas

El presente estudio obedeció los siguientes **principios éticos** generales señalados por la American Psychological Association (2010), los cuales son: el principio de **beneficencia y no maleficencia** en el uso de la información únicamente para fines investigativos, procurando salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes. Otro principio consistió en la **fidelidad y responsabilidad** para la investigación en donde solamente las autoras y los centros participantes accedieron a los resultados de esta investigación. También, se cumplió con el principio de la **honestidad e integridad** en el proceso, es decir, la información no fue tergiversada, de igual manera, se garantizó el evitar las prácticas injustas.

Por otra parte, se encuentra la **autonomía**, en la cual, se les brindó a los participantes información necesaria respecto a la investigación que se realizó, así mismo, tomaron la decisión de aceptar o no de forma libre y voluntaria la participación en este estudio, así como, la posibilidad de retirarse del estudio si en algún momento lo considera necesario. Otro principio es el de **confidencialidad**, en donde las autoras garantizaron la protección de la información

obtenida, no fue divulgada y se le asignó un código alfanumérico a cada participante para asegurar su anonimato y facilitar el procesamiento de los datos.

En la presente investigación se tomaron medidas para garantizar los derechos de los participantes. Con relación a los **riesgos**, al momento de la aplicación se podía desencadenar un desequilibrio emocional en los participantes vinculados a recordar eventos anteriores de su vida, por lo tanto, las investigadoras deberían actuar de manera inmediata, derivando al paciente al departamento de psicología de los centros para brindar una atención ante la crisis, salvaguardando así su bienestar. Del mismo modo, **los beneficios** generados en esta investigación representaron un valor científico a mediano y largo plazo, ya que, de ser utilizados los resultados por parte de los directores de los centros se podrían idear planes, programas o talleres de protección y prevención con respecto al bienestar psicológico y emocional de sus pacientes, contribuyendo a su pronta recuperación tanto en el proceso de rehabilitación como una vez concluido el tratamiento.

Las autoras de la presente investigación declararon las siguientes posiciones, para evitar conflictos de interés una vez concluido el estudio. La información y resultados obtenidos a lo largo de este trabajo no podrán ser utilizados por una autora sin el consentimiento de la otra, ni para presentación en eventos, ni para publicación.

De igual manera, se declaró que, en el momento de la ejecución, no interfirieron actividades e intereses investigativos por parte de los centros, así mismo, los participantes se mostraron predispuestos para responder al instrumento, es decir, se precauteló el bienestar emocional de los participantes de modo que, no existieron repercusiones al momento de la aplicación y análisis de los resultados.

Presentación y análisis de los resultados

La población estuvo conformada por un total de 50 usuarios de sexo masculino en proceso de rehabilitación bajo modalidad residencial, de los cuales 32 pertenecieron al centro “Amor y vida” y 18 “Hacia una nueva vida” en donde, 17 usuarios se encontraban en el rango de edades comprendidas entre 18-27 años, 13 de 28-37 años, 9 de 38-47 años, 5 de 48-57 años y 6 de 58-67 años. Asimismo, 17 de ellos habían cursado el nivel de instrucción primaria, 30 asistieron a la formación secundaria y 3 personas completaron sus estudios superiores o de tercer nivel. Con relación al estado civil se encontró que 23 usuarios eran solteros, 15 casados, 7 divorciados, 1 viudo, 3 personas mencionaron que vivían en unión de hecho y 1 sola persona no se identificó con ninguna de estas categorías.

Tabla 1

Frecuencias y Porcentajes del Tipo de Sustancias más Consumida por los Usuarios Según la Edad

Tipo de sustancia	18-27	28-37	38-47	48-57	58-67
	Fr (%)	Fr (%)	Fr (%)	Fr (%)	Fr (%)
Alcohol	16 (94.1)	6 (46.1)	9 (100)	5 (100)	5 (83.3)
Cannabis	8 (47.0)	6 (46.1)	1 (11.1)	0 (0.0)	1 (16.6)
Cocaína	3 (17.6)	3 (23.0)	3 (33.3)	0 (0.0)	1 (16.6)
Tabaco	8 (47.0)	3 (23.0)	4 (44.4)	0 (0.0)	0 (16.6)
Crack	0 (0.0)	2 (15.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Inhalantes	0 (0.0)	1 (7.6)	0 (00)	0 (0.0)	0 (0.0)
Total	17	13	9	5	6

Nota: Se marcan en negrita los datos de los usuarios que consumen las sustancias mencionadas.

Con relación al primer objetivo específico se puede encontrar en la tabla 1 que respecto al tipo de sustancia más consumida según la variable *edad* en todos los rangos etarios comprendidos entre los 18-67 años, existe mayor predominio de *alcohol*, resultados que coinciden con los datos obtenidos en un estudio realizado en Ecuador por Noroña et. al (2022), donde existió una mayor prevalencia de esta sustancia en los jóvenes universitarios con un 51.9%, lo cual, se atribuye a la insatisfacción por la carrera que han elegido, problemas laborales, académicos y la intolerancia o baja aceptación por parte de sus compañeros.

Por otro lado, los resultados evidenciados por Gorgulu (2019), no coinciden con los explicitados en este estudio pues, se menciona que la sustancia más consumida en una población turca es la marihuana con un 81.3%, crack o cocaína con un 41.3%, éxtasis con 32.5% y alcohol con 23.4%, dicho consumo se encontraba dentro de sus hogares o contextos más próximos, lo que indica que una conducta adictiva puede surgir en función de la influencia social.

Tabla 2

Tipo de Sustancias Consumidas por los Usuarios Según Nivel de Instrucción

Tipo de sustancia	Primaria	Secundaria	Tercer Nivel
	Fr (%)	Fr (%)	Fr (%)
Alcohol	16 (94.1)	23 (76.6)	2 (66.6)
Cannabis	2 (11.7)	13 (43.3)	1 (33.3)
Cocaína	2 (11.7)	8 (26.6)	0 (0.0)
Tabaco	4 (23.5)	12 (40.0)	0 (0.0)
Crack	0 (0.0)	2 (6.6)	0 (0.0)
Inhalantes	0 (0.0)	1 (3.3)	0 (0.0)
Total	17	30	3

En la tabla 2 se evidencia que la sustancia con mayor consumo fue el *alcohol* en primaria con un 94.1%, en secundaria con un 76.6% y en tercer nivel un 66.6%.

Los datos obtenidos en esta investigación concuerdan con los resultados alcanzados en un estudio ejecutado en Colombia en donde Grigoravicius et al. (2012), menciona que el 21% de las personas con nivel de instrucción primaria consumieron alcohol, lo que se relaciona a la situación socioeconómica baja, en algunos casos se presentaban situaciones de violencia física o verbal, pérdida de algún familiar, de igual forma, experimentaron situaciones como la separación de sus padres.

Así mismo, Ferrel et al. (2016), encontró que las personas con nivel de instrucción secundaria consumieron en mayor proporción alcohol en un 43.2 %, y cigarrillo un 11%, lo cual, se atribuyó al fácil acceso y aceptación social. Finalmente, Patiño et al. (2013), observó que las personas que cursan o cursaron el tercer nivel consumieron en su mayoría alcohol en un 95.2% y cannabis un 90.5%, ya que, experimentaban más conductas de riesgo.

Tabla 3*Tipo de Sustancias más Consumidas por los Usuarios Según el Estado Civil*

Tipo de sustancia	Soltero	Casado	Divorciado	Viudo	Unión de hecho	Otro
	Fr (%)	Fr (%)	Fr (%)	Fr (%)	Fr (%)	Fr (%)
Alcohol	19 (82.6)	12 (80.0)	6 (85.7)	1 (100)	3 (100)	3(100)
Cannabis	9 (39.1)	4 (26.6)	1 (14.2)	0 (0.0)	1 (33.3)	1 (100)
Cocaína	4 (17.3)	2 (13.3)	3 (42.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100)
Tabaco	9 (39.1)	3 (30.0)	3 (42.8)	0 (0.0)	1 (33.3)	0 (0.0)
Crack	1 (4.4)	1 (6.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Inhalantes	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (14.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Total	23	15	7	1	3	1

De acuerdo a lo expuesto en la tabla 3 se puede observar que en la variable estado civil existió un mayor predominio en el consumo de alcohol en todas las categorías planteadas, en los *solteros* con un 82.6%, en los *casados* un 80%, en los *divorciados* un 85.7%, en los *viudos*, *unión de hecho* y personas que no se identifican con ninguno de los estados civiles planteados y que corresponden a la categoría *Otro* con un 100%.

Estos resultados difieren de los datos encontrados por Sánchez et al. (2017), donde señala que la droga de mayor impacto dentro de la población soltera en universitarios fue la marihuana con un 90.9%, este consumo se encuentra íntimamente relacionado a la aceptación, apertura e influencia que ejerce su círculo social, lo cual ha tenido influencia negativa a nivel personal y social.

Tabla 4*Promedios de las Estrategias de Afrontamiento en los Usuarios Según la Edad*

Estrategias de Afrontamiento	Rango de Edades			
	18-27	28-37	38-47	58-67
Solución de problemas	62.09	67.24	66.67	66.67
Búsqueda de apoyo social	61.48	67.03	67.46	65.08
Espera	50.11	49.57	49.38	52.78
Religión	58.96	69.05	78.57	92.06

Estrategias de Afrontamiento	Rango de Edades			
	18-27	28-37	38-47	58-67
Evaluación emocional	54.66	50.16	57.64	48.61
Búsqueda de apoyo profesional	60.00	62.56	62.22	71.67
Reacción agresiva	43.92	52.56	55.56	50.00
Evitación cognitiva	60.39	58.72	60.74	65.56
Reevaluación positiva	68.43	70.51	65.56	66.67
Expresión de la dificultad de afrontamiento	48.04	50.64	53.70	52.08
Negación	63.07	51.28	48.77	57.41
Autonomía	51.47	34.62	50.93	50.00

De acuerdo al objetivo específico 2, en la tabla 4 los resultados revelaron que las estrategias de afrontamiento con mayor predominio entre los rangos de edad de 18-27 años fue *Reevaluación positiva* (M=68.43) y *Negación* (M=63.07), en la edad comprendida entre 28-37 años emplearon la estrategia de *Reevaluación positiva* (M= 70.51) y *Religión* (M=70.51), con respecto a las personas de 38-47 años existió un mayor uso de la *Religión* (M=78.57) y *Búsqueda de apoyo social* (M= 67.46). Finalmente, en el rango etario de 58-67 años se utilizaron principalmente las estrategias de *Religión* (M= 92.06) y *Búsqueda de apoyo profesional* (M=71.67).

Los resultados de esta investigación no se asemejan con los obtenidos por Ulloa (2021), en donde menciona que los adultos consumidores utilizaron en su mayoría las estrategias de reestructuración cognitiva en un 33.33% y expresión emocional un 21.67%, ya que, para afrontar aquellas situaciones problemáticas o estresantes de su vida se centraron tanto en el problema como en la emoción, pues favoreció su adaptación y bienestar.

Por su parte, como se expuso en este estudio, la estrategia más utilizada fue la religión pues, las personas que se encuentran dentro de un tratamiento para adicciones mantenían la creencia de que existe un ser superior, milagroso y misericordioso que los ayudará en su recuperación, el cual constituye un factor de protección frente al consumo, así como también, contribuye en el mantenimiento de la abstinencia para prevenir la recaída.

Tabla 5*Promedios de las Estrategias de Afrontamiento en los Usuarios Según el Nivel de Instrucción*

Estrategias de Afrontamiento	Primaria	Secundaria	Tercer Nivel
Solución de problemas	64.60	64.75	70.99
Búsqueda de apoyo social	69.05	61.43	65.87
Espera	57.84	48.52	49.38
Religión	81.51	65.56	65.08
Evaluación emocional	53.80	53.19	51.39
Búsqueda de apoyo profesional	70.00	59.78	72.22
Reacción agresiva	56.27	48.11	34.44
Evitación cognitiva	66.27	60.11	53.33
Reevaluación positiva	69.80	68.89	71.11
Expresión de la dificultad de afrontamiento	53.68	50.28	40.28
Negación	51.31	58.70	55.56
Autonomía	53.92	46.11	41.67

En tabla 5 se refleja que las estrategias que predominaron en la instrucción primaria fueron *Religión* (M=81.51) y *Búsqueda de apoyo profesional* (M=70.00), en el nivel de instrucción secundaria se observó un mayor empleo de las estrategias de *Reevaluación positiva* (M=68.89) y *Religión* (M=65.56), con relación al tercer nivel las subescalas que prevalecieron fueron las de *Búsqueda de apoyo profesional* (M=72.22) y *Reevaluación positiva* (M=71.11).

Los resultados obtenidos en esta investigación no son equivalentes con los datos revelados en el estudio de Mayordomo et al. (2015), el cual señaló que las personas no escolarizadas y aquellas que han cursado la instrucción primaria hicieron uso de la estrategia de afrontamiento enfocada a la reevaluación positiva (M=2.65), es decir, el sujeto evaluó las mejores opciones para hacerle frente a una situación perturbadora y obtener mayor bienestar psicológico evitando desarrollar patologías, asimismo, señala que las personas con instrucción secundaria y tercer nivel hacen uso de la estrategia focalizada en la solución de problemas con (M=2.66) y (M=3.09) respectivamente, así pues, se centran en la búsqueda de soluciones para enfrentar las circunstancias adversas las cuales le permiten obtener resultados funcionales que contribuyen en su adaptación y bienestar.

Tabla 6

Promedios de las Estrategias de Afrontamiento en los Usuarios Según el Estado Civil

Estrategias de Afrontamiento	Soltero	Casado	Divorciado	Viudo	Unión de hecho	Otro
Solución de problemas	62.16	68.77	60.05	50.00	79.01	85.19
Búsqueda de apoyo social	61.80	63.65	61.22	57.14	85.71	95.24
Espera	53.22	55.19	43.65	66.67	40.74	40.74
Religión	63.25	80.32	68.37	76.19	80.95	90.48
Evaluación emocional	59.15	48.06	47.92	56.25	47.22	50.00
Búsqueda de apoyo profesional	58.55	73.11	57.14	53.33	72.22	86.67
Reacción agresiva	50.14	50.22	49.05	70.00	50.00	33.33
Evitación cognitiva	60.72	61.78	60.48	70.00	64.44	80.00
Reevaluación positiva	66.23	76.44	60.95	43.33	78.89	90.00
Expresión de la dificultad de afrontamiento	51.27	50.83	43.45	54.17	62.50	54.17
Negación	59.90	55.19	51.59	50.00	50.00	33.33
Autonomía	51.09	53.89	35.71	66.67	30.56	33.33

En cuanto a las estrategias de afrontamiento más empleadas se observó que los solteros tienden a utilizar la *Revaluación positiva* (M=66.23) y *Religión* (M=63.25); en los casados *Religión* (M=80.32) y *Revaluación positiva* (M=76.44); en los divorciados *Religión* (M=68.37) y *Búsqueda de apoyo social* (M=61.22); en las personas viudas *Religión* (M=76.19), *Reacción agresiva* y *Evitación cognitiva* (M=70.00), en la categoría unión de hecho *Búsqueda de apoyo social* (M=85.71) y *Religión* (M=80.95); con relación a las personas que marcaron la opción otro, se identificó que la estrategia que prevalecía fue la de *Búsqueda de apoyo social* (M=95.24) y *Religión* (M=90.48).

En relación a las estrategias de afrontamiento más utilizadas con respecto al estado civil se encontró una compatibilidad con el estudio realizado por Mayordomo et al. (2015), en Málaga, donde las personas solteras, casadas y viudos utilizaron en mayor medida la estrategia de reevaluación positiva (M=3.09), (M=2.69), (M=2.60) respectivamente, lo que se relacionó con

buscar el lado positivo de las situaciones adversas, sin embargo, en el presente estudio con relación a la categoría viudo, se señala un mayor predominio de religión.

Tabla 7

Estrategias de Afrontamiento en los Usuarios

Estrategias de Afrontamiento	Mínimo	Máximo	Media	DT
Solución de problemas	27.78	98.15	65.07	16.13
Búsqueda de apoyo social	23.81	100.00	64.28	18.55
Espera	25.93	85.19	51.74	14.11
Religión	19.05	100.00	70.95	21.96
Evaluación emocional	16.67	85.42	53.29	13.35
Búsqueda de apoyo profesional	16.67	100.00	64.00	23.04
Reacción agresiva	16.67	90.00	50.06	15.45
Evaluación cognitiva	23.33	96.67	61.80	16.58
Reevaluación positiva	33.33	100.00	69.33	17.14
Expresión de la dificultad de afrontamiento	16.67	79.17	50.88	13.09
Negación	27.78	88.89	56.00	15.46
Autonomía	16.67	100.00	48.50	22.06

Para dar cumplimiento con el objetivo general de esta investigación en la tabla 7 se observa que las subescalas que predominaron fueron las de *Religión* (M=70.95; DT= 21.96), seguida por *Reevaluación positiva* (M= 69.33; DT= 17.14) y *Solución de problemas* (M= 65.07; DT= 16.13). Los resultados no concuerdan con los datos presentados en otras investigaciones ya que, se mostró que las estrategias más utilizadas en pacientes drogodependientes fueron: aceptar la responsabilidad (M=2.08), buscar apoyo social (M=2.02) y autocontrol (M=1.98) (Sudraba et al., 2015). De igual manera, Píngel y Guerrero (2020), encontraron que existió un mayor empleo en afrontamiento de acción social con un 12%, búsqueda de apoyo social con 8% y búsqueda de apoyo profesional con 8%, es decir, la mayoría de las personas reconocieron que necesitaban de ayuda externa para enfrentar sus problemas, son conscientes de que estos no se resuelven solos por lo que recurrieron a sus redes de apoyo y a la asistencia profesional reducir el estrés o malestar.

Conclusiones

En respuesta a los objetivos planteados en esta investigación se encontró que la sustancia más consumida por los usuarios drogodependientes en todos los rangos etarios, así como en el nivel de instrucción; primaria y tercer nivel fue el *alcohol*, mientras que, en la instrucción secundaria, el *tabaco*. De acuerdo al estado civil en todas las categorías estudiadas; soltero, casado, divorciado, viudo, unión de hecho y otro predominó el consumo de *alcohol* en los usuarios. Dicho consumo está relacionado al fácil acceso, debido a la legalidad y aceptación social en los diferentes contextos en los que se desenvuelve el sujeto.

Con relación a las estrategias de afrontamiento se observó un mayor predominio de *reevaluación positiva* en los rangos etarios comprendidos entre 18-37 años, mientras que en los rangos de edad 38-65 años la estrategia que sobresalió fue la *religión*. Con respecto a la formación académica, los usuarios que completaron el nivel de instrucción primaria hicieron uso de la *religión*, los de secundaria, reevaluación positiva y los de tercer nivel optaron por la *búsqueda de apoyo profesional*. En cuanto al estado civil los solteros utilizaron la *reevaluación positiva*, los casados, divorciados y viudos la *religión*, los de unión de hecho y otro, *búsqueda de apoyo social*. El individuo adopta una nueva visión de su problema por lo que trata de buscar diferentes soluciones eligiendo las más adaptativas y favorables para su bienestar, del mismo modo, buscan un mayor apego a su religión pues la consideran parte fundamental de su proceso de rehabilitación, debido a que, se identifican con un ser supremo o deidad que los ayudará a sobrellevar su adicción. Por otro lado, consideran importante que les puedan brindar el soporte su red de apoyo y la asistencia profesional necesaria.

De acuerdo al objetivo general de esta investigación se puede concluir que los usuarios drogodependientes que se encontraban bajo la modalidad de tratamiento residencial utilizaban en su mayoría la *religión*, la *reevaluación positiva* y *solución de problemas* como estrategias para hacerle frente al consumo.

Recomendaciones y limitaciones

Este estudio puede servir de base para futuras investigaciones que abarquen un enfoque cuantitativo o cualitativo en donde se consideren otros constructos como resiliencia, autoestima y calidad de vida, así mismo es importante que se tome en cuenta diferentes centros de rehabilitación que permitan comparar o correlacionar con los datos obtenidos en esta investigación.

Además, se sugiere que se pueda realizar un estudio correlacional con población femenina para identificar qué tipo de estrategias de afrontamiento predominan de acuerdo al sexo para valorar si existen semejanzas o diferencias con la población actualmente estudiada ya que, no fueron considerados dentro de este estudio.

De igual forma, se recomienda expandir el estudio en diversos centros de modo que, los resultados alcancen mayor grado de validez y confiabilidad de manera que los directores de las diferentes instituciones tanto públicas como privadas puedan generar programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud a fin de contribuir en el bienestar de los usuarios.

Se pudo identificar como limitación el trabajo con una población pequeña únicamente de varones, por lo que, no se podría encasillar dichos resultados como absolutos o generales ya que, las diferentes estrategias de afrontamiento utilizadas por los usuarios de este estudio pueden o no diferir o coincidir con las empleadas en otros centros de rehabilitación.

Referencias

- American Psychological Association [APA]. (2010). *Principios Éticos de los Psicólogos y Código de la Conducta*.
http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ta. Edición). Asociación Americana de Psiquiatría.
- Barreto, P., Pérez, M., Roa, M., López, A., y Rubiano, G. (2015). Consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, factores de protección y de riesgo: estado actual. *Revista de investigación en salud. Universidad de Boyacá*, 2(1), 31 - 50. <https://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/128/124>
- Cabariti, S., Delgado, O., Lima, A. D., Nasio, J. D., Kosovsky, R., Laurent, E., y Rossi, L. (2018). Historia de las drogas y sus usos. *Revista electrónica de la facultad de psicología - UBA*, (27), 9-11. http://intersecciones.psi.uba.ar/revista_ed_num_27.pdf#page=9
- Cabrera, R. (2019). Análisis de la Resiliencia en personas drogodependientes. [Tesis de maestría] Repositorio Institucional de la Universidad de La Laguna.
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/17180/Analisis%20de%20la%20Resiliencia%20en%20personas%20drogodependientes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cáceres, P. (2022). Cannabis medicinal: más allá del mito, solo otra droga (vegetal). *Salud Colectiva*, 1-5. <https://www.scielosp.org/article/scol/2022.v18/e4078/>
- Chorot, P. y Sandín, B. (1993). *Escala de Estrategias de Coping Revisado (EEC-R)*. UNED
- Del Moral, M., y Fernández, L. (1998). Conceptos Fundamentales en drogodependencias. Médica Panamericana, S.A.
- Espinoza, A., Pernas, I., y González, R. (2018). Consideraciones teórico metodológicas y prácticas acerca del estrés. *Humanidades Médicas*, 18(3), 697-717.
<http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v18n3/1727-8120-hmc-18-03-697.pdf>
- Ferrel, F., Ferrel, L., Alarcón, A., y Delgado, K. (2016). El consumo de sustancias psicoactivas

- como indicador de deterioro de la salud mental en jóvenes escolarizados. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 10(2), 43-54. <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v10n2/1900-2386-psych-10-02-00043.pdf>
- Gorgulu, T. (2019). The effect of self-efficacy and coping strategies on treatment motivation of individuals in the substance addiction group work process. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 32(1), 33-42. <https://acikerisim.istinye.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12713/656/H23.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Grigoravicius, M., Bradichansky, L., y Nigro, V. (2012). Consumo de sustancias psicoactivas en niños y niñas escolarizados entre 8 y 12 años. Resultados provisionales de una población no clínica. *Psicología desde el caribe*, 29(3), 592-615. <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v29n3/v29n3a03.pdf>
- Guimarães, L. A., Ferreira, d. N., Jacinto, V. R., y Villar, L. M. (2022). Demandas y estrategias para el enfrentamiento a la dependencia química reveladas en la Terapia Comunitaria Integrativa. *Humanidades Médicas*, 20(1), 150-151. <https://www.medigraphic.com/pdfs/hummed/hm-2020/hm201i.pdf>
- Hernández, R., y Mendoza, P. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGrawHill.
- Kramer, J., y Cameron, D. (1975). *A Manual Of Drug Dependence* [Un Manual de Dependencia de Drogas]. Healt World Organization.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* [Estrés, evaluación y afrontamiento]. Springer.
- Lazarus R. y Folkman S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca S.A.
- Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D., y Aguirre, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5(2), 327-349. <https://www.redalyc.org/pdf/647/64750210.pdf>

- Mayordomo, T., Sales, A., Satorres, E., y Blasco, C. (2015). Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables sociodemográficas. *Escritos de Psicología*, 8(3), 26-32. <https://scielo.isciii.es/pdf/ep/v8n3/informe4.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2016). *Atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas. Protocolo*. Dirección Nacional de Normatización.
- National Institute on Drug Abuse. (23 de agosto de 2017). Efectos de las drogas sobre la neurotransmisión. <https://www.drugabuse.gov/es/news-events/nida-notes/2017/08/efectos-de-las-drogas-sobre-la-neurotransmision>
- Noroña, D., Mosquera, V., y Laica, V. (2022). Análisis del consumo de drogas en estudiantes universitarios en Quito (Ecuador). *Revista de investigación en psicología*, 25(1), 83-98. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8529628>
- Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito [UNODC]. (09 de agosto de 2022). Por primera vez en Ecuador se presentan los resultados del nuevo Informe Mundial de Drogas. <https://www.edicionmedica.ec/secciones/gestion/por-primera-vez-en-ecuador-se-presentan-los-resultados-del-nuevo-informe-mundial-de-drogas--99426#:~:text=La%20Oficina%20de%20las%20Naciones,Informe%20Mundial%20de%20Drogas%202022.>
- Papalia, D., y Martorell, G. (2017). *Desarrollo Humano*. Mc Graw Hill Education.
- Patiño, Patiño, J., Gras, E., Font, S., y Baltasar, A. (2013). Consumo de cocaína y policonsumo de sustancias psicoactivas en jóvenes universitarios. *Enfermería Clínica*, 23(2), 62-67. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862113000405>
- Peña, E., Bernal, L., Pérez, R., Reina, L., y García, K. (2018). Estrés y estrategias de afrontamiento en Estudiantes de Nivel Superior de la Universidad Autónoma de Guerrero. *Nure Investigación*, 15(92), 2. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1299/816>
- Pérez, L., Guirola, J., Fleites, P., Pérez, Y., Milián, T., y López, D. (2014). Origen e historia de la Toxicología. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 43(4), 499-512.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedmil/cmm-2014/cmm144i.pdf>

Píngel, J., y Guerrero, E. (2020). Estrategias de afrontamiento ante el estrés de la recaída al consumo de drogas en adolescentes. *Revista de ciencias de la salud*, 2(3), 55-63.

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1373568/145-texto-del-articulo-496-1-10-20201221.pdf>

Posada, I., y Mendoza, A. (2017). Significados construidos en indígenas universitarios sobre sustancias psicoactivas y programas de prevención. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 35(2), 198. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2017000200197&script=sci_abstract&lng=es

Roa, Miguel. (2019). Manual para el alumno o alumna como afectan las conductas adictivas en el entorno familiar y cómo prevenirlas. CEAPA.

Rodas, J. (2020). Factores de riesgo para el consumo de alcohol en adultos guatemaltecos. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 2020(2), 7-22.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2020/muv202b.pdf>

Rueda, S., Velásquez, J., Alvarán, S., y Ramírez, M. (2022). Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y su relación con características sociodemográficas, familiares y de personalidad en estudiantes en formación tecnológica. *Psicología desde el Caribe*, 39(1), 1-31. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2022000100002

Sánchez, M. (1991). Drogodependencias: aspectos terminológicos y taxonómicos. *Anuario de psicología*, 49, 5-18. <https://raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/64653>

Sánchez, A., Andueza, M., Santana, A., Hoil, J., y CuFarfán, J. (2017). Características sociodemográficas y perfil de consumo de tabaco y drogas en estudiantes de dos universidades de México. *Revista biomédica*, 28(1), 11-27. <https://www.scielo.org.mx/pdf/revbiomed/v28n1/2007-8447-revbiomed-28-01-00003.pdf>

Sanz, S. J. (2019). Trastorno por consumo de sustancias. *ScienceDirect*, 12(85), 4984-4992. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541219302148?via%3Dihub>

- Sudraba, V., Millere, A., Deklava, L., Millere, E., Zumente, Z., Circenis, K., y Millere, I. (2015). Stress Coping Strategies of Drug and Alcohol Addicted Patients in Latvia [Estrategias de Afrontamiento del Estrés de Pacientes Adictos a las Drogas y el Alcohol en Letonia]. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 205, 632-636.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815051174>
- Ulloa, S., y Zúñiga, D. (2021). Estudio de la relación entre las estrategias de afrontamiento psicosocial para la convivencia y el nivel de ansiedad en una población de varones rehabilitados del centro de adicciones de adicciones y tratamiento "creiad" en la ciudad de cuenca, periodo "julio-noviembre, 2020". (Tesis de Maestría). Repositorio Institucional de la Universidad Politécnica Salesiana.
<https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/20246>
- Valdés, A., Vento, C., Hernández, D., Álvarez, A., y Díaz, G. (2018). Drogas, un problema de salud mundial. *Universidad Médica Pinareña*, 14(2), 1-11.
<https://www.redalyc.org/journal/6382/638268502010/638268502010.pdf>
- Villamar, L., Cañizares, F., y Real, A. (2006). Drogodependencias y adicciones. Egondi Artes Gráficas.

Anexos

Anexo A. Ficha sociodemográfica

1. Edad: _____

2. Estado civil:

 Soltero Casado Divorciado Viudo Unión de hecho Otro _____

3. Nivel de instrucción:

 Primaria Secundaria Tercer nivel

4. ¿Qué tipo de sustancia psicoactiva consumía? Especifique

 Alcohol Cannabis Cocaína Tabaco Crack Inhalantes Otras _____

Anexo B. Escala de estrategias de Coping-modificada

Instrucciones: A continuación, se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o 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 otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante su proceso de rehabilitación, y responda señalando con una X en la columna con el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

1
2
3
4
5
6
Nunca **Casi nunca** **A veces** **Frecuentemente** **Casi siempre** **Siempre**

ÍTEMS	Nunca 1	Casi Nunca 2	A veces 3	Frecuente- mente 4	Casi siempre 5	Siempre 6
1. Trato de analizar las causas del problema para poder hacerle frente						
2. Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc)						
3. Procuo no pensar en el problema						
4. Descargo mi mal humor con los demás						
5. Intento ver los aspectos positivos del problema						
6. Le cuento a familiares o amigos cómo me siento						
7. Procuo conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional						
8. Asisto a la iglesia						
9. Espero que la solución llegue sola						

10. Trato de solucionar el problema siguiendo los pasos concretos bien pensados						
11. Procuero guardar para mí los sentimientos						
12. Me comporto de forma hostil con los demás						
13. Intento sacar algo positivo del problema						
14. Pido consejo y orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema						
15. Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten						
16. Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro						
17. Espero el momento oportuno para resolver el problema						
18. Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona						
19. Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo						
20. Procuero que los otros no se den cuenta de lo que siento						
21. Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema						

22. Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias						
23. Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema						
24. Procuero hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema						
25. Tengo fe en que Dios remedie la situación						
26. Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación						
27. No hago nada porque el tiempo todo lo dice						
28. Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones						
29. Dejo que las cosas sigan su curso						
30. Trato de ocultar mi malestar						
31. Salgo al cine, a dar una vuelta, etc. para olvidarme del problema						
32. Evito pensar en el problema						
33. Me dejo llevar por mí mal humor						
34. Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal						

35. Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar						
36. Rezo						
37. Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas						
38. Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar						
39. Piensa detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema						
40. Me resigno y dejo que las cosas pasen						
41. Inhibo mis propias emociones						
42. Busco actividades que me distraigan						
43. Niego que tengo problemas						
44. Me salgo de casillas						
45. Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento						
46. A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo						
47. Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir						

48. Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión						
49. Acudo a la iglesia para poner velas o rezar						
50. Considero que las cosas por sí solas se solucionan						
51. Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas						
52. Me es difícil relajarme						
53. Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros						
54. Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema						
55. Así lo quiera, no soy capaz de llorar						
56. Tengo muy presente el dicho "al mal tiempo buena cara"						
57. Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos						
58. Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales						
59. Dejo todo en manos de Dios						
60. Espero que las cosas se vayan dando						

61. Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas						
62. Trato de evitar mis emociones						
63. Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas						
64. Trato de identificar las ventajas del problema						
65. Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás						
66. Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional						
67. Busco tranquilizarme a través de la oración						
68. Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar						
69. Dejo que pase el tiempo						

Anexo C. Consentimiento informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Estrategias de afrontamiento en usuarios de Centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas de Amor y Vida y Hacia una Nueva Vida, en Cuenca-Azuay, periodo 2022-2023

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigadores	Carla Noelia León León	0106478779	Universidad de Cuenca
	Erika Julissa Velecela Chumbi	0105706162	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en los Centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas de Amor y Vida y Hacia una Nueva Vida, en Cuenca-Azuay, periodo 2022-2023. En este documento, se explican las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explican los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento necesario para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

La motivación del presente estudio se enmarca en obtener información relevante relacionada al uso de estrategias de afrontamiento que ponen en marcha las personas drogodependientes en proceso de rehabilitación de los CETAD de Amor y Vida y Hacia Una Nueva Vida, para que posteriormente los directores de los centros puedan desarrollar programas en la prevención e intervención que favorecerá a los pacientes. Para lo cual, se aplicará una ficha sociodemográfica y la escala modos de afrontamiento. La razón por la que usted ha sido escogido como participante de este estudio se debe a su condición y pertenencia al centro en el que se pretende desarrollar la investigación.

Objetivo del estudio

El propósito de este estudio es describir las estrategias de afrontamiento que sobresalen en los usuarios que se encuentran en proceso de rehabilitación en usuarios de los Centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas de Amor y Vida y Hacia una Nueva Vida, en Cuenca- Azuay, periodo 2022-2023.

Descripción de los procedimientos

Los usuarios deberán firmar el consentimiento informado para autorizar su participación y acceso a la información, para la recolección de los datos se utilizará una ficha sociodemográfica destinada a recabar información básica de las personas que forman parte de la investigación, posteriormente deberá responder una serie de preguntas que se enfocan a las estrategias de afrontamiento que usted utiliza dentro del proceso de rehabilitación. La

duración de esta aplicación será de aproximadamente 25 minutos y se realizará de manera física. Se trabajará con todos los participantes que cumplan con los criterios de inclusión.
Riesgos y beneficios
Para evitar riesgos en los participantes se garantizará la confidencialidad y anonimato de los datos, por consiguiente, se le asignará un código numérico a cada integrante para la codificación de la información evitando así su divulgación que conduzcan a la identificación de los participantes. Al responder el instrumento los usuarios pueden generar un estado emocional de incomodidad momentáneo relacionado a revivir algunas de las experiencias de su vida, en estas situaciones en caso de ser necesario se derivará al/los participantes/s al departamento de psicología de los centros para brindar atención ante la crisis. Los beneficiarios de este estudio serán los usuarios, y autoridades de los centros, pues en base a los resultados generados se podrán idear planes y acciones encaminadas al bienestar de los pacientes tanto en el proceso de rehabilitación como una vez concluido el tratamiento.
Otras opciones si no participa en el estudio
Si usted decide no formar parte de este estudio, su decisión será respetada, por lo tanto, no será obligado a participar, ni tendrá repercusiones por su decisión, ya que usted está en todo su derecho de decidir con total libertad si participa o no en el estudio.
Derechos de los participantes
Usted tiene derecho a: <ol style="list-style-type: none"> 1. Recibir la información del estudio de forma clara; 2. Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas; 3. Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio; 4. Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted; 5. Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento; 6. El respeto de su anonimato (confidencialidad); 7. Que se respete su intimidad (privacidad); 8. Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador; 9. Tener libertad para no responder preguntas que le molesten.
Información de contacto
Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0958759220 que pertenece a Carla León o al 0984593215 que pertenece a Erika Velecela o envíe un correo electrónico a carla.leonl@ucuenca.edu.ec o al erika.velecelac@ucuenca.edu.ec
Consentimiento informado
Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de formar parte de este estudio con un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente ser parte de esta investigación.

_____ Nombres completos del/a participante	_____ Firma del/a participante	_____ Fecha
_____ Nombres completos del/a investigador/a	_____ Firma del/a investigador/a	_____ Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Vicente Solano, presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: vicente.solano@ucuenca.edu.ec