



UNIVERSIDAD DE CUENCA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN VARONES
DROGODEPENDIENTES EN PROCESO DE REHABILITACIÓN EN
COMUNIDAD TERAPÉUTICA”**

Trabajo de Titulación previo a la obtención del Título
de Psicóloga Clínica

AUTORAS:

María Elizabeth Criollo Chimbo

Julia Maricela Guerrero Fernández

DIRECTOR:

Mst. Felipe Edmundo Webster Cordero.

CUENCA - ECUADOR

2015



RESUMEN

En esta investigación se estudiará las estrategias de afrontamiento que utilizan los sujetos drogodependientes en las diferentes etapas del cambio dentro de su programa de tratamiento para que puedan enfrentarse a la problemática de la drogadicción y de esta manera tengan una mejor calidad de vida. Los participantes fueron usuarios de la Comunidad Terapéutica Sed de Vida “CETVI” entre las edades de 19 a 70 años. El enfoque es cuantitativo y de tipo exploratorio-descriptivo. Los instrumentos aplicados fueron el URICA y COPE-28, escalas de tipo Likert que miden las etapas del cambio y las estrategias de afrontamiento respectivamente. Conclusión: Las estrategias de afrontamiento constituyen una herramienta efectiva en el proceso de rehabilitación, determinando así la religión como la estrategia más utilizada por los sujetos. No se encontró relación con las etapas de cambio que intervienen en el programa de tratamiento de adicciones.

Palabras clave: Adicción, Drogas, Etapas de cambio, Estrategias de afrontamiento.



ABSTRACT

In this research the coping strategies used by drug addicts subjects at different stages of change within the treatment schedule so that they can face the problems of drug addiction and thus have a better quality of life will be studied. Participants were members of the Therapeutic Community Thirst for Life "CETVI" between the ages of 19-70 years. The approach is quantitative, exploratory-descriptive. The instruments used were the URICA and COPE-28 Likert-type scales measuring the stages of change and coping strategies respectively. Conclusion: Coping strategies are an effective tool in the rehabilitation process, determining religion and subjects most commonly used strategy. No relation to the stages of change involved in the addiction treatment program was found.

Keywords: Addiction, Drug, Stages of Change, Coping.



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE	4
DEDICATORIA	10
AGRADECIMIENTO	11
INTRODUCCIÓN	12
MARCO CONCEPTUAL	14
Capítulo 1: LAS ADICCIONES	14
1.1 Drogas	14
1.1.1 Definición	14
1.1.2 Formas de consumo	15
1.1.3 Clasificación	17
1.2 Adicción, Drogadicción y Drogodependencia	18
1.2.1 Criterios de Drogodependencia	20
1.2.2 Consecuencias generales de las drogodependencias	21
Capítulo 2: EL CAMBIO EN CONDUCTAS ADICTIVAS	23
2.1 Antecedentes	23
2.1.1 Un modelo de cambio basado en procesos	23
2.2 Descripción de las tres dimensiones del modelo transteórico	24
2.2.1 Estadios de cambio:	24
Procesos del cambio	27
2.2.3 Niveles de cambio	27
Capítulo 3: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	29
3.1 El Estrés	29
3.2 Síndrome General de Adaptación (SGA)	29
3.3 Afrontamiento	30
3.4 Estrategias de afrontamiento	32
METODOLOGÍA	34
Enfoque y alcance	34
Población de estudio	34
Instrumentos de medición	35



Procedimiento.....	38
Resultados.....	38
DISCUSIÓN	43
CONCLUSIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS.....	51
INSTRUMENTOS.....	51
ESCALA DE EVALUACION DEL CAMBIO,	51
UNIVERSIDAD DE RHODE ISLAND (URICA).....	51
ESCALA DE AFRONTAMIENTO: COPE-28.....	53



María Elizabeth Criollo Chimbo autora del trabajo de titulación denominado “Estrategias de afrontamiento en varones drogodependientes en proceso de rehabilitación en Comunidad Terapéutica”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Psicóloga Clínica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca- Ecuador

09 de junio de 2015

María Elizabeth Criollo Chimbo

C.I: 010588080-1



Julia Maricela Guerrero Fernández autora del trabajo de titulación denominado “Estrategias de afrontamiento en varones drogodependientes en proceso de rehabilitación en Comunidad Terapéutica”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Psicóloga Clínica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca- Ecuador

09 de junio de 2015

Julia Maricela Guerrero Fernández

C.I: 010455689-9



María Elizabeth Criollo Chimbo autora del trabajo de titulación denominado “Estrategias de afrontamiento en varones drogodependientes en proceso de rehabilitación en Comunidad Terapéutica”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de mi autoría.

Cuenca-Ecuador

09 de junio de 2015

María Elizabeth Criollo Chimbo

C.I: 010588080-1



Julia Maricela Guerrero Fernández autora del trabajo de titulación denominado “Estrategias de afrontamiento en varones drogodependientes en proceso de rehabilitación en Comunidad Terapéutica”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de mi autoría.

Cuenca-Ecuador

09 de junio de 2015

Julia Maricela Guerrero Fernández

C.I: 010455689-9



DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mis padres Iván y Julia por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su amor y apoyo incondicional. A mi gran amor Fabián por ser parte de mi vida y estar a mi lado apoyándome en todo momento y por sus palabras que me han dado la fuerza para continuar. A mis hermanas Amanda y Magaly porque han sido mi motivación para continuar en esta labor y saber que con esfuerzo podemos alcanzar las metas. A mi compañera y amiga, Elizabeth porque sin el equipo que formamos, no habiéramos logrado esta meta. Finalmente a todas y cada una de las personas que han conformado parte de mi formación en estos años. Gracias de todo corazón.

Julia Maricela Guerrero Fernández

Este trabajo se lo dedico a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a enfrentar las adversidades con fe y paciencia. A mi madre María por todo su apoyo incondicional, su amor, por creer en mí en todo momento y por su ejemplo de una mujer luchadora. A mi padre Rolando por ser mi fuente del saber, y mi apoyo espiritual y emocional lo que me daba el equilibrio que necesitaba en mis tiempos de tensión, a mi esposo Andrés por siempre estar dispuesto a escucharme y ayudarme en todo momento, a mis hermanas Graciela, Diana y Paola por su confianza y fe en mí, gracias a todos ustedes y por su amor. Finalmente a mi compañera y amiga Maricela que juntas hemos trabajado fuertemente para llegar a nuestra meta.

María Elizabeth Criollo Chimbo



AGRADECIMIENTO

Agradecemos a la Comunidad Terapéutica Sed de Vida “CETVI” por su apoyo y disposición para hacer realidad esta investigación, igualmente a los directivos y residentes que brindaron su ayuda en cada una de las fases de la misma.

También, agradecemos con gratitud, al director de este proyecto, Mst. Felipe Webster, quien nos brindó su mano amiga, confiando plenamente en nosotras, motivándonos en cada momento y dirigiéndonos como nadie más lo pudo hacer. Muchas gracias por todo ello.

A la Mst. Rossana González nuestro más sincero agradecimiento por su ayuda, guía, consejos y tiempo brindados a lo largo de nuestro trabajo. De igual manera, a la Mst Catalina Mora y al Ing. Román Buñay, por sus asesorías estadísticas y su preocupación, las cuales hicieron que la calidad de esta investigación fuera irrefutable.

Gracias a nuestros padres, que confiaron y creyeron en nosotras en cada momento. Nos enseñaron que hay que perseverar para alcanzar las metas deseadas, gracias por su amor y su preocupación. Gracias por enseñarnos cuál era el camino correcto a tomar. También a todas aquellas personas que estuvieron a nuestro lado, a nuestra familia, amigos, compañeros y conocidos que nos motivaron día a día con sus consejos y experiencias.

Además, a nuestros profesores quienes nos fueron acercando en cada una de los escalones del desarrollo de este trabajo, regalándonos su tiempo, apoyo, amistad y comprensión, para nunca abandonar y seguir adelante, jamás olvidaremos sus consejos y enseñanzas.

Finalmente, gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.



INTRODUCCIÓN

Una de las problemáticas que enfrenta la sociedad mundial es el tema de las drogas y en Ecuador se evidencia cada vez más este creciente fenómeno que afecta no solo al sujeto que consume la droga sino a su entorno en general. Por lo tanto, los profesionales de la salud nos vemos involucrados en ejercer la labor tanto en la prevención como en los programas de tratamiento. Esta labor va de la mano con un trabajo multidisciplinario en que intervienen los profesionales de la salud, los sujetos drogodependientes y el ambiente en el que se desarrollan. El fin es desarrollar en los sujetos drogodependientes capacidades, habilidades y destrezas para evitar posibles recaídas y que ellos mismos sean capaces de identificar e implementar estrategias de afrontamiento adecuadas para hacer frente a esta problemática y que puedan lograr la reinserción en todas las áreas.

Es por ello la importancia de nuestro objetivo que es identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan los usuarios, tomando en consideración las diferentes etapas del cambio por las que atraviesan estos sujetos dentro del programa de tratamiento. La hipótesis planteada para el desarrollo de esta investigación se ha desarrollado de la siguiente manera: En cada etapa del cambio, el sujeto en proceso de rehabilitación utilizará una diferente estrategia de afrontamiento.

Nuestro proyecto investigativo se desarrollará en tres capítulos los cuales se basan en:

El capítulo I trata sobre las adicciones, lo cual es necesario mencionar todo con respecto a drogas, adicción, drogodependencia. En este sentido, el consumo de las drogas se presenta en la actualidad como uno de los problemas más importantes a los que se enfrenta la sociedad, tanto por la magnitud del fenómeno como por las consecuencias personales y sociales derivadas del mismo. Además, ha dejado de ser algo exclusivo de una minoría para configurarse como un problema de magnitudes sociales, comunitarias y de salud pública.

El capítulo II describe el cambio desde el Modelo Transteórico propuesto por Prochaska y DiClemente, el cual indica los diferentes estadios del cambio. Los sujetos que se encuentran siguiendo un programa de tratamiento dentro de una Comunidad Terapéutica pasan por distintas etapas de cambio en el proceso de rehabilitación

Finalmente, el capítulo III destaca el tema del afrontamiento y sus estrategias, los cuales van a ser utilizados por los sujetos drogodependientes y posteriormente irán



identificando las estrategias de afrontamiento que consideren adecuadas para enfrentarse a esta problemática de las drogas.

En conclusión, consideramos que los usuarios drogodependientes en proceso de rehabilitación poseen los recursos y habilidades que les permiten utilizar determinadas estrategias cuando se ven en situaciones de riesgo y sobre todo para hacer frente a la dependencia de sustancias psicoactivas, donde el afrontamiento es la clave para su tratamiento y futura reinserción social.



MARCO CONCEPTUAL

Capítulo 1: LAS ADICCIONES

El consumo de diversas drogas ha sido constantemente observado desde la Antigüedad en pueblos y culturas. Son diversas las causas del consumo así como también la consolidación de la drogadicción propiamente dicha. La diversidad de factores influyentes en la aparición y desarrollo de las adicciones permite considerarlas un problema multicausal, determinado no solo por factores biológicos y psicológicos sino también por razones sociales y culturales.

El fenómeno de la drogadicción sólo ha alcanzado importancia por su difusión, consecuencias sociales y sanitarias, en las últimas décadas; cambiando el tipo de sustancias y las formas de consumo con el pasar del tiempo. Actualmente, la problemática de las adicciones se presenta como un fenómeno complejo, dinámico, en evolución, con indicadores propios como el inicio del consumo a edades cada vez más tempranas.

1.1 Drogas

1.1.1 Definición

En la última década, los autores anglosajones han reemplazado el término droga por el de sustancia psicoactiva, justificando dicha sustitución por el hecho de que muchos productos con capacidad de producir trastorno por abuso o dependencia se dan de forma natural (cannabis) o que no están fabricados para el consumo humano (pegamento); esta iniciativa se ha seguido también por otros autores a nivel mundial (Del Moral & Fernández, 2009).

Existen definiciones diversas sobre las drogas; sin embargo, entre las más aceptadas y usadas por la mayoría de autores son las de la Organización Mundial de la Salud quien define a las drogas como “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones” (OMS, 1969).

Por otro lado, el DSM-IV (1995) citando la definición de droga que propone la OMS, agrega algunas consideraciones: “es toda sustancia que introducida en el organismo por



cualquier mecanismo (ingestión, inhalación de gases, intramuscular, endovenosa, etc.) es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central del consumidor, provocando un cambio en su comportamiento, ya sea una alteración física o intelectual o una modificación de su estado psíquico”.

Tavera & Martínez (2008) señalan que el término droga se aplica a “aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia física y psicológica y que ocasionan, en muchos casos, un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social”. Esta definición también corresponde a la dada por el concepto de droga de abuso.

1.1.2 Formas de consumo

Barrionuevo (2013) afirma que en cuanto a las formas de consumo de drogas, estas se pueden diferenciar entre uso, abuso y adicción:

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

Abuso: Reiterado consumo de drogas, recurriendo el sujeto a cantidades y/o frecuencia que superan en mucho a las iniciales. El abuso suele considerarse un riesgo en cuanto a la posibilidad de facilitar el traspaso de los límites que lo separan de la adicción propiamente dicha.

Drogadicción: Dependencia, compulsiva y constante, de una sustancia de la cual el sujeto no puede prescindir, ocasionando trastornos en lo físico y en lo psíquico, constituyéndose el sujeto en peligro para sí y para los demás.

Siguiendo a Del Moral & Fernández (2009), estos autores dividen las formas de consumo en cuatro bloques: uso, hábito, abuso y dependencia. El término uso indica consumo, utilización, gasto de una sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales, familiares, etc., se trata de un consumo aislado, ocasional, episódico, sin tolerancia o dependencia. El hábito es la costumbre de consumir una sustancia por habernos adaptado a sus efectos, no existe una tendencia a aumentar la dosis ni se padecen trastornos físicos o psicológicos importantes cuando la sustancia no se consigue, la búsqueda de la sustancia es limitada.



Hoy en día, tanto la Organización Mundial de la Salud en su sistema de clasificación de enfermedades (CIE-10, 1992) como la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en su manual de criterios diagnósticos para las enfermedades mentales (DSM-IV-TR, 2000) califican el hábito de fumar como una auténtica dependencia de la nicotina. Sin embargo, el consumo de cafeína sigue siendo controvertido, y mientras en el DSM-IV-TR han resuelto considerarla no productora de dependencia, en el CIE-10 se sostiene lo contrario (Del Moral & Fernández, 2009).

El DSM-IV-TR (2000) señala los siguientes criterios para diagnosticar un trastorno por abuso de sustancias psicoactivas:

- A) Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los siguientes apartados durante un período de 12 meses:
1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (por ejemplo: ausencias repetidas o bajo rendimiento relacionados con el consumo de sustancias; ausencia, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).
 2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo: conducir un auto o accionar una maquinaria bajo los efectos de la sustancia).
 3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (por ejemplo: arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
 4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (por ejemplo: discusiones con el cónyuge acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).
- B) Los síntomas no han cumplido nunca los criterios de dependencia de sustancias de esta clase de sustancias.

A diferencia del DSM-IV, el sistema CIE-10 (1992) define como consumo perjudicial a aquella “forma de consumo que está afectando ya a la salud física o mental (daño a la salud)”. Los criterios que se señalan para su diagnóstico son:



- a) Existencia de consecuencias sociales adversas (detenciones policiales, problemas matrimoniales, deterioro del rendimiento laboral, etc).
- b) Lo anteriormente mencionado o la reprobación por terceros no es, por sí solo, suficiente para este diagnóstico.
- c) Las intoxicaciones agudas no son, tampoco, por sí solas o por sí mismas suficientes para considerarlas un daño para la salud.
- d) No debe diagnosticarse si existen otros trastornos inducidos por drogas o se cumplen los criterios de dependencia.

1.1.3 Clasificación

Barrionuevo (2013) hace una clasificación de las drogas de una manera sencilla y sintética y las clasifica de la siguiente manera:

Legales: son usadas por su alto porcentaje de la población. Las más frecuentes son: tabaco, bebidas alcohólicas, fármacos, anabólicos y esteroides. Y entre ellos los ansiolíticos.

Ilegales: son aquellas sustancias cuyo consumo está prohibido por la ley y pueden dividirse en 3 grupos:

Narcóticos o depresores: Adormecen los sentidos al actuar sobre el sistema nervioso central (como la marihuana, el opio y la morfina).

Estimulantes: La más conocida de estas drogas es la cocaína. Da resistencia física, pero acelera el ritmo cardíaco, provoca parálisis muscular y dificultades respiratorias que pueden desembocar en un coma respiratorio.

Alucinógenos: El éxtasis es el más consumido entre los jóvenes. Su peligrosidad radica principalmente en que puede causar la muerte por deshidratación o paro respiratorio.

Caballero (2004) agrupa a las drogas según su origen, éstas son:

1. Naturales: A este grupo pertenecen el opio, las hojas de coca, el cannabis-marihuana, etc.



2. Químicas: Las mismas que parten de productos naturales y son: morfina, codeína, heroína, cocaína, tetrahidrocannabinoides y derivados, mezcalina, psilocibina, LSD.
3. Sintéticas: En este grupo se encuentran las depresoras, estimulantes y alucinógenas.

1.2 Adicción, Drogadicción y Drogodependencia

Los términos toxicomanía, drogodependencia o drogadicción suelen ser utilizados habitualmente como sinónimos para referirse a un estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco o una sustancia, caracterizado por la modificación del comportamiento y otras reacciones, generalmente a causa de un impulso irreprimible por consumir una droga en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos (Barrionuevo, 2013).

Fernández (2009) expone que el término adicción está vinculado al consumo de sustancias psicoactivas, destacando que se ha extendido a otras situaciones que no requieren del consumo de ninguna sustancia, como el juego (ludopatía), la compulsión a la búsqueda del sexo o el uso de internet, siendo objeto de constantes discusiones a lo largo del tiempo.

La Organización Mundial de la Salud (1964) define a la drogadicción como: "...el estado psíquico, y a veces físico, resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por un conjunto de respuestas comportamentales que incluyen la compulsión a consumir la sustancia de forma continuada con el fin de experimentar sus efectos psíquicos o en ocasiones, de evitar la sensación desagradable que su falta ocasiona. Los fenómenos de tolerancia pueden estar o no presentes. Un individuo puede ser dependiente de más de una droga".

Segura (2003) señala que la drogadicción es un trastorno caracterizado por un deseo incontrolable de consumir determinada sustancia ya sea legal o no, a la cual una persona se ha acostumbrado tras un uso reiterado. Por lo general se busca obtener un efecto gratificante, que puede ser la alteración de la actividad mental, de las actitudes o del



grado de percepción, no obstante su consumo muchas veces conduce incluso a un desequilibrio mental aun cuando no produzcan lesiones orgánicas.

Posteriormente, la Organización Mundial de la Salud (1982) define la dependencia como “síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes”.

La Asociación Americana de Psiquiatría (citado por DSM-IV-TR, 2000) menciona que “la característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella” y añade que “existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, a una clínica de abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia”.

De esta manera, la dependencia va a dar lugar a una pérdida total de libertad, pues la persona se encuentra controlada por la sustancia. En otras palabras, la droga se convierte en un objeto autoritario que absorbe la personalidad del individuo.

Alzate & Bermúdez (2009) sostienen que clásicamente se han descrito dos tipos de dependencia: la física y la psicológica. En la actualidad se añade un tercer tipo: la social. Cada una de ellas presenta manifestaciones sintomáticas propias y está determinada por causas específicas. Las tres tienen en común la conducta final del dependiente: “obtener y consumir la droga” y pueden considerarse como complementarias e interactuantes en una misma persona. Así, la dependencia física, que hoy en día recibe la denominación de neuroadaptación, es un estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismo. Sus dos componentes principales que aparecen en este tipo de dependencia son la tolerancia y el síndrome de abstinencia agudo.

De esta manera, la tolerancia y el síndrome de abstinencia son elementos clave que apoyan la idea de que los procesos de neuroadaptación se han iniciado. Cuando la administración de la droga se suspende bruscamente o se administra una sustancia antagonista (opuesta), es decir, se rompe el vínculo droga-organismo, se presenta un



cuadro denominado síndrome de abstinencia. Este se caracteriza por manifestaciones con signos y síntomas físicos y psíquicos de gravedad, según la droga.

También este autor señala que la tolerancia se caracteriza por una disminución gradual del efecto de un fármaco tras la administración repetida de la misma dosis, lo que obliga a incrementar la dosis para obtener el efecto inicial.

Por su parte, la dependencia psicológica es el deseo irresistible (estado de ansia o anhelo) de repetir la administración de una droga para: a) obtener la vivencia de sus efectos agradables, placenteros y/o evasivos (sedación, euforia, alucinaciones) y/o b) evitar el malestar que se siente con su ausencia. Por tanto, son las actividades de búsqueda de la droga por parte de la persona y la asociación de patrones de consumo patológico las que condicionan la dependencia.

Lizarbe, Librada & Astorga (2008) consideran que la dependencia física se relaciona con el síndrome de abstinencia mientras que la dependencia psicológica está en relación con el fenómeno de craving. El término se refiere a un deseo extremadamente intenso de autoadministrarse una sustancia. El craving puede aparecer semanas o meses después de haber abandonado el consumo y superado el síndrome de abstinencia agudo.

El tercer tipo de dependencia que estos autores nombran es la social, la cual está determinada por la necesidad de consumir la droga como signo de pertenencia a un grupo social que proporciona una clara señal de identidad personal.

1.2.1 Criterios de Drogodependencia

Según el CIE-10 (1992) se define el síndrome de dependencia como un trastorno que presenta los siguientes aspectos:

- a) Manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas características.
- b) Se da máxima prioridad al consumo de la sustancia.
- c) Hay un deseo (fuerte o insuperable) de administración.
- d) Las recaídas, después de un período de abstinencia, llevan a instaurar más rápidamente este síndrome que en los no dependientes.

Y da las siguientes pautas diagnósticas: “si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

1. Deseo o compulsión de consumir la sustancia.



2. Disminución de la capacidad de control del consumo: para comenzar o para terminarlo.
3. Síntomas somáticos del síndrome de abstinencia específico cuando se reduzca o cese el consumo.
4. Tolerancia.
5. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones.
6. Persistencia en el consumo, a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales”.

1.2.2 Consecuencias generales de las drogodependencias

Como ya es entendido, la drogodependencia es una situación patológica en sí misma. Del Moral y Fernández (2009) creen que el consumo de la sustancia psicoactiva conlleva a diferentes consecuencias que se relacionan con la dependencia. Estas son:

- a) Reacciones antisociales: El drogodependiente vive por y para la droga y hará todo lo posible por conseguirla sin que exista para él barreras morales. Son frecuentes los hurtos, agresividad, tráfico ilegal, homicidios, prostitución, suicidios, conflictos familiares, laborales, etc.
- b) Síndrome de déficit de actividad: Con astenia, indiferencia, disminución o interrupción de la actividad motora, disminución o pérdida de capacidades cognitivas (deterioro intelectual), apatía, aislamiento, abulia, etc.
- c) Infecciones y disminución de las defensas: Debido a la falta de asepsia y a la administración de la droga puede dar lugar a cuadros infecciosos como VIH, paludismo, hepatitis, inmunodepresión, etc.
- d) Peligro de sobredosificación: Se da especialmente en los drogodependientes a opiáceos (heroína) por vía venosa. La dosis elevada normal en el consumidor crónico resulta excesiva después de un período sin consumirla y puede ocasionar la muerte. También se da sobredosis debido a la intoxicación producida por la mezclas de sustancias.
- e) Riegos de recaída: Debido al síndrome de abstinencia que provoca el consumo de sustancias, el sujeto drogodependiente se vuelve más propenso a sufrir una recaída.



- f) Efectos tóxicos específicos: Son los característicos de cada droga o grupo de drogas.



Capítulo 2: EL CAMBIO EN CONDUCTAS ADICTIVAS

2.1 Antecedentes

En los últimos años la psicología de la salud ha propuesto diferentes modelos cognitivos conductuales, con el fin de explicar el comportamiento de salud de las personas. Modificar un hábito de salud es un proceso que se da en etapas y el apoyo que necesitan de terapeutas o programas formales para el cambio de conducta varía de acuerdo a la etapa en la que se encuentren en relación a su mal hábito de salud. El cambio en las adicciones se ha podido describir como un proceso o una serie de etapas o estados a lo largo del tiempo, es por ello su importancia al identificar el cambio de una conducta adictiva (Taylor, 2007).

Prochaska (1979) propuso el modelo transteórico basado en un análisis comparativo de las principales teorías sobre la psicoterapia y el cambio conductual, integrando los conocimientos de la escuela freudiana, skineriana y la rogeriana, y de esa reflexión derivó el término transteórico, el cual se enfoca en la toma de decisiones de manera individual. Ha sido ya aplicado a una gran variedad de problemas conductuales, como el dejar de fumar y tomar alcohol, controlar el peso, prevenir el cáncer de la piel, dejar de usar drogas, manejar el estrés, etc (Esparza, Carrillo, Quiñones, Del Castillo, Guzmán, Ochoa, Gurrola, Balcázar, Villarreal, Sánchez, 2013).

2.1.1 Un modelo de cambio basado en procesos

Desde la perspectiva del cambio como proceso, uno de los modelos que ha tenido mayor aceptación y apoyo es el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente desarrollado en 1992. Se trata de un modelo tridimensional que proporciona una visión global y al mismo tiempo diferenciada del cambio a partir de la integración de estadios, procesos y niveles de cambio. (Becoña & Cortés, 2010).

Estos autores también sugieren que los estadios identifican los diferentes niveles de predisposición al cambio que puede mostrar una persona cuando se plantea modificar su conducta adictiva. El modelo propone cinco estadios y el situar a la persona en el estadio más representativo permite evaluar cuándo es posible que ocurran determinados



cambios de intenciones, actitudes y conductas. Los procesos permiten comprender cómo suceden esos cambios, cómo va incrementándose el nivel de predisposición al mismo. Incluyen las actividades que una persona suele realizar para modificar o consolidar su nivel motivacional.

Finalmente, los niveles de cambio describen la profundidad de trabajar con una persona para que pueda iniciarse y consolidarse el cambio, o qué cambios se necesitan para abandonar o reducir la conducta adictiva.

2. 2 Descripción de las tres dimensiones del modelo transteórico

2.2.1 Estadios de cambio:

Prochaska y DiClemente (citado por Becoña & Cortés, 2010) indican que el modelo transteórico propone cinco estadios a través de los que evolucionan los drogodependientes desde que se plantean un posible cambio hasta que dejan definitivamente de consumir. Estos estadios son: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. En el estadio de precontemplación la persona no tiene intención de cambiar (habitualmente evaluado para los próximos 6 meses); en el de contemplación la persona tiene la intención de cambiar a medio plazo (en los próximos 6 meses); en el de preparación para la acción tiene la intención de cambiar a corto plazo, en los próximos 30 días y ha hecho un intento serio de abandono en el último año, estando al menos un día abstinentes de consumir en el año previo; en el de acción la persona deja de consumir, durante al menos 24 horas y menos de 6 meses; y, en el estadio de mantenimiento la persona lleva al menos 6 meses sin consumir la sustancia.

- Estadio de pre-contemplación:

a. En esta fase el drogodependiente no se cuestiona su situación, puede que ni siquiera vea el problema, por lo que invierte muy poco tiempo y energía en plantear un posible cambio de su conducta.



- b. No es consciente de las consecuencias que conlleva su conducta adictiva, tanto para sí mismo como para las personas que le rodean, porque cree que su situación no es un problema. La persona experimenta menos reacciones emocionales ante los aspectos negativos de su problema, en comparación a la reactividad observada en fases posteriores.
- c. Lo gratificante del consumo de drogas tiene para él más peso que los aspectos negativos.
- d. Es probable que la persona permanezca en esta fase porque no dispone de la suficiente información sobre su conducta adictiva.
- e. Al no considerar tener ningún problema, cuando acuden a tratamiento lo hacen presionados, y si lo inician lo hacen con el objetivo de reducir la presión bajo la que se encuentran. Si no se trabaja su nivel motivacional, cuando disminuye la presión externa suelen reinstaurar su estilo de vida previo.
- f. Es probable que la persona se muestre a la defensiva ante cualquier presión externa hacia el cambio. En esta etapa es importante que el terapeuta sepa manejar la resistencia del paciente, siendo una buena técnica para ello la entrevista motivacional.

- Estadio de contemplación:

- a. En esta etapa los drogodependientes son más conscientes de los problemas derivados de su conducta adictiva, lo que le ayuda a reevaluarse a nivel cognitivo y afectivo, estando más abiertos a recibir feedback sobre su consumo de drogas. Incluso pueden valorar la posibilidad de dejar de consumir, aunque no han elaborado un compromiso firme de cambio. El cambio se plantea a nivel intencional, pero no se observa ninguna conducta que manifieste de manera objetiva esa intención cognitiva.
- b. Comienzan a equilibrarse las consecuencias positivas y negativas del consumo de drogas y, como consecuencia de ello, empiezan a plantearse dejar de consumir, aunque se muestran ambivalentes en este balance.
- c. Los drogodependientes se caracterizan por la necesidad de hablar sobre su problema, tratando de comprender su adicción, sus causas, consecuencias y posible tratamiento.



d. El drogodependiente puede permanecer años en esta etapa.

- Estadio de preparación:

a. Es el momento en que el drogodependiente toma la decisión (intención) y realiza pequeños cambios en su conducta adictiva, están destinados a abandonar el consumo de drogas. Entre los cambios que realiza destaca, por ejemplo, el disminuir la cantidad que se consume.

b. El progreso hacia la siguiente etapa requiere cambios respecto a cómo se siente y cómo valora el estilo de vida vinculado al consumo de drogas.

- Estadio de acción:

a. Se produce un cambio importante en su conducta problema. El drogodependiente deja de consumir drogas.

b. El paciente cambia su conducta encubierta y manifiesta en relación al consumo de drogas, así como los condicionantes que afectan a la conducta de consumo.

c. Representa los cambios más manifiestos y requiere por parte de la persona un compromiso importante que le exigirá un gran esfuerzo y tiempo.

d. Como consecuencia de la abstinencia, que es la conducta manifiesta más llamativa para el entorno, la persona obtiene apoyo y refuerzo social, lo que fortalece todos los cambios que está realizando.

e. El estadio de acción hace referencia a los 6 primeros meses de cambio.

- Estadio de mantenimiento:

a. En esta etapa la persona intenta consolidar los logros de la etapa anterior y prevenir una recaída. Este estadio comienza a los 6 meses de iniciado el cambio.

b. Puede tener miedo no solo a la recaída, sino también al cambio en sí mismo, porque puede creer que cualquier cambio le llevará a una recaída. La consecuencia inmediata en este aspecto es el retraimiento y búsqueda de la máxima estructuración en su nuevo estilo de vida.



c. Probablemente lo más importante para el paciente en esta etapa es su sensación de que se está convirtiendo en el tipo de persona que quiere ser.

Procesos del cambio

Una de las aportaciones más significativas de este modelo tiene relación con el avance que se da dentro del proceso de cambio. Se sabe que los drogodependientes no avanzan a través de las distintas fases de forma lineal, sino que suelen pasar varias veces por la misma fase hasta que consiguen mantenerse abstinentes, lo que significa que los usuarios recaen, en la mayoría de ocasiones, varias veces hasta que consiguen dejar de consumir drogas definitivamente (Becoña & Cortés, 2010).

Como es sabido, las recaídas en el consumo de drogas son una parte del proceso de cambio antes de lograr el abandono definitivo del consumo de drogas. No obstante, la recaída no siempre lleva a las personas a abandonar el tratamiento, sino que los sitúa en una fase que les permite seguir preparándose para continuar nuevamente el cambio iniciado.

Prochaska y DiClemente (citado por Becoña y Cortés, 2010) señalan que es poco probable que una persona pueda desvincularse completamente de todo lo que implica su conducta adictiva, ya que para ellos la finalización se alcanza cuando se cumplen los siguientes dos criterios:

1. Cuando ya no existe deseo de consumir drogas en cualquier situación problema.
2. La autoeficacia (entendida como la confianza y seguridad de no consumir drogas en cualquier situación) es del 100%.

2.2.3 Niveles de cambio

Prochaska y Diclemente (citado por Oblitas, 2010) desde su modelo proponen cinco niveles de intervención que se encuentran interrelacionados de modo que los cambios en uno de ellos repercuten en el resto. Los niveles son: síntoma-situación, cogniciones desadaptativas, conflictos interpersonales actuales, conflictos sistémicos/familiares y conflictos intrapersonales.



Se recomienda desde este modelo comenzar a intervenir desde el primer nivel, por varias razones: el cambio en este nivel es más fácil de conseguir, habitualmente corresponde con la demanda principal de los pacientes convirtiéndolo en el objetivo principal por el que acuden a tratamiento, es un nivel de intervención que le exige al sujeto menos consecuencias y por tanto es un nivel de cambio con más conciencia por parte del paciente. Sin embargo aunque se comience por intervenir en el primer nivel, las intervenciones terapéuticas deben dirigirse a todos los niveles de cambio para incrementar el éxito de las mismas (Oblitas, 2010).



Capítulo 3: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

3.1 El Estrés

El estrés es un fenómeno cada vez más importante en la sociedad moderna y prácticamente en todos los grupos poblacionales se está produciendo un aumento del estrés. Una mala conciliación entre las capacidades personales y las demandas genera insatisfacción y sentimientos de estrés.

La Organización Mundial de la Salud (citado por Fernández, 2009) propone una definición de estrés como “el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción”. Esta autora también menciona a Selye que introduce el concepto de estrés en el ámbito de la salud. Para este autor era la causa común de muchas enfermedades.

La mayoría de las personas asocian el estrés con experiencias desagradables e incómodas. Sin embargo, el estrés se genera cuando respondemos a un nivel inapropiado de presión. La situación ideal se produce cuando podemos responder de manera apropiada a la presión y a sus exigencias. Cuando la exigencia se mueve por encima o por debajo del nivel de presión adecuado para cada sujeto, el equilibrio comienza a alterarse, y es entonces cuando experimentamos lo que llamamos estrés. (Fernández, 2009)

3.2 Síndrome General de Adaptación (SGA).

Selye (citado por Fernández, 2009) plantea una teoría acerca del SGA como la forma en que un organismo se moviliza así mismo cuando se enfrenta a un estresor, la respuesta al estrés no solamente provoca un estímulo físico, sino también psicológico, cognitivo o emocional. Se considera al estrés como un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo, reacción que se denomina SGA.

Sandín (2003) explica que este proceso ocurre en tres fases:



1.- Fase de alarma: El sujeto se enfrenta a la situación estresante. El organismo se halla en estado de alerta (aumenta la frecuencia y la intensidad cardiaca, aumenta la tensión arterial, se altera el ritmo y la frecuencia de la respiración) y se coloca en situación de huida o ataque para restablecer el equilibrio interno. Esta fase tiene dos etapas: choque y contrachoque. En la primera, aparecen las reacciones fisiológicas para advertir al afectado que debe ponerse en guardia, es la reacción inicial e inmediata al agente nocivo. La segunda, se caracteriza por la movilización de las defensas. Muchas enfermedades asociadas al estrés agudo corresponden a esta fase.

2.- Fase de resistencia: Si el estímulo persiste, las reacciones surgidas en la fase anterior se mantienen, pero disminuye su intensidad y el individuo intenta restablecer el equilibrio, adaptándose al estímulo estresante. En esta fase desaparecen la mayoría de los cambios fisiológicos y bioquímicos presentes durante la reacción de alarma. Cuando la capacidad de resistencia disminuye y se agota, el organismo entra en la siguiente fase.

3.- Fase de agotamiento: El organismo intentará utilizar todos los medios de los que dispone para combatir los estímulos estresantes, pero si no es capaz de adaptarse y el estresor es suficientemente prolongado y severo llegará el agotamiento y reaparecen los síntomas característicos de la fase de alarma y la vida del organismo estará amenazada.

Lazarus y Folkman (citado por Carlín & Garcés, 2010) conciben al estrés como el resultado que el individuo evalúa el entorno como amenazante o desbordante de sus recursos poniendo en peligro su bienestar y se distinguen tres tipos de evaluación: La valoración primaria se da cuando la persona valora el significado de lo que está ocurriendo. El resultado de esta evaluación va a ser: irrelevante, positiva-beneficiosa o estresante. La valoración secundaria constituye la capacidad de afrontamiento (coping), entendiendo a ésta como un proceso psicológico que se pone en marcha cuando la situación o el entorno resultan amenazantes.

3.3 Afrontamiento

Cuando las personas han logrado motivarse e interesarse por modificar su conducta, es necesario que determinen las situaciones que generan ese patrón y que empleen habilidades de afrontamiento que les permitan manejar adecuadamente los acontecimientos estresantes (Taylor, 2007).



Como se sabe, el estrés tiene repercusiones en el bienestar y la salud de las personas. Sin embargo, constituye a su vez una respuesta natural y necesaria para la supervivencia. Si bien distintos estudios reconocen el papel central que el afrontamiento tiene en el manejo de diversos estresores que pueden afectar la salud y la calidad de vida de las personas, no existe un acuerdo acerca de qué modalidad o tipo de estrategias resulten óptimas frente a la situación estresante. El afrontamiento se ha consolidado como un concepto clave que puede ayudar a explicar una situación estresante. Las diversas formas utilizadas por los sujetos para afrontar o ajustarse a su problema resultan básicas para entender la habilidad de los sujetos para funcionar correctamente en programas de tratamiento y mantener una buena calidad de vida.

En este sentido, Lazarus y Folkman (citado por Manso, Martínez, Osua, Retegi & Suárez, 2014) desde su modelo mencionan que no son las situaciones en si las que provocan una reacción emocional, sino la interpretación que realiza el sujeto de tales emociones. Desde esta perspectiva, el afrontamiento es entendido como los esfuerzos cognitivos y conductuales que constantemente cambian, se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes de los recursos del individuo.

Para hablar de afrontamiento es necesario mencionar en qué consiste la terapia cognitiva. Beck (citado por Salas & Lizama, 2009) refiere que la terapia cognitiva es definida como “un sistema que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes, mediante la modificación del pensamiento erróneo o defectuoso y las creencias desadaptativas, que subyacen a estas reacciones”.

También este autor argumenta que una de las ideas básicas de la terapia cognitiva es ayudar al paciente de dos formas: a) reducir la intensidad y frecuencia de los impulsos de consumir droga mediante la refutación de creencias subyacentes, y b) enseñar al paciente técnicas específicas a fin de controlar y manejar sus impulsos.

Cuando la terapia se aplica al abuso de sustancias, el abordaje cognitivo ayuda a los individuos a luchar con los problemas que les producen angustia emocional y a establecer una perspectiva más amplia de su confianza en las drogas para conseguir placer y/o alivio del malestar. Además, algunas estrategias cognitivas específicas les ayudan a aliviar sus impulsos y, al mismo tiempo, a establecer un sistema más fuerte de control interno. Es más, la terapia cognitiva puede ayudar a los pacientes a combatir su



depresión, ansiedad o ira, que frecuentemente alimentan y provocan las conductas adictivas (Salas & Lizama, 2009).

De la misma forma, una de las metodologías que el terapeuta utiliza para ayudar a los pacientes drogodependientes, es por medio de un debido entrenamiento en las estrategias de afrontamiento.

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

3.4 Estrategias de afrontamiento

Sandín (2003) explica las diferentes formas de afrontamiento las cuales proporcionan pautas para la adaptación ante una situación amenazante y de la misma manera cómo el individuo enfrenta la situación; también tienen que ver con las diferencias que se dan entre los individuos en la mayor o menor exposición a los estresores. En este sentido, es necesario realizar una diferenciación entre estrategias, estilos y recursos que permita puntualizar el fin de cada una de ellas.

Las estrategias de afrontamiento son más específicas, se llevan a cabo acciones concretas para modificar las condiciones del estresor, por ejemplo: relajarse, ver películas, buscar apoyo social, etc. Por su parte, los estilos de afrontamiento constituyen acciones más generales, son tendencias personales para llevar a cabo una u otra estrategia de afrontamiento.

Finalmente, los recursos de afrontamiento son características personales y sociales en las que se basa el individuo para hacer frente a los estresores.

Tomando a Lazarus & Folkman (citado por Salas & Lizama, 2009) como los precursores en el tema de afrontamiento, se entiende por estrategias de afrontamiento como “el intento cognitivo y afectivo de las personas por reconciliar la diferencia



percibida entre demandas de situaciones y la capacidad personal o competencia para enfrentarla”.

Es por eso que cada individuo posee estrategias, estilos y recursos para enfrentarse a los desafíos a los que está expuesto en su vida diaria; y de la manera de cómo los utilice dependerá si es capaz de enfrentar o no una determinada situación.

Si bien en esta investigación no nos detendremos a analizar los estilos de afrontamiento, sí haremos hincapié en las estrategias de afrontamiento. En relación a éstas, su delimitación conceptual es menos precisa que la de los estilos, ya que su definición ha estado generalmente ligada al desarrollo de los instrumentos de medida de las mismas.

Lazarus y Folkman (citado por Ávila, Jiménez & González, 1996) distinguen dos tipos de estrategias de afrontamiento:

- Estrategias orientadas al problema: basadas en la modificación de la situación hacia otra que no suponga una amenaza, a través de comportamientos cognitivos dirigidos a la situación estresante.
- Estrategias orientadas a la regulación emocional: orientadas a provocar un cambio de cómo es percibida y vivida la situación de estrés, regulando las reacciones emocionales negativas.

Carver (citado por Morán, Landero & González, 2010) desarrolla una clasificación en cuanto a las estrategias de afrontamiento, basándose en un cuestionario de afrontamiento (COPE-28) el cual desarrolla una evaluación de las diferentes formas de respuesta ante el estrés. Las estrategias nombradas en este instrumento son parte de nuestra investigación por lo que son importantes nombrarlas. Estas son:

1. Afrontamiento activo: Iniciar acciones directas, incrementar los propios esfuerzos eliminar o reducir al estresor.
2. Planificación: Pensar acerca de cómo afrontar al estresor. Planificar estrategias de acción, los pasos a dar y la dirección de los esfuerzos a realizar.
3. Apoyo instrumental: Procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes acerca de lo que debe hacer.
4. Uso de apoyo emocional: Conseguir apoyo emocional de simpatía y de comprensión.



5. Auto-distracción: Concentrarse en otros proyectos, intentando distraerse con otras actividades, para tratar de no concentrarse en el estresor.
6. Desahogo: Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
7. Desconexión conductual: Reducir los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere al estresor.
8. Reinterpretación positiva: Buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación.
9. Negación: Negar la realidad del suceso estresante.
10. Aceptación: Aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real.
11. Religión: La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas.
12. Uso de sustancias (alcohol, medicamentos): Significa tomar alcohol u otras sustancias con el fin sentirse bien o para ayudarse a soportar al estresor.
13. Humor: Hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burlas de la misma.
14. Auto-inculpación: Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.

METODOLOGÍA

Enfoque y alcance

El enfoque de investigación fue cuantitativo con un alcance exploratorio - descriptivo.

Población de estudio

Participaron todos los pacientes internados en la Comunidad Terapéutica Sed de Vida “CETVI” de la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay. La población estudiada forma



parte de un programa de rehabilitación en drogodependencia, estuvo integrada por 14 personas de sexo masculino con edades comprendidas entre los 19 y 70 años, con una media de 35, 57 años y una DT de 16, 33 años.

Instrumentos de medición

Las estrategias de afrontamiento fueron medidas por la *Escala de afrontamiento (COPE-28)*. El cuestionario consta de 28 ítems (Anexo 2.1) que se responde en una 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 “un poco” y 2 “bastante”. Los 28 ítems se agrupan en parejas dando como resultado 14 modos de afrontamiento. Todos los ítems son positivos. A mayor puntuación en cada modo de afrontamiento mayor utilización de esa estrategia. Las catorce estrategias están distribuidas de la siguiente manera:

Estrategia	Items
Afrontamiento activo (A)	2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy. 10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore.
Planificación (P)	6. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer. 26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.
Apoyo social emocional (E)	9. Consigo apoyo emocional de otros. 17. Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.
Apoyo social instrumental (S)	1. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer. 28. Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.
Religión (R)	16. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales. 20. Rezo o medito.



Reinterpretación positiva (RP)	14. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo. 18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.
Aceptación (Ac)	3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido. 21. Aprendo a vivir con ello.
Negación (N)	5. Me digo a mí mismo “esto no es real”. 13. Me niego a creer que haya sucedido.
Humor (H)	7. Hago bromas sobre ello. 19. Me río de la situación.
Autodistracción (Ad)	4. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente. 22. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.
Autoinculpación (Ai)	8. Me critico a mí mismo. 27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido.
Desconexión conductual (DC)	11. Renuncio a intentar ocuparme de ello. 25. Renuncio al intento de hacer frente al problema.
Desahogo emocional (D)	12. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables. 23. Expreso mis sentimientos negativos.
Uso de sustancias (US)	15. Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor. 24. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.



El estado de cambio fue medido a través de la *Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)*; se trata de un cuestionario de 32 ítems (Anexo 2.2) que tiene el propósito de evaluar el grado de intención, disposición o actitud en relación al cambio. Evalúa cuatro 4 subescalas que miden las fases del cambio: Precontemplación, Contemplación, Acción y Mantención. Las respuestas corresponden a una escala Likert: 1 (Totalmente en desacuerdo), 2 (Bastante en desacuerdo), 3 (Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo), 4 (Bastante de acuerdo) y 5 (Totalmente de acuerdo).

Los ítems se encuentran distribuidos de la siguiente manera:

Etapa de cambio	Ítems
Pre contemplación	1, 5,11, 13, 23, 26, 29, 31
Contemplación	2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24
Acción	3, 7, 10, 14, 17,20, 25, 30
Mantención	6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32

En el estudio “La Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA): Validez y Confiabilidad en drogodependientes” realizado en el año 2001 (Vallejos, Orbegoso & Capa) se reportó un Alpha de Cronbach de 0,7. En la presente investigación se encontró un Alpha de Cronbach de 0,707 con lo que se confirma la consistencia interna de la escala.

Para obtener las etapas de cambio se realiza la sumatoria de los ítems correspondientes a cada una de ellas, la cual da un resultado de las puntuaciones directas totales, con estas puntuaciones se ubica en el baremo de puntuaciones T con el puntaje más alto, el que indica la etapa de cambio en que se encuentra dichos sujetos. En caso de que las puntuaciones T sean iguales en diversos estadios se ubica al usuario en la etapa más avanzada.



Procedimiento

Se recolectó la información mediante la autoaplicación colectiva de la Escala de Afrontamiento COPE-28, la cual permitió obtener los resultados de las diferentes estrategias de afrontamiento utilizadas por los sujetos, tuvo una duración de 15 minutos aproximadamente. Luego de diez minutos se aplicó la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA), con una duración de 20 minutos, con la cual se determinó las etapas de cambio por la que atravesaban los participantes.

Una vez aplicados los instrumentos y recolectada la información, se calificó manualmente cada instrumento. Con la información obtenida se construyó una matriz de datos que fueron procesados mediante el programa SPSS versión 20.0 y editados mediante Excel.

Las herramientas estadísticas utilizadas fueron: tablas de frecuencia absoluta, tablas de tabulación cruzada, coeficiente de consistencia interna y gráficos atendiendo al nivel de medición.

Resultados

- Objetivo específico 1: Diagnosticar las estrategias de afrontamiento predominantes en cada sujeto. La Tabla 1 resume los datos obtenidos con la escala de afrontamiento, así el sujeto NN2 de 30 años utiliza la Autodistracción, como estrategia de afrontamiento predominante.

Tabla 1

Estrategias de Afrontamiento por sujeto

Sujeto	Edad	ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO											Total Est. A		
		A	P	E	S	R	RP	Ac	H	Ad	Ai	D		US	
NN1	68		x	x		x	x	x							5
NN2	30									X					1
NN3	19	x				x									2
NN4	41		x			x									2



NN5	32	x			x	x							3
NN6	25	x			x	x							3
NN7	21											x	1
NN8	54									x			1
NN9	26			x									1
NN10	60								x				2
NN11	19					x							1
NN12	29					x							1
NN13	51	x	x			x		x		X			5
NN14	23	x											1
Total Frecuencias		5	3	2	2	7	2	2	1	2	1	1	1

En la Tabla 1, el total filas: **Total estrategias afrontamiento**, indica el número/s de estrategias que utiliza cada sujeto. De los catorce participantes, dos utilizan cinco, la mayoría utilizan entre una y tres estrategias. El total columnas: **Total frecuencias**, muestra la frecuencia con la que cada estrategia de afrontamiento es utilizada por los sujetos. Por ejemplo: cinco de los catorce pacientes usan la estrategia de Afrontamiento activo (A). Es importante destacar que en este estudio ningún participante emplea estrategias de afrontamiento de Negación y Desconexión Conductual.

- Objetivo específico 2: Examinar las etapas de cambio en las que se encuentra cada sujeto.

Tabla 2

Etapas del Cambio

Sujeto	Edad	Puntuación T				ETAPA CAMBIO
		PC	C	A	M	
NN1	68	50	45	60	45	Acción
NN2	30	70	50	60	50	Precontemplación
NN3	19	55	40	60	50	Acción
NN4	41	90	35	55	50	Precontemplación
NN5	32	60	55	65	45	Acción
NN6	25	50	50	70	55	Acción



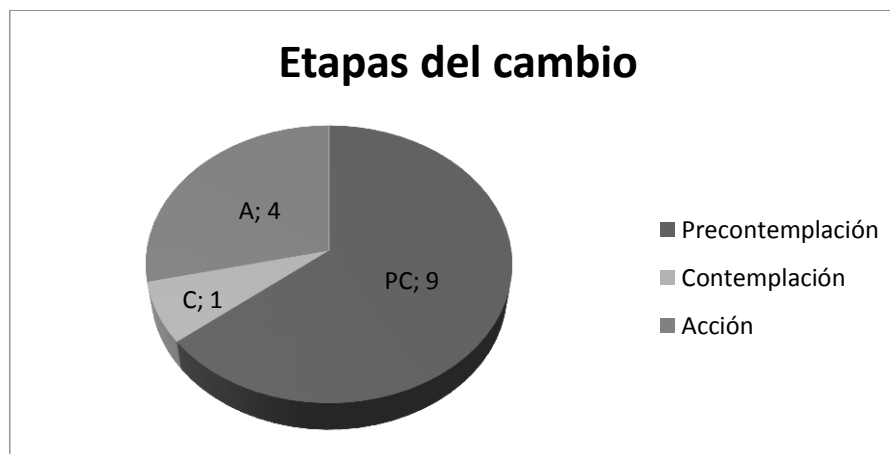
NN7	21	80	30	45	40	Precontemplación
NN8	54	85	45	55	50	Precontemplación
NN9	26	70	40	50	45	Precontemplación
NN10	60	95	50	55	55	Precontemplación
NN11	19	50	60	55	45	Contemplación
NN12	29	70	20	45	35	Precontemplación
NN13	51	70	45	60	55	Precontemplación
NN14	23	65	50	60	50	Precontemplación

A partir del baremo de la escala de etapas de cambio, se calcularon los puntajes T correspondientes, a partir de estos datos se elaboró la Tabla 2, en la que se distingue la etapa de cambio por la que atraviesa cada paciente. Los resultados finales señalan que ningún usuario se encuentra en la etapa de mantención, ya que corresponde a seis meses después de dejar el consumo.

Los valores de la tabla permiten percibir que la etapa de cambio no se relaciona con la edad de los participantes del estudio.

De los catorce participantes, nueve atraviesan la etapa de Precontemplación, una persona la de Contemplación y cuatro la de Acción.

Gráfico 1



*Fuente base de datos. Etapas de cambio
Elaborado por E. Criollo & M. Guerrero*

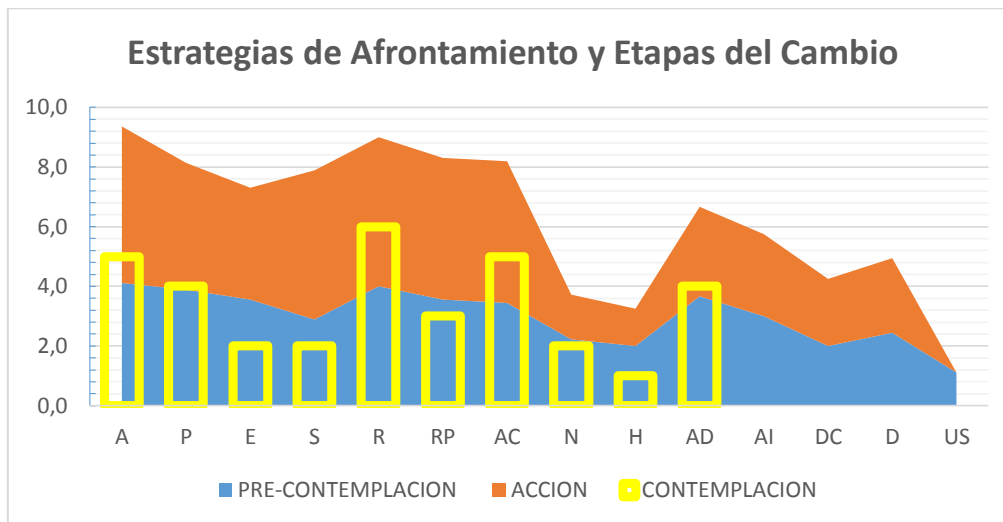


- Objetivo específico 3: Determinar la estrategia de afrontamiento más utilizada por los sujetos en las tres primeras etapas del cambio (Precontemplación, Contemplación y Acción).

Se realizó el análisis bivariado entre: Estrategias de afrontamiento y etapas de cambio, los resultados se ilustran en la Figura 1.

En las etapas del cambio tanto en Precontemplación como en Acción, la estrategia de afrontamiento más utilizada es el Afrontamiento activo, seguida de la Religión. Por su parte, en la etapa de Contemplación la estrategia más utilizada es la Religión.

Figura 1



Fuente

base de datos. Estrategias de afrontamiento utilizadas en cada etapa del cambio.

Elaborado por E. Criollo & M. Guerrero

También se agruparon las estrategias de afrontamiento por su número distinguiéndose dos grupos: quienes emplean una sola estrategia y quienes emplean dos o más; a partir de este criterio se realizó el análisis bivariado con las etapas de cambio.



Tabla 3

Relación número de estrategias y etapa de cambio

Nueva etapa del cambio	Nuevo número de estrategias				Total	
	Estrategia única		Estrategias múltiples			
	N	%	N	%	N	%
Antes de la acción	7	100	3	43	10	71
Acción	0	0	4	57	4	29
Total	7	100	7	100	14	100

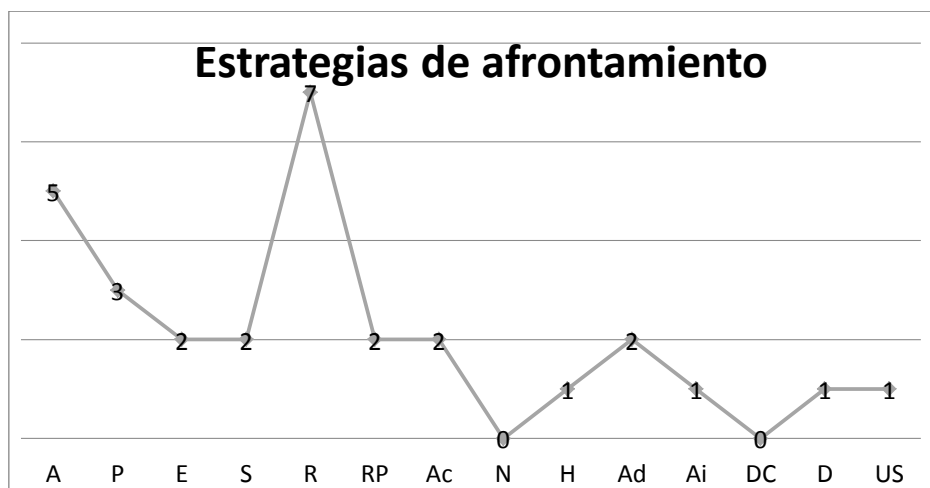
$X^2 = 3,150$ (corrección de continuidad) con $p = 0,076$

Por lo tanto no existe diferencia significativa entre el número de estrategias de afrontamiento utilizadas y la etapa de cambio por la que atraviesa el paciente.

- Objetivo general: Identificar las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los sujetos drogodependientes en rehabilitación.

En base a los resultados obtenidos, se pudo determinar que son tres las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los pacientes de la Comunidad Terapéutica Sed de Vida “CETVI” de la ciudad de Cuenca son: religión, afrontamiento activo y planificación. Además ni el tipo de las estrategias de afrontamiento utilizadas, ni su número ($X^2 = 3,150$; $p = 0,076$) dependen de las etapas de cambio por las que atraviesan los mencionados pacientes.

Figura 2





*Fuente base de datos. Estrategias de afrontamiento más utilizadas.
Elaborado por E. Criollo & M. Guerrero*

En consecuencia se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula.

Hi: En cada etapa de cambio el sujeto en proceso de rehabilitación utilizará una diferente estrategia de afrontamiento.

Ho: En cada etapa de cambio el sujeto en proceso de rehabilitación no utilizará diferentes estrategias de afrontamiento.

DISCUSIÓN

Uno de los aspectos fundamentales en la presente investigación radica en conocer las estrategias de afrontamiento utilizadas por los sujetos drogodependientes con respecto al proceso de rehabilitación, tomando en cuenta las diferentes etapas de cambio por las que atraviesa los policonsumidores. Cabe destacar que al momento de iniciar la investigación no existían instrumentos suficientes para evaluar las etapas de cambio en el ámbito de las adicciones, encontrando así únicamente la “Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island- URICA” desarrollado por Prochaska y DiClemente en el año de 1984. En cuanto a las estrategias de afrontamiento existen diversos instrumentos que permiten su medición, utilizando en nuestra investigación la Escala de Afrontamiento COPE-28 desarrollado por Carver en el año de 1997.

En nuestra investigación la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island-URICA presenta índices del Alpha de Cronbach de 0,707, que supera el valor crítico de 0,70 considerado como indicador de una buena confiabilidad para los instrumentos de medición psicológica. Cabe indicar que en el estudio “La Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA): Validez y Confiabilidad en drogodependientes” realizado en el año 2001 (Vallejos, Orbegoso & Capa) se reportó un Alpha de Cronbach de 0,7 con lo que se confirma la consistencia interna de la escala en ambos estudios.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento más utilizadas por la población de estudio se encontró que la que predominó fue la estrategia de Religión, resultado que de igual manera es arrojado en el estudio “Estrategias de afrontamiento en farmacodependientes en edades entre los 18 a los 34 años, después de la primera etapa de la reinserción social



de la Fundación la Luz en Medellín” (Alzate & Bermúdez, 2009), ya que indicó ser una de las estrategias más utilizadas por dicha muestra. Esto quiere decir que los sujetos tienen estrategias cognitivo-comportamentales que se expresan a través del rezo y la oración, los cuales están enfocados a tolerar, a solucionar problemas o a soportar las mismas emociones que se generan ante el problema. Posteriormente a la estrategia de religión, las más utilizadas fueron afrontamiento activo y planificación. Los resultados obtenidos no reportaron la utilización de estrategias de negación y desconexión conductual, pudiendo estar relacionadas con poco o nada de esfuerzo hacia el cambio de la conducta adictiva.

En cuanto a las etapas de cambio (Precontemplación, Contemplación y Acción), el resultado arrojó que en la etapa de Precontemplación se hallaban 9 del total de 14 participantes. Por lo que los sujetos en esta etapa no ven la existencia de su problema e invierten poco tiempo y energía en lograr un cambio de su conducta, cuando acuden a tratamiento lo hacen bajo presión. En esta investigación se establece que las variables estrategias de afrontamiento y etapas de cambio no se relacionan entre sí, también se observó que no hay dependencia entre el número de estrategias utilizadas y la edad con la etapa de cambio en la que se encuentra la población de estudio.

De acuerdo a la hipótesis de investigación planteada (Hi): En cada etapa de cambio el sujeto en proceso de rehabilitación utilizará una diferente estrategia de afrontamiento; se comprobó que los usuarios pueden utilizar diferentes, similares, una o varias estrategias de afrontamiento, las mismas que no van a depender de la etapa de cambio, por lo que se rechaza dicha hipótesis y se acepta la hipótesis nula (Ho): En cada etapa de cambio el sujeto en proceso de rehabilitación no utilizará diferentes estrategias de afrontamiento. Aunque no existen muchos estudios relacionados con nuestro tema de investigación, es un buen aporte que puede guiar a posteriores investigaciones en el ámbito de la salud.



CONCLUSIONES

Se identificaron claramente cuáles fueron las estrategias de afrontamiento más utilizadas en los varones drogodependientes en proceso de rehabilitación en edades entre los 19 a los 70 años de la Comunidad Terapéutica Sed de Vida (CETVI).

Las estrategias de afrontamiento han demostrado ser efectivas en el manejo de pacientes, predominantemente en problemas relacionados con las adicciones a sustancias psicoactivas, así es un factor predisponente en mejorar el pronóstico para estas personas de tan difícil manejo. Su enfoque centrado en el paciente rescata elementos psicoterapéuticos esenciales en cualquier intervención, ya que su propósito es que los sujetos lleguen a utilizar estrategias que les permitan afrontar de manera adecuada su problemática frente a las adicciones, es así que constituyen una herramienta efectiva en el proceso de rehabilitación.

En nuestra investigación se determinó que la estrategia más utilizada por los participantes fue la religión obteniendo un mayor puntaje en relación con las demás. La utilización de esta estrategia podría estar relacionada con la cultura en la que se desenvuelven, ya que está enmarcada en una ética profunda, de valores trascendentales, por sus prácticas y sus formas de pensamiento que hace que sea percibida como una cultura tradicionalmente religiosa.

No se encontró relación con las etapas de cambio por las que atraviesan los sujetos en el proceso de rehabilitación.

Finalmente, en nuestra investigación la población de estudio tiene un mínimo de participantes, por lo que los resultados obtenidos no pueden ser generalizados para todos los participantes y por la misma razón no se pudo realizar análisis porcentuales. Sin embargo, cabe resaltar que los resultados obtenidos son de gran importancia para la comunidad realizada, tanto para los profesionales de la salud como para los sujetos de estudio, ya que como se mencionó anteriormente la mayoría de los participantes se encuentran en la primera etapa de cambio: Pre-contemplación, siendo así un dato relevante para el programa de tratamiento.

Recomendamos que para futuras investigaciones la muestra de estudio sea más representativa para que de esta manera los resultados puedan servir a diversos



programas de prevención, tratamiento e intervención en el ámbito de las adicciones en nuestro contexto.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alzate, L. & Bermúdez, N. (2009). Estrategias de afrontamiento en farmacodependientes en edades entre los 18 a los 34 años, después de la primera etapa de la reinserción social de la Fundación la Luz en Medellín. Universidad de San Buena Ventura, Medellín, Antioquia, Colombia.
- Ávila, A., Jiménez, F., & González, M. (1996). “Aproximación psicométrica a los patrones de personalidad y estilos de afrontamiento del estrés en la adolescencia: perspectivas conceptuales y técnicas de evaluación”. Barcelona. Evaluación Psicológica en el campo de la salud.
- Barrionuevo, J. (2013). Adicciones; drogadicción y alcoholismo en la adolescencia. Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Becoña, E., & Cortes, M. (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Valencia-España. Recuperado de file:///C:/Users/usuario1/Desktop/ES03_GuiaClinicaIntPsicologica.pdf
- Becoña, E., & Cortés, M. (2010). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Valencia-España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ManualAdiccionesPires.pdf> 24-02-15.
- Caballero, F. et al. (2004). *Las drogas: Educación y prevención*. Madrid- España: Editorial cultural. S.A.
- Carlín, M & Garces, E. (2010, 01 ,26). El síndrome de Burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de Psicología*. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/20-26_1.pdf.



Del Moral, M & Fernández, P. (2009). *Drogodependencias (1-20)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Esparza, O., Carrillo, I., Quiñones, J., Del Castillo, A., Guzmán, R., Ochoa, S., Gurrola, G., Balcázar, P., Villarreal, M., & Sánchez, J. (2013). Cuestionario de ejercicio basado en el Modelo Transteórico de la conducta en una muestra mexicana. *México. Enseñanza e Investigación en Psicología*, vol. 18, núm. 1, enero-junio, 2013, pp. 124-141. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nv1e_preencion.pdf.

Fernández, M. (2009). Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional. Universidad de León, España.

Gunaratne, V. (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)*. Recuperado de <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>

Lizarbe, V., Villar, M & Astorga, M. (2008). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones Pº del Prado. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

López, J. (1995). *Manual Diagnostico y Estádisco de los Trastornos Mentales (DSM – IV)*. Recuperado de <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>

López, J. (2000). *DSM-IV-TR Breviario -Criterios Diagnósticos. (99-106)*. España: Masson, S.A.



Manso, M., Martínez, A. Osua, C., Retegi, A., Suárez, S. (2014). Estrés y Estrategias de Afrontamiento. Recuperado de http://www.sc.ehu.es/ptwpefej/docencia/asesoramiento%20psicologico/trabajos/4_estres_estrategias_afrontamiento.pdf

Morán, C., Landero, R. & González, M. (2010, 15 de enero). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. Scielo. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v9n2/v9n2a20.pdf>

Oblitas, L. (2010). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Cengage Learning Editores, S.A. de C.V.

Organización Mundial de la Salud. (1964). *Evaluación de las Drogas que causan Dependencia*. (287). Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_287_spa.pdf

Salas, G & Lizama, E. (2009). Historia de la Psicología. *Scielo*. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012005342012000300016&script=sci_arttext

Sandín, B. (2003, 01,01). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Redalyc*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33730109>

Segura, A. (2003). La drogodependencia en la población infantil: un factor de desequilibrio socio-familiar. Instituto de altos estudios nacionales. Ecuador.

Tavera, S., & Martínez, M. (2008). Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida. Guía para el promotor de “Nueva Vida”. Recuperado de www.conadic.gob.mx



Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud*. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V.

Vallejos, R., Orbegoso, C., & Capa, W. (2001). Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA): Validez y Confiabilidad en Drogodependientes. *Revista de Psicología*, 52-59. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev_psicologia_cv/v09_2007/pdf/a05.pdf



ANEXOS

INSTRUMENTOS

**ESCALA DE EVALUACION DEL CAMBIO,
UNIVERSIDAD DE RHODE ISLAND (URICA)**

Nombre:

Edad:

Fecha:

Instrucciones: Cada una de las siguientes frases describe cómo podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento y aborda algún problema en su vida. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases. En cada caso, responde en función de cómo te sientes ahora mismo, y no en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte. Recuerda que siempre que aparezca la palabra *problema* se refiere a tu *problema con las drogas*.

	Totalmente en Desacuerdo (1)	Bastante en Desacuerdo o (2)	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo (3)	Bastante de acuerdo (4)	Totalmente de Acuerdo (5)
1. Que yo sepa no tengo problemas que necesite cambiar.					
2. Creo que podría estar preparado para mejorar algo en mí.					
3. Estoy haciendo algo respecto a los problemas que han estado molestándome.					
4. Puede que valga la pena que trabaje para solucionar mi problema.					
5. No tengo ningún problema. No tiene sentido que yo esté aquí.					
6. Me preocupa que yo pueda recaer en un problema que ya he cambiado, de modo que estoy aquí para buscar ayuda.					
7. Por fin estoy haciendo algo para resolver mi problema.					
8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo.					
9. He tenido éxito en el trabajo con mi problema, pero no estoy seguro que pueda mantener el esfuerzo yo solo.					
10. A veces mi problema es difícil pero estoy trabajando para resolverlo.					

(Continúa en la siguiente página)



	Totalmente en Desacuerdo (1)	Bastante en Desacuerdo (2)	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo (3)	Bastante de acuerdo (4)	Totalmente de Acuerdo (5)
11. Estar aquí es una pérdida de tiempo, porque el problema del cual se está hablando no tiene nada que ver conmigo.					
12. Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor.					
13. Imagino que tengo defectos, pero no hay nada que realmente necesite cambiar.					
14. Realmente estoy esforzándome mucho para cambiar.					
15. Tengo un problema y realmente pienso que debería darle una solución.					
16. No he perseverado como yo creía en lo que ya había cambiado, y hoy estoy aquí para prevenir una recaída del problema.					
17. Aunque no he tenido éxito en lograr cambios, al menos estoy trabajando para resolver mi problema.					
18. Pensaba que una vez que resolvería mi problema me sentiría liberado, pero a veces me encuentro presionado por él.					
19. Me gustaría tener más ideas respecto a cómo resolver mi problema.					
20. He comenzado a enfrentar mis problemas, pero me gustaría recibir ayuda.					
21. Quizá en este lugar puedan ayudarme.					
22. Actualmente puedo necesitar ayuda para mantener los cambios que ya he logrado.					
23. Puede que yo sea parte del problema, pero realmente no creo que sea así.					
24. Espero que alguien de aquí me pueda entregar buenos consejos.					
25. Todo el mundo puede hablar acerca de cambiar; yo realmente estoy haciendo algo para cambiar.					

	Totalmente en Desacuerdo (1)	Bastante en Desacuerdo (2)	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo (3)	Bastante de acuerdo (4)	Totalmente de Acuerdo (5)
26. Toda esta charla					



psicológica es aburrida. ¿Por qué las personas simplemente no olvidan sus problemas?					
27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad que yo pueda recaer en mi problema.					
28. Es frustrante, pero siento que pudiera tener una reaparición del problema que pensaba que ya había resuelto.					
29. Tengo tantos problemas como cualquier persona. ¿Por qué malgastar el tiempo pensando en ellos?					
30. Estoy trabajando activamente en mi problema.					
31. Me gustaría asumir mis defectos, más que intentar cambiarlos.					
32. Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, éste vuelve a aparecer y eso me preocupa.					

(Anote sobre la línea la puntuación de la elección del usuario para cada ítem).

Precontemplación (PC)	Contemplación (C)	Acción (A)	Mantención (M)
1 _____	2 _____	3 _____	6 _____
5 _____	4 (se omite)	7 _____	9 (se omite)
11 _____	8 _____	10 _____	16 _____
13 _____	12 _____	14 _____	18 _____
23 _____	15 _____	17 _____	22 _____
26 _____	19 _____	20 (se omite)	27 _____
29 _____	21 _____	25 _____	28 _____
31 (se omite)	24 _____	30 _____	32 _____
Total:	Total:	Total:	Total:

ESCALA DE AFRONTAMIENTO: COPE-28

Nombre:

Edad:

Fecha:



INSTRUCCIONES. 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. **Pon 0, 1, 2 ó 3 en el espacio dejado al principio, es decir, el número que mejor refleje tu propia forma de enfrentarte a ello, al problema.** Gracias.

0 = No, en absoluto 1 = Un poco 2 = Bastante 3 = Mucho

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 otra gente.
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 televisión.
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.