

# UNIVERSIDAD DE CUENCA



## FACULTAD DE PSICOLOGÍA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

### “ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES EN PROCESO DE REHABILITACIÓN”

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

#### **AUTORAS:**

Ingrid Dayanne Añezco Lambert

C.I. 0105876171

Michelle Paulina Espinoza Pauta.

C.I.0104651765

#### **DIRECTORA:**

Mst. Eva Karina Peña Contreras

C.I. 0103553251

**CUENCA - ECUADOR**

**2017**



## RESUMEN

El creciente índice de consumo de drogas en Ecuador, se ha convertido en una problemática de salud pública, es por ello que en la actualidad se desarrollan programas estatales y municipales alrededor del país para implementar más centros que brinden un tratamiento adecuado a esta población. El presente estudio fue desarrollado con un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental de tipo transversal descriptivo. Se analizaron las estrategias de afrontamiento y autoeficacia en pacientes drogodependientes en proceso de rehabilitación del centro “Proyecto Esperanza”, estas variables fueron vinculadas con la edad y el número de reincidencias en el consumo de los usuarios. Los instrumentos aplicados fueron la escala “Modos de afrontamiento” de Lazarus y Folkman, así como la escala de “Autoeficacia generalizada”. Se concluyó que las estrategias más utilizadas por los usuarios del centro fue la estrategia de autocontrol, seguida por la de huida y evitación. En cuanto la autoeficacia se concluye que los usuarios con más reincidencias en el consumo, tienden a disminuir su nivel de autoeficacia.

**PALABRAS CLAVE:** Estrategias de afrontamiento, autoeficacia, drogodependencia, consumo de sustancias.



## ABSTRACT

The growing rate of drug use in Ecuador has become a public health problem. Currently, state and municipal programs are being carried out in the country in order to establish more centers which will provide an adequate treatment in this population. The present study was developed with a quantitative approach, with a non - experimental design of descriptive cross - sectional type. Coping strategies and self-efficacy were analyzed in drug-dependent patients in the process of rehabilitation of the "Esperanza Project" center. These variables were related to age and number of relapses in users' consumption. The instruments which were applied were the "Coping Modes" scale of Lazarus and Folkman, as well as the scale of "Generalized self-efficacy". It was concluded that the strategies that are mostly used by the users/patients of the center were: the strategy of self-control, followed by the strategy of escape and avoidance. As for self-efficacy, it is concluded that users with more relapses in consumption tend to decrease their level of self-efficacy.

**KEY WORDS:** Coping strategies, self-efficacy, drug dependence, substance use.



## INDICE

|  |           |
|--|-----------|
| RESUMEN .....  | 2         |
| ABSTRACT.....  | 3         |
| CESIÓN DE DERECHOS.....  | 5         |
| RESPONSABILIDAD DE AUTOR .....   | 5         |
| FUNDAMENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....   | 9         |
| <b>Grafica 1 MODELO PSICOLOGICO DEL ESTRES .....</b>   | <b>13</b> |
| METODOLOGÍA .....  | 17        |
| <b>Pregunta de investigación.....</b>  | <b>17</b> |
| <b>¿Cuál es la estrategia de afrontamiento más utilizada en pacientes drogodependientes? .....</b> | <b>17</b> |
| <b>Objetivos:.....</b>   | <b>17</b> |
| <b>Enfoque y tipo de investigación .....</b>   | <b>17</b> |
| <b>Participantes.....</b>  | <b>17</b> |
| <b>Criterios de inclusión.....</b>   | <b>18</b> |
| <b>Criterios de exclusión .....</b>  | <b>18</b> |
| <b>Instrumentos.....</b>   | <b>18</b> |
| <b>Procedimiento.....</b>  | <b>20</b> |
| <b>Procesamiento de datos .....</b>  | <b>21</b> |
| <b>Aspectos éticos.....</b>  | <b>21</b> |
| RESULTADOS .....   | 22        |
| <b>Grafica 2 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....</b>   | <b>22</b> |
| <b>Tabla 1 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO E INTERNAMIENTOS .....</b>                                 | <b>24</b> |
| <b>Tabla 2 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y EDAD .....</b>   | <b>25</b> |
| <b>Tabla 3 AUTOEFICACIA Y RELACIÓN CON NUMERO DE INTERNAMIENTOS .....</b>                          | <b>26</b> |
| <b>Tabla 4 DATOS RELACIONADOS CON LA FICHA SOCIODEMOGRAFICA. ....</b>                              | <b>27</b> |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....  | 28        |
| Bibliografía .....   | 30        |



---

## CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Michelle Paulina Espinoza Pauta en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación, “Estrategias de afrontamiento en pacientes drogodependientes en proceso de rehabilitación” de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 8 de noviembre del 2017.

Michelle Paulina Espinoza Pauta

C.I: 0104651765



---

**CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN EN  
EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

Ingrid Dayanne Añazco Lambert en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “Estrategias de afrontamiento en pacientes drogodependientes en proceso de rehabilitación”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 8 de noviembre del 2017.



Ingrid Dayanne Añazco Lambert

C.I: 0105876171



## Cláusula de Propiedad Intelectual

---

Michelle Paulina Espinoza Pauta autora del trabajo de titulación “Estrategias de afrontamiento en pacientes drogodependientes en proceso de rehabilitación”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autoras.

Cuenca, 8 de noviembre del 2017.

---

Michelle Paulina Espinoza Pauta

C.I: 0104651765



## Cláusula de Propiedad Intelectual

---

Ingrid Dayanne Añezco Lambert autora del trabajo de titulación “Estrategias de afrontamiento en pacientes drogodependientes en proceso de rehabilitación”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autoras.

Cuenca, 8 de noviembre del 2017.

Ingrid Añezco Lambert.

Ingrid Dayanne Añezco Lambert

C.I: 0105876171





## FUNDAMENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El consumo de drogas es una problemática que afecta a la sociedad a nivel global, según el informe mundial sobre las drogas realizado en el 2016 por la Organización de las Naciones Unidas, calculó que más de 29 millones de personas que consumen drogas en el mundo, sufren trastornos relacionados con ellas, sin embargo solo 1 de cada 6 recibe el tratamiento necesario, así mismo el número de muertes relacionadas con las drogas es de 207.400 personas a nivel mundial (UNODC, 2016). Del mismo modo, en el Ecuador el 4to. Estudio nacional sobre el consumo de drogas realizado por el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes arrojó los siguientes resultados: el 8.5% de la población estudiada declaró que, existe en su familia alguna persona que ha muerto por el consumo de drogas, el 8.1% declaró que en su familia hay al menos una persona que ha sufrido un accidente como consecuencia del consumo de drogas (CONSEP, 2014).

Como es visible, los daños asociados al consumo de drogas son significativos en el país y en el mundo, pues este fenómeno no solo afecta al sujeto que las consume, si no que repercute en todo su entorno, es por esto que como estudiantes y futuros profesionales en el área de la salud nos compete aportar con programas de prevención y programas de tratamiento eficaces sobre dicha problemática, con la finalidad de promover una adecuada salud mental en la sociedad ecuatoriana.

La organización Mundial de la Salud definió en 1969, el termino droga como “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede alterar una o varias de sus funciones” (OMS, 1992). Esta definición es similar a la de fármaco cuya finalidad es la utilización médica para tratar enfermedades, es por ello que más tarde en 1982 dicha organización haría la diferenciación de términos, definiendo droga de abuso como aquella de uso no médico con efectos psicoactivos, es decir una sustancia capaz de provocar cambios en la percepción, el estado de ánimo, el comportamiento y la conciencia del individuo consumidor (Del Moral, Fernández, Ladero, & Lizasoain, 1998).

Existen diversas formas en las que un individuo puede consumir sustancias psicoactivas, siguiendo a Del Moral, Fernández, Ladero, & Lizasoain (1998) encontramos la siguiente subdivisión; el uso: indica el consumo aislado, ocasional y/o episódico de una sustancia, sin generar daños significativos, el hábito: sería la costumbre repetida de consumir una sustancia por la adaptación a sus efectos, existe, por tanto, un deseo del producto, pero nunca se vivencia de manera imperiosa ni se padecen trastornos físicos o psicológicos cuando no se consigue la sustancia, el abuso: se define como el uso inadecuado de una sustancia o



varias sustancias psicoactivas por su cantidad, frecuencia y finalidad, el mismo provocaría daños en la salud física, psicológica y el bienestar social del individuo. Muchos consumidores pueden mantener un patrón de abuso durante largo o corto plazo, siendo el siguiente paso evolutivo la dependencia a una o varias sustancias psicoactivas.

Así en 1992, la OMS definiría a la drogodependencia como un síndrome, en el que se da un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas, caracterizado por un esquema de comportamiento que establece una gran prioridad a la conducta de consumo de una o varias sustancias psicoactivas, ante otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes y declaran así los siguientes criterios diagnósticos para su valoración:

A) 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 de la sustancia, al iniciar o terminar el mismo.
3. Síntomas somáticos del síndrome de abstinencia, cuando se reduzca o cese el consumo.
4. Tolerancia, es decir el aumento progresivo de la dosis.
5. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, remplazados por el consumo o por la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Persistencia en el consumo, a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales (OMS, 1992).

De la misma forma, la Asociación Psiquiátrica Americana APA (2014) menciona que "la característica esencial del trastorno por consumo de sustancias es la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indica que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los síntomas significativos relacionados con la sustancia" (p.483). Es decir, existe un patrón de comportamiento repetitivo de consumo que persiste a pesar de las afecciones biopsicosociales del individuo y se estipulan en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), los siguientes criterios diagnósticos para el trastorno mental y del comportamiento por consumo de sustancias son:

Patrón problemático de consumo de la sustancia que provoca un malestar clínicamente significativo y que se manifiesta por dos o más de los siguientes hechos:



1. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
3. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
4. Ansias o un poderoso deseo de consumir la sustancia.
5. Consumo recurrente que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el hogar, trabajo o escuela.
6. Consumo continuado a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales recurrentes.
7. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo.
8. Consumo de la sustancia en situaciones que implican un riesgo físico.
9. Se continúa consumiendo a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.
10. Tolerancia: Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir el efecto deseado.
11. Abstinencia: es característico para cada sustancia, se consume la sustancia para aliviar los síntomas de la abstinencia (APA, 2014).

En la actualidad los centros o comunidades terapéuticas que brindan tratamiento para los trastornos por consumo de sustancias en el Ecuador, son regulados por el Ministerio de Salud Pública, el cual provee reglamentos para el manejo de los mismos y protocolos para un adecuado desarrollo del proceso psicoterapéutico, dicho protocolo se denomina: “Atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas 2015” en el cual se recomienda un abordaje científico con distintos enfoques psicoterapéuticos como el enfoque psicodinámico, sistémico-familiar, humanista y cognitivo conductual. Dentro de este último enfoque se abordarían temáticas de manera trascendental, como el entrenamiento en habilidades sociales y los estilos de afrontamiento, así proponen que mejorando sus estrategias cognitivas y conductuales los usuarios podrían afrontar situaciones de alto riesgo que pueden resultar en un desencadenante al consumo y lograr un mayor autocontrol de las mismas. De este modo los objetivos principales dentro del proceso de rehabilitación, serían:



el rechazo del consumo, desarrollar habilidades de escucha y conversación, entrenarse en solución de problemas, expresión de emociones y entrenamiento en asertividad (MSP, 2017).

Para un entendimiento más significativo de la conducta de consumo y el pensamiento adictivo, es necesario conocer como dicha población gestiona sus procesos cognitivos, tales como el razonamiento, la toma de decisiones, el control de impulsos, el afrontamiento y la formación de conceptos (Twerski, 2002). Varios autores señalan la relación existente entre el estrés y el desarrollo de la drogodependencia. Manzano (2012) afirma que: “Ciertas personas consumen drogas con el objetivo de mejorar sus estrategias de afrontamientos ante ciertas situaciones amenazantes y/o para reducir estados emocionales aversivos inducidos por las mismas” (p.11). De manera que los individuos consumirían sustancias para atenuar los efectos del estrés en sus vidas, entre las experiencias o factores estresores más relacionados con la conducta de consumo destacan; los conflictos familiares, el maltrato, el fracaso escolar, los problemas laborales, los cambios en las condiciones de vida, la muerte de un ser querido, experiencias traumáticas relacionadas con catástrofes naturales o conflictos bélicos (Manzano, 2012).

Siendo el estrés un factor relevante en el desarrollo de la patología de drogodependencia, nos compete entender cómo el individuo genera estrategias o recursos para afrontar situaciones estresantes, ya que del manejo adecuado de las mismas podrían ser un factor importante para disminuir los niveles de consumo y dependencia a las sustancias (Pedrero Pérez, Rojo Mota, & Puerta García, 2008).

Entre las distintas acepciones del estrés, encontramos la perspectiva cognitiva, que concibe al estrés como un proceso de transacción entre el medio y el individuo, mediado por variables cognitivo-conductuales del individuo y estímulos estresores que provienen del medio ambiente (Martín & Grau, 2007). En este modelo se resalta la importancia de las estrategias de afrontamiento al estrés, las mismas que se definen como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, los cuales se desarrollan para el manejo de demandas internas o externas, previamente evaluadas como excedentes a los recursos o estrategias de afrontamiento que posee el individuo (Lazarus & Folkman, 1984).

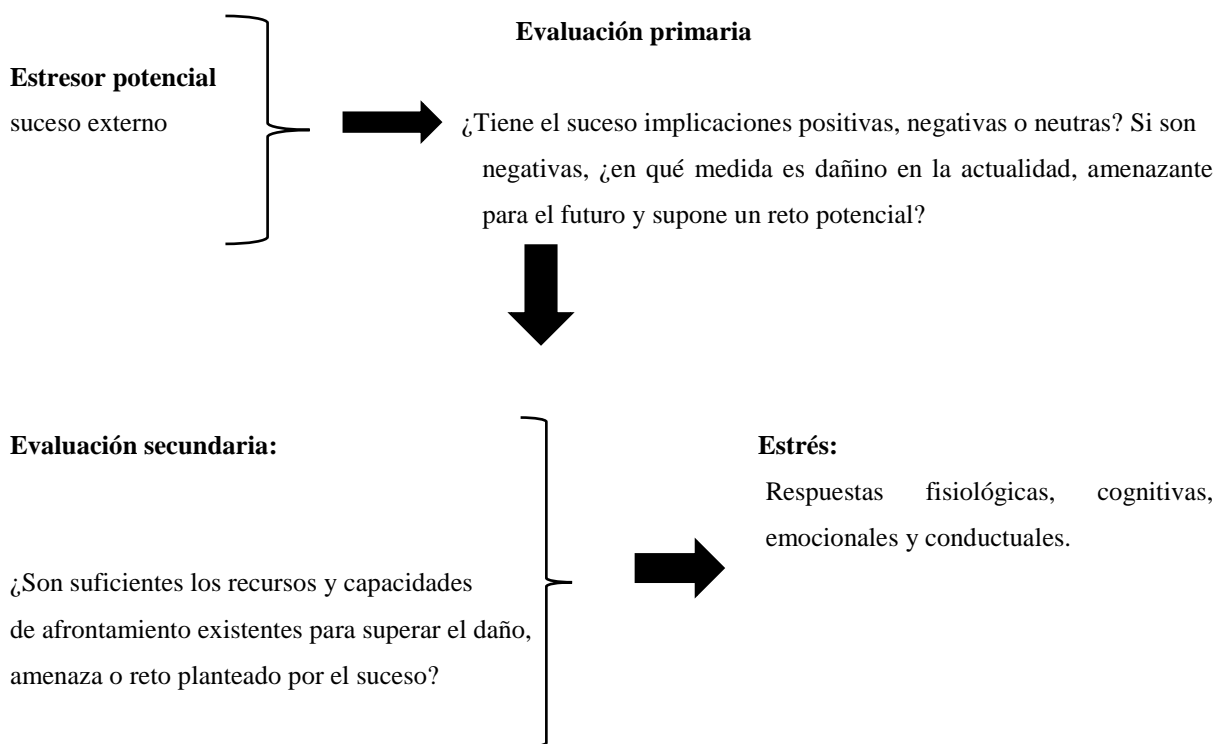
Lazarus y Folkman (1984), proponen un modelo transaccional en el que las cogniciones constituyen un importante mediador entre los estímulos estresores y la respuesta generada por el individuo. Dentro de este modelo se considera fundamental el proceso de valoración, que esta subdividido en primaria y secundaria. La valoración primaria hace referencia al proceso de percibir una situación como: a) irrelevante: cuando las demandas del entorno no generan implicaciones para la persona, b) benigno-positiva: cuando se evalúan las demandas del medio como favorables para mantener el bienestar personal, c) estresante: las cuales pueden ser de amenaza, perdida y desafío. Mientras que la valoración secundaria es el proceso de elaboración mental de una respuesta a la amenaza, de esta manera el individuo generaría respuestas de afrontamiento acorde con la valoración de las mismas, cabe recalcar que en el proceso de valoración intervienen factores como la historia de vida y el aprendizaje con experiencias anteriores, además de ello en la valoración primaria el individuo determinara la capacidad de control que posee sobre una situación de estrés lo que determinará la respuesta ulterior.

### Grafica 1 MODELO PSICOLOGICO DEL ESTRES

---

Modelo psicológico del estrés según Vázquez, Crespo, & Ring (2000):

---





Folkman, Lazarus, Dunke, & Cools (1989) ponen dos tipos generales de estrategias de afrontamiento, en primer lugar, están las estrategias de resolución de problemas: aquellas dirigidas directamente a manejar o alterar el problema que está causando el malestar, dentro de esta dimensión, los autores incluyen las siguientes subcategorías de afrontamientos: 1) Confrontación: se describe acciones directas, agresivas y potencialmente riesgosas para solucionar una situación. 2) Planificación: describe los esfuerzos analíticos centrados en la resolución del problema. Por otra parte, están las estrategias de regulación emocional que son métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema, entre ellos tenemos las siguientes subcategorías: 3) Distanciamiento: son esfuerzos para separarse de la situación, apartándose de la misma. 4) Auto-control: aquellos esfuerzos para regular las propias emociones y acciones. 5) Aceptación de la responsabilidad: reconocimiento de la propia función desempeñada en el desarrollo del problema. 6) Huida - evitación: empleo de pensamiento improductivo para no afrontar el problema, pueden incluirse conductas como beber, comer y el uso de drogas. 7) Reevaluación positiva: esfuerzos para crear un significado positivo y centrarse en el desarrollo personal. Y la última subcategoría estaría encaminada a la combinación de ambas, 8) Búsqueda de apoyo social: son esfuerzos para buscar apoyo externo, asesoramiento o consejería por familiares, amigos o profesionales.

En el estudio “Estilo de afrontamiento del estrés y adicciones” realizado por Pedrero, Rojo & Puerta (2008) en Madrid, se presenta una comparación entre las estrategias de afrontamiento utilizadas en pacientes drogodependientes comparado con una población no clínica, los resultados muestran la preferencia de los sujetos adictos por el afrontamiento de tipo evitativo, mientras que la población no clínica optaría por estrategias de tipo confrontativo y prosocial. Así, el consumo de sustancias se relacionaría con el intento de escapar de estresores ambientales. Otro estudio realizado en España, llamado “Estrategias de afrontamiento de pacientes drogodependientes con diferente grado de apoyo de sus progenitores” realizado por López, Bulas, León & Ramírez (2005), se realizó una comparación entre un grupo de consumo y grupo de no consumo para valorar estilos de afrontamiento. Los resultados arrojan diferencias entre pacientes consumidores y no consumidores, de manera que los sujetos que no consumen alcohol y drogas tienden a utilizar las estrategias de afrontamiento de búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, planificación y reevaluación positiva, mientras que los sujetos que consumen alcohol y drogas tienden a utilizar la huída-evitación como principal estrategia de afrontamiento.



Otra variable a examinar en el presente estudio, es la autoeficacia definida por Albert Bandura (1993) como: “Los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos que le permitan alcanzar el rendimiento deseado” (p.416). Es decir, la autoeficacia es la creencia o expectativa que tiene un individuo de sí mismo con respecto a su capacidad de lograr un cometido ya sea este de cualquier tipo; un examen, un partido de fútbol, dejar de consumir sustancias o realizar una dieta. Del mismo modo, Tejada (2005) define a la autoeficacia como: “Un grupo referenciado de creencias entrelazadas en distintos dominios de funcionamiento, con respecto a la autorregulación del proceso de pensamiento, la motivación y los aspectos afectivos y fisiológicos” (pag.13).

Al relacionar la autoeficacia con las estrategias de afrontamiento, se propone que, si un individuo se percibe a sí mismo como competente y capaz, llevará a cabo el esfuerzo necesario para afrontar con éxito situaciones que suponen dificultad. Por el contrario, si las expectativas de eficacia del individuo son bajas, un simple fracaso puede llevarle a reducir, aún más, sus expectativas y abandonar los intentos necesarios para iniciar y mantener la conducta esperada (López, Salvador, Verdejo, & Cobo, 2002).

Schippers (1991) afirma que la conducta adictiva está mediada por cogniciones compuestas de expectativas, las mismas que son creencias sobre los efectos o consecuencias de la conducta de consumo; estas cogniciones se han desarrollado mediante la interacción social y las experiencias con los efectos psicofarmacológicos de las sustancias. Siguiendo la misma línea López, Salvador, Verdejo, & Cobo (2002), mencionan que “La decisión última de consumir o no, está en función de las expectativas de autoeficacia pues los efectos anticipados de una conducta son los que parecen importantes a la hora de determinar si esta conducta se realiza o no” (pag.37).

De modo que la autoeficacia puede introducirnos en el consumo de sustancias, así como prevenir su aparición o reincidencia ya que, si un individuo cree que consumir sustancias le proporciona ventajas importantes para él, realizará las conductas necesarias para experimentar o iniciar el hábito por otra parte, si se desea abandonar esta conducta, se pone a prueba la autoeficacia, relativa a la propia habilidad para dejar el consumo (López, Salvador, Verdejo, & Cobo, 2002). En cuanto a los programas de tratamiento para evitar las recaídas Annis (1989), afirma que, es de vital importancia utilizar estrategias para desarrollar una adecuada autoeficacia con el fin de evitar reincidencias en el consumo, ya que actúa como factor predisponente al cambio conductual.





Hays y Ellickson (1990) realizaron un estudio en el que observaron que existe una relación entre la autoeficacia y el rehusar al consumo de alcohol y marihuana, bajo presión de grupo, y las conductas dirigidas hacia mantener la rehabilitación. En este estudio se midió la autoeficacia, se incluye dentro del mismo el nivel de resistencia que el sujeto percibe de sí mismo ante la presión del grupo en situaciones reales y el mismo nivel de resistencia ante la presión del grupo en situaciones recreadas en laboratorio. El estudio se realizó con una muestra de sujetos que consumían alcohol y marihuana. Con los datos se elaboró una escala de autoeficacia, los resultados obtenidos arrojaron que las puntuaciones elevadas se relacionaban con conductas de abstinencia y que la autoeficacia se relaciona con la resistencia al consumo de marihuana y alcohol y de otras drogas en general frente a la presión social.

Siguiendo la misma línea Beg & Baldwin (1993) realizaron un estudio en el que corrobora la relación entre comportamientos dirigidos hacia el control del consumo y autoeficacia. En este estudio se utiliza una muestra de estudiantes para medir las expectativas de los efectos del alcohol, el consumo de alcohol y la autoeficacia. Se encuentra que los sujetos que presentan puntuaciones bajas en autoeficacia piensan que el alcohol les permite ser más relajados, asertivos y que mejora entre otras cosas su desempeño sexual, es por esto que consumen alcohol más frecuentemente y en mayor cantidad que aquellos que presentan puntuaciones más altas en autoeficacia. Estos últimos tienden a mantener un nivel bajo de consumo de alcohol en frecuencia y cantidad ya que no asocian que la ingesta del mismo mejore su desempeño en ninguna manera.

En el presente estudio se examinó el tipo de estrategia de afrontamiento predominante y el nivel de autoeficacia generalizada en una población de pacientes drogodependientes en proceso de rehabilitación en la comunidad terapéutica Proyecto Esperanza, con un grupo etario con un rango de edad entre 18 y 65 años. Se analizó la relación existente entre el tipo de afrontamiento, la autoeficacia, la edad y las reincidencias en el consumo, con la finalidad de contribuir a un mejor entendimiento de la conducta de consumo de sustancias y a su vez a optimizar los planes de intervención en dicha población.





## METODOLOGÍA

### **Pregunta de investigación**

¿Cuál es la estrategia de afrontamiento más utilizada en pacientes drogodependientes?

### **Objetivos:**

#### **Objetivo general**

- Determinar cuál es la estrategia de afrontamiento más utilizada en pacientes drogodependientes en proceso de rehabilitación

#### **Objetivos específicos**

- Determinar qué tipo de estrategia de afrontamiento se vincula más a la reincidencia de consumo.
- Determinar si el tipo de estrategias de afrontamiento están vinculadas con la edad.

### **Enfoque y tipo de investigación**

El presente trabajo de titulación fue desarrollado con un enfoque cuantitativo con un momento en la investigación en donde se utiliza un grupo focal, herramienta de tipo cualitativo. El diseño del estudio es no experimental de tipo transversal descriptivo.

### **Participantes**

La población del estudio estuvo conformada por adultos, institucionalizados en el centro de tratamiento de adicciones Proyecto Esperanza, “PROESPE” en Cuenca, Ecuador. Todas las personas institucionalizadas cumplieron con nuestros criterios de inclusión.

Se dividió a la población en tres grupos de acuerdo a las características de los periodos del ciclo vital (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2006); el primer grupo estuvo conformado por adolescentes de 18 a 20 años, esta etapa de la vida se caracteriza por crecimiento físico y otros cambios rápidos y profundos, ocurre la madurez reproductiva, los principales riesgos son problemas alimentarios y de consumo de drogas, se desarrolla la habilidad para pensar de manera abstracta y de usar razonamiento científico, el pensamiento inmaduro persiste en algunas actitudes y conductas, en cuanto al desarrollo psicosocial se busca la identidad, el grupo es de suma importancia para desarrollar el autoconcepto y también representa una fuerte influencia sobre la conducta.



El segundo grupo es el conformado por la edad adulta temprana, se desarrolla a partir de los 20 años hasta los 40, la condición física llega a su cima, las elecciones del estilo de vida influyen en la salud, las habilidades cognitivas y el juicio moral adquieren mayor complejidad, respecto al desarrollo psicosocial los rasgos de personalidad se hacen relativamente estables, se toman decisiones sobre los estilos de vida personales.

El último grupo está integrado por la edad adulta intermedia, esta etapa se desarrolla a partir de los 40 años hasta los 65, se pueden deteriorar las habilidades sensoriales, la salud, el vigor y la destreza, la mayoría de habilidades mentales básicas llegan a la cima, la experiencia y las habilidades prácticas para resolver problemas son altas.

### **Criterios de inclusión**

En el presente estudio participaron, todos los usuarios mayores de edad entre 18 y 65 años que firmaron el consentimiento informado, además de ello cumplieron con los criterios diagnósticos del trastorno por consumo de sustancias, estipulados en el manual CIE-10.

### **Criterios de exclusión**

No participaron en el estudio, menores de edad, y adultos institucionalizados, que no firmaron el consentimiento informado.

### **Instrumentos**

Se trabajó con la escala modos de afrontamiento de Lazarus y Folkman, para visualizar cual es la estrategia de afrontamiento más utilizada en la población ya mencionada, del mismo modo con la escala de autoeficacia generalizada para medir el nivel de autoeficacia en los usuarios de PROESPE y una ficha sociodemográfica que contiene características poblacionales que serán utilizadas para el cruce de variables.

### **Escala de afrontamiento de Lazarus y Folkman:**

La Escala "Modos de afrontamiento" de Lazarus y Folkman, es una de los test más utilizados para el estudio del afrontamiento, puesto que fue desarrollada por dos de los autores pioneros en el tema, Lazarus y Forman, estos autores desarrollaron una escala tipo Likert, que consta de 67 ítems donde el sujeto da una respuesta de 0 a 3, donde cero significa "en absoluto" y 3 "en gran medida". Para su evaluación, los ítems están clasificados en ocho subescalas. Al calificar la escala, se suman las puntuaciones obtenidas y con base en los totales



se determina el modo de afrontamiento que es utilizado con mayor frecuencia por el sujeto (González, 2007). Dichas subescalas son:

- ✓ **Confrontación:** Describe los esfuerzos agresivos para alterar la situación. Sugiere también un cierto grado de hostilidad y riesgo.
- ✓ **Distanciamiento:** Describe los esfuerzos para separarse de la situación problemática.
- ✓ **Auto-control:** Describe los esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones.
- ✓ **Búsqueda de apoyo social:** Describe los esfuerzos para buscar apoyo. Puede consistir en buscar consejo, asesoramiento, asistencia o información o en buscar apoyo moral, simpatía o comprensión.
- ✓ **Aceptación de la responsabilidad:** Reconocimiento de la propia función desempeñada en el problema.
- ✓ **Huida - evitación:** Describe el pensamiento desiderativo. Los índices de esta escala que sugieren huida y evitación contrastan con los índices de la escala de distanciamiento, que sugieren separación.
- ✓ **Planificación:** Describe los esfuerzos deliberados y centrados en el problema para alterar la situación, unido a la aproximación analítica para resolver el problema.
- ✓ **Reevaluación positiva:** Describe los esfuerzos para crear un significado positivo y centrarse en el desarrollo personal.

En cuanto a la validez y fiabilidad de la escala “Modos de afrontamiento” González, 2007 afirma que: “La escala se ha utilizado para la evaluación del afrontamiento en casi todos los países occidentales y en todas las áreas de la Psicología educativa, clínica, salud, organizacional, deportiva, militar, etc. con numerosas adaptaciones (p.237)”.

### **Escala de autoeficacia generalizada:**

Esta escala fue utilizada para el proyecto ganador del XIII concurso de la DIUC “Bienestar en personas con y sin discapacidad” proyecto de la Universidad de Cuenca, la cual mide el nivel de autoeficacia de manera global. Se agrupan las categorías en niveles baja, poca, media y alta; dicho cuestionario obtuvo un alfa de cronbach de .91 de confiabilidad (Bueno-Pacheco, Lima-Castro, Peña-Contreras, Cedillo-Quizphe, & Aguilar-Sizer, 2017).



### **Ficha sociodemográfica:**

La descripción sociodemográfica es uno de los insumos que permiten identificar y evaluar los factores psicosociales individuales, esta contempla las características sociales de una población, es decir cuántos tienen estudios primarios, medios, universitarios, la edad de la población, cuántos trabajan, ingresos promedios, etc. Habrá tantas variantes como aspectos se quieran visibilizar.

### **Procedimiento**

Mediante oficio se consiguió la autorización de la coordinadora del centro de tratamiento de adicciones para ingresar a la institución y realizar el trabajo investigativo. Posteriormente se informó a los usuarios en que consistían los test que serían aplicados y se recalcó que la información de los mismos tiene fines académicos únicamente.

Para analizar el comportamiento de la escala de Afrontamiento de Lazarus se realizó una aplicación a un grupo focal de 12 personas (23% de la población). En la que se obtuvo observaciones con respecto a la comprensión del test, se hicieron modificaciones totalmente justificadas por los participantes del grupo focal y posteriormente se aplicó una prueba piloto a 30 personas que representan el 57% de la población, el pilotaje fue aplicado en el centro especializado de tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas (CETAD) “12 pasos”. Para medir la confiabilidad se calculó el alpha de Cronbach que es el método que permite estimar la fiabilidad de un instrumento a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica, en el mismo se obtuvo  $\alpha = 0.87$ , George y Mallery (2003, p. 231) sugieren las siguientes recomendaciones al momento de evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach: -siendo Coeficiente alfa  $>.9$  excelente - y Coeficiente alfa  $>.8$  bueno por lo que se procedió a la aplicación del instrumento. Posteriormente se procedió a la aplicación de la escala de autoeficacia generalizada y la ficha sociodemográfica, conjuntamente con el consentimiento informado.



### **Procesamiento de datos**

Los datos fueron procesados en programa (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2006)IBM SPSS 22 (Statistical Package for the Social Sciences), mediante la generación de una base de datos para el respectivo análisis estadístico, con la finalidad de conocer cuál es la estrategia de afrontamiento más utilizada en la población estudiada. Para la fase descriptiva se emplearon medidas de tendencia central, además de tablas de frecuencia absoluta y porcentual.

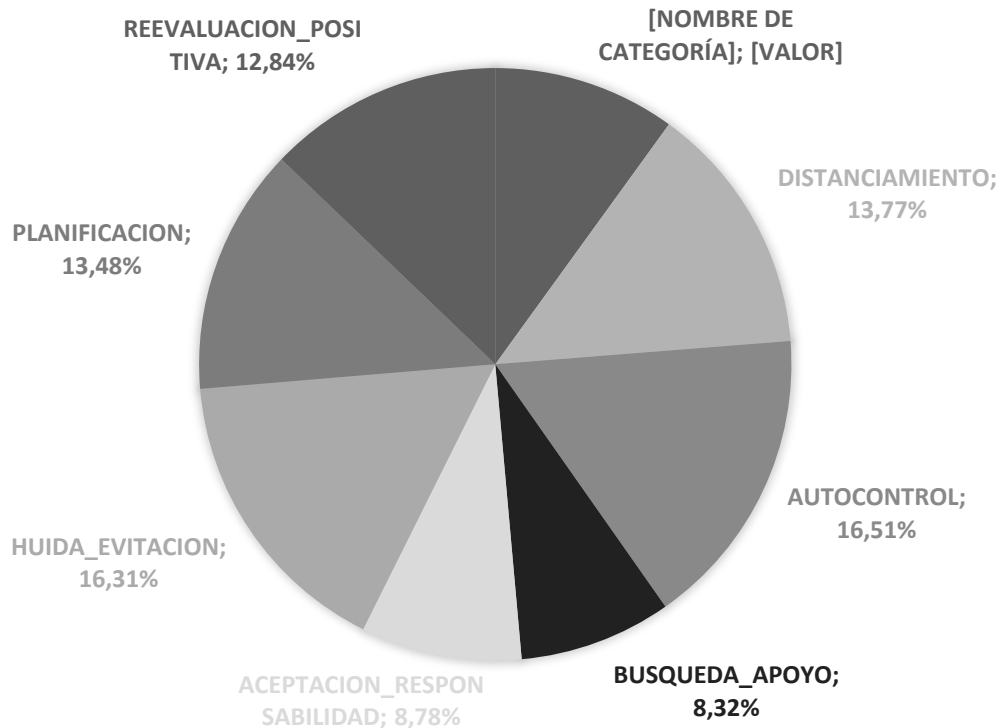
### **Aspectos éticos**

Antes de realizar la aplicación de las escalas de evaluación, a los participantes se les explicó brevemente los fines de la investigación, se les solicitó su colaboración mediante un consentimiento informado, en donde se detalló que la información obtenida sería utilizada con fines académicos únicamente respetándose la confidencialidad de los datos proporcionados.



## RESULTADOS

Grafica 2 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO



En la escala Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman, se registran porcentajes en las subescalas de la siguiente manera:

### **Confrontación:**

Se registran puntuaciones de 9.98% en la estrategia de afrontamiento confrontación, esta describe esfuerzos agresivos, también un cierto grado de hostilidad y riesgo para alterar las situaciones conflictivas a las que se enfrenta.

### **Distanciamiento:**

Se encontraron puntajes de 13.77%, esta estrategia describe los esfuerzos para separarse de las personas o situaciones que están generando estrés.

**Auto-control:**

Se encontraron puntajes de 16.51%, lo que indica que es una de las estrategias más utilizadas en la población estudiada. Esta estrategia describe esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones.

**Búsqueda de apoyo social:**

Se encontraron puntajes de 8.32%, esta estrategia describe los esfuerzos para buscar apoyo. Puede consistir en buscar cualquier tipo de asesoramiento, asistencia o consejería en búsqueda de apoyo moral, simpatía o comprensión.

**Aceptación de la responsabilidad:**

Se encontraron puntajes de 8.78%, esta estrategia reconoce la propia función del individuo desempeñada en el desarrollo del problema. Esta estrategia conjuntamente con la búsqueda de apoyo social son las menos utilizadas en la población estudiada.

**Huida-evitación:**

Se encontraron puntajes de 16.31%, lo que indica que es una de las estrategias más utilizadas en la población estudiada. Esta estrategia de afrontamiento describe el pensamiento desiderativo para no afrontar el problema.

**Planificación:**

Se encontraron puntajes de 13.48%, esta estrategia describe esfuerzos deliberados y centrados en el problema para alterar la situación, unido a la aproximación analítica para resolver el problema.

**Reevaluación positiva:**

Se encontraron puntajes de 12.84% esta sub escala describe los esfuerzos para crear un significado positivo y centrarse en el desarrollo personal. Las puntuaciones más altas dentro de las estrategias son las de huida y evitación con un porcentaje de 16.31%, Haugh, (2006); Nezu y D'Zurilla, (1989) manifiestan que existe una amplia relación entre conductas adictivas y la evitación a situaciones de conflicto causando una carencia de estrategias asertivas para resolverlos. En cuanto a la utilización de la estrategia de Autocontrol 16.51%, Fernández Llanos (1995), manifiesta que el hallazgo de puntajes más altos en respuestas de autocontrol en pacientes drogodependientes puede asociarse con su motivación por dar una



imagen más favorable de sí, por la necesidad de reconocimiento y aprobación ante el rechazo social que suelen recibir, según una investigación realizada por el autor.

Tabla 1 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO E INTERNAMIENTOS

| E. AFRONTAMIENTO           | PRIMER_INTERNAMIENTO | VARIOS_INTERNAMIENTOS |
|----------------------------|----------------------|-----------------------|
| Confrontación              | 9,75%                | 10,28%                |
| Distanciamiento            | 14,00%               | 13,46%                |
| Autocontrol                | 17,33%               | 15,42%                |
| Búsqueda apoyo             | 8,36%                | 8,27%                 |
| Aceptación responsabilidad | 9,13%                | 8,32%                 |
| Huida evitación            | 17,10%               | 15,26%                |
| Planificación              | 12,46%               | 14,85%                |
| Reevaluación positiva      | 11,88%               | 14,13%                |

En relación al número de internamientos y las estrategias de afrontamiento más utilizadas en esta población nuevamente se observan que, tanto como en el primer internamiento como en el segundo las más utilizadas son el Autocontrol 17,33% - 15,42% y la Huida- Evitación 17,10% -15,26%, sin embargo se puede evidenciar una diferencia más significativa entre puntuaciones, en las siguientes estrategias: Reevaluación positiva siendo en el primer internamiento de 11,88% y en el segundo 14,13%, con una diferenciación porcentual de 2,25% y en Planificación siendo en el primer internamiento 12,46 % y en el segundo de 14,85%, con una diferenciación porcentual de 2,39%. En un estudio de McCormick y Smith (1995), se reveló que los pacientes drogodependientes que están en tratamiento, puntúan de manera significativa en la estrategia de afrontamiento de reevaluación positiva y planificación según mencionan la utilización de estas estrategias mejoraría el pronóstico del tratamiento recibido, además de provocar en los sujetos una mayor aceptación del problema y la adopción de una actitud confrontativa ante el mismo.



Tabla 2 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y EDAD

| E.AFRONTAMIENTO                  | ADOLESCENTES | ADULTA_TEMPRANA | ADULTA_INTERMEDIA |
|----------------------------------|--------------|-----------------|-------------------|
| Confrontación                    | 8,65%        | 10,25%          | 10,18%            |
| Distanciamiento                  | 13,60%       | 13,77%          | 13,91%            |
| Autocontrol                      | 16,76%       | 16,20%          | 17,24%            |
| Búsqueda de apoyo                | 8,52%        | 8,20%           | 8,52%             |
| Aceptación de la responsabilidad | 8,38%        | 8,91%           | 8,72%             |
| Huida y evitación                | 17,45%       | 16,20%          | 15,78%            |
| Planificación                    | 12,64%       | 13,91%          | 12,88%            |
| Reevaluación positiva            | 14,01%       | 12,57%          | 12,77%            |

En esta tabla se puede evidenciar que los adolescentes utilizan más la estrategia de afrontamiento evitación y huida. La estrategia de huida y evitación se aprende y se refuerza en la niñez vinculándose en la adolescencia con conductas antisociales (Gómez, Luengo, Romero, Villar, & Sobral, 2006). Algunas investigaciones han encontrado que un ritmo de vida estresante puede detonar en problemas de comportamiento en los adolescentes pudiendo vincularse con conductas asociadas al consumo. (Zimmerman, Ramírez, Zapert, Maton, 2000; Arellanez-Hernández et al., 2004). La estrategia de afrontamiento de huida y evitación puede ser propia de su etapa de desarrollo dentro del ciclo vital ya que el pensamiento adolescente aun es inmaduro y esto se puede ver reflejado en ciertas actitudes y conductas que muchas veces pueden ser de tipo antisocial para agrandar al contexto social ya que el grupo de pares ejerce una gran influencia (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2006), por otro lado, el autor refiere que los adultos utilizan más el autocontrol, lo que puede deberse a que sus habilidades cognitivas y el juicio moral adquieren mayor complejidad y capacidad reflexiva.



Tabla 3 AUTOEFICACIA Y RELACIÓN CON NUMERO DE INTERNAMIENTOS

| NUMERO DE INTERNAMIENTOS | BAJA | POCA | MEDIA | ALTA |
|--------------------------|------|------|-------|------|
| Primer internamiento     | 0    | 6    | 23    | 2    |
| Varios internamientos    | 0    | 3    | 18    | 1    |

En la presente tabla se puede evidenciar que la autoeficacia disminuye en relación al número de internamientos. Es decir, a mayor número de internamientos existe una disminución de la autoeficacia del paciente. López, Salvador, Verdejo, & Cobo (2002), manifiestan que el éxito de una conducta produce un aumento en las expectativas positivas de autoeficacia, mientras que el fracaso las disminuye. Es por ello que podemos sugerir que la reincidencia de consumo asociada como fracaso conductual, podría disminuir los niveles de autoeficacia con el aumento de internamientos, por el contrario, a menor número de internamientos se observa una mayor autoeficacia, como se evidencia en los datos obtenidos en este estudio. Del mismo modo estos autores mencionan que el individuo drogodependiente posee estrategias cognitivas en las que predominan la sensación de incapacidad así como de ineficacia para la mantención de la abstinencia, ya que las drogas proporcionan cambios fisiológicos y cognitivos contrarios a los que se provocan en una situación de estrés, así con el consumo de sustancias, la ansiedad queda reducida a corto plazo, empero disminuye la confianza para afrontar dichas situaciones y la posibilidad de aprender o poner en práctica otras alternativas más asertivas a largo plazo, por lo que el individuo tiende a reducir el grado de autoeficacia. En un estudio de Myers y Brown, 1990 (citado en: López, Salvador, Verdejo, & Cobo, 2002), diseñado para examinar las estrategias de afrontamiento y autoeficacia en situaciones de riesgo de recaída en consumidores, utilizaron una muestra de sujetos divididos en función de sí habían recaído o no, se encontró que el grupo que había recaído en el consumo de sustancias presentaba una puntuación más baja en autoeficacia.



Tabla 4 DATOS RELACIONADOS CON LA FICHA SOCIODEMOGRAFICA.

| INSTRUCCION   | INTERNAMIENTOS | INICIO |
|---------------|----------------|--------|
| Primaria      | 2.0            | 15.72  |
| Secundaria    | 2.58           | 15.58  |
| Universitaria | 1.30           | 17.30  |

Podemos evidenciar que existe una diferencia significativa entre la edad de inicio de consumo en la población universitaria iniciando estos en promedio 1 año, 6 meses después con respecto a los que poseen instrucción primaria y secundaria, además que estos tienen en promedio 2 o más internamientos que los pacientes con estudios superiores que en promedio poseen 1, Es por esto que se puede relacionar al nivel de instrucción como un factor de protección ante el consumo de drogas, puesto que además del ambiente familiar, el ámbito académico es de suma importancia por la influencia que ejercen en el desarrollo humano ya que abarca el periodo vital desde la infancia y hasta la vida adulta en muchas de las ocasiones. La influencia de esta esfera se da tanto de manera directa a través de los compañeros, profesores, etc., como de manera indirecta a través de los conocimientos impartidos (Al-Hablabi, 2009). La educación al ser un agente sociabilizador juega un papel importante en la adaptación psicosocial, pudiendo ser un factor de riesgo o de protección ante el consumo de sustancias. Según Oñate (1987), el objetivo que entre otros persigue el contexto escolar es la promoción de factores que favorezcan a la aparición de conductas proactivas, polarizándose de conductas marginales (Laespada, 2004) aborda el fomento dentro de las diferentes instituciones de condiciones que favorecen al individuo en su progresiva maduración y autonomía,



## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En nuestra investigación se determinó que en la muestra estudiada de adultos institucionalizados en la comunidad terapéutica Proyecto Esperanza, las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron el autocontrol 16,51% y la huida y evitación con 16,31%, estas dos estrategias forman parte del afrontamiento dirigido a la regulación emocional, ante los problemas o situaciones de estrés dentro de su vida diaria. Dentro de la revisión literaria encontramos que determinadas formas de afrontamiento, tales como la evitación, están vinculadas a las conductas adictivas, además se sugiere que esta población carece de estrategias asertivas para afrontar los problemas y optan por lo general por formas de afrontamiento evitativas o de escape, como el consumo de sustancias. En cuanto a la utilización de la estrategia de autocontrol se evidencio en ciertas investigaciones que la población drogodependiente puede tener una motivación por dar una imagen más favorable de sí y por la necesidad de aprobación ante el rechazo social. Del mismo modo consideramos que la selección de esta estrategia podría estar relacionada a que la población estudiada se encuentra dentro de un proceso de rehabilitación, donde se manejan temas relacionados al autocontrol de impulsos y el manejo asertivo de las emociones.

En cuanto al objetivo de las estrategias de afrontamiento vinculadas con la edad, podemos concluir que la población adolescente comprendida entre la edad de 18 a 20 años utiliza en mayor porcentaje la estrategia de huida y evitación, situación que podría estar vinculada a las características periodo del ciclo vital en el que se encuentran la impulsividad dentro de la toma de decisiones y la persistencia del pensamiento inmaduro o poco reflexivo. Por otra parte, la población adulta tanto temprana como intermedia comprendida entre los 21 y 65 años, utilizan mayormente la estrategia de autocontrol, se sugiere que la utilización de dicha estrategia puede estar vinculada de igual manera al periodo evolutivo en el que se encuentran, ya que la mayoría de habilidades cognoscitivas adquieren mayor complejidad y las experiencias se torna fundamental al momento de solucionar conflictos.

En cuanto al objetivo de las estrategias de afrontamiento y reincidencia del consumo podemos concluir que existe una diferencia significativa entre el primer internamiento y varios internamientos, en las siguientes estrategias: Planificación y Reevaluación positiva, ya que la población estudiada se encuentra dentro de un proceso terapéutico el cual incluye el manejo adecuado de resolución de problemas o estresores cotidianos, lo que provocaría una



mejor adopción de estas estrategias, las cuales están enfocadas en resolver de manera más asertiva los inconvenientes del diario vivir.

Así mismo, en el presente estudio pudimos identificar la relación existente entre autoeficacia y el número de internamiento en la población estudiada, llegando así a la siguiente conclusión que a mayor número de internamientos menor autoeficacia, lo que podría deberse a que el individuo, al no poder controlar su conducta adictiva y reincidir en el consumo se asociaría como un fracaso conductual el cual disminuiría la percepción de su autoeficacia, o viceversa al percibirse como poco autoeficaz esto pudiera llevarle al consumo.

Con los resultados obtenidos en el presente estudio, podemos sugerir a nivel psicoterapéutico dentro del tratamiento para los trastornos por consumo de sustancias, se podrían desarrollar en los usuarios habilidades que fomenten la utilización de estrategias de afrontamiento asertivas en situaciones de estrés, tomando en cuenta que podrían ser situaciones de riesgo para la reincidencia en el consumo. Del mismo modo se considera a la autoeficacia como parte fundamental en la recuperación de un usuario, ya que esta influye directamente en el mantenimiento de la conducta de consumo o la pérdida de la misma, por ello este debe ser una temática indispensable a ser trabajada dentro del proceso psicoterapéutico.

Por otra parte, en la presente investigación se encontraron las siguientes limitaciones; los resultados son importantes para la comunidad terapéutica con la que se trabajó, sin embargo, no pueden ser estadísticamente generalizados a toda la población perteneciente a las demás comunidades o centros de la ciudad, principalmente por las diferencias sociodemográficas en la población. Así mismo, sugiere que para futuras investigaciones relacionadas al tema se podría realizar un enfoque investigativo mixto, cualitativo y cuantitativo, a fin de conocer de manera más profunda las motivaciones vinculadas al tipo de estrategia escogida por los pacientes drogodependientes, lo que podría complementar el entendimiento de la conducta adictiva.



## Bibliografía

- Al Halabi, S., Erraste, J., Secades, R., & García, O. (2009). El colegio y los factores de riesgo familiar en la asistencia a programas de prevención familiar del consumo de drogas. *Adicciones*, 39-48.
- Annis, H., & Davis, C. (1989). *Handbook of alcoholism treatment approaches*. New York: Pergamon Press.
- APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Madrid: Médica Panamericana .
- Arellanez, J., Díaz, D., Wagner, F., & Pérez, V. (2004). Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes. *Salud Mental*, 54-56.
- Bandura, A. (1993). Perceived Self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 117-148.
- Beg, A., & Baldwin, A. (1993). The I kappa B proteins: multifunctional regulators of Rel/NF-kappa B transcription factors. *Genes & Development*, 2064-2070.
- Bueno-Pacheco, A., Lima-Castro, S., Peña-Contreras, E., & Cedillo-Quizphe, C. &.-S. (2017). Adaptación al español de la escala de Autoeficacia General para uso en el contexto ecuatoriano. *En imprenta*, S/N.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Palmer, A., & Torres, M. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan nacional sobre drogas.
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. México: Pearson Educación.
- CONSEP. (2014). *IV Estudio nacional sobre el uso de drogas*. Quito.
- Del Moral, M., Fernández, P., Ladero, L., & Lizasoain, L. (1998). Conceptos fundamnetales en drogodependencia. *Medica Panamerica*, 1-25.
- Fernandez Llanos, L. (1995). *Estrés y estilos de afrontamiento en sujetos alcohólicos*. La Habana: Universidad de la Habana.
- Fernandez, L. (1995). Estrés y estilos de afrontamiento en sujetos alcohólicos. *Universidad de la habana*, 10-22.
- Folkman, S., Lazarus, R., Dunke, C., & Cools. (1989). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol*, 992-1003.
- George, D., & Mallery, M. (2003). *Using SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference*. Boston: Allyn & Beacon.
- Gómez, J., Luengo, A., Romero, E., Villar, P., & Sobral, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International journal of clinical and health psychology*, 581-597.
- Gonzales, M. (2007). *Instrumentos de evaluación psicológica*. La Habana: Editorial ciencias médicas .
- Haugh, J. (2006). Specificity and social problem-solving: Relation to depressive and anxious symptomology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 392-403.



- Hays, R., & Ellickson, P. (1990). How Generalizable Are Adolescents' Beliefs About Pro-Drug Pressures and Resistance Self-Efficacy? . *Journal of Applied Social Psychology*, 321-338.
- Laespada, M. (2009). Familias y jóvenes, juntos por la prevención . *Consumir para ser «normal»* (págs. 100-110). Barcelona: CosmoCaixa.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Linage, M., & Gómez, M. (2012). Asociación entre consumo de sustancias y estrategias de afrontamiento en jóvenes. . *Journal of behavior, health & social issues*, 55-66.
- Lizarbe, V., Librada, M., & Astorga, A. (2008). *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo España.
- López Torrecillas, F., Bulas, M., León Arroyo, R., & Ramírez, I. (2003). Psicología de la salud y adicciones . *Revista de Psicología* , 71-106.
- López Torrecillas, F., Bulas, M., León Arroyo, R., & Ramírez, I. (2005). Influencia del apoyo familiar en la autoeficacia de los drogodependientes. *Adicciones*, 241-250.
- López, F., Salvador, M., Verdejo, A., & Cobo, P. (2002). Autoeficacia y Consumo de Drogas: Una Revisión. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 33-51.
- Manzano, L. (2012). factores de riesgo asociados al consumo de alcohol . *Universitas Giennensis*, 1-12.
- Martín, M., & Grau, J. (2007). *Instrumentos de evaluación psicológica*. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas.
- McCormick, R., & Smith, M. (1995). Agresion and hostility in substance abusers and coping style. *Addictive behavior*, 555-562.
- MSP. (24 de Septiembre de 2017). *Protocolo de atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas 2016*. Obtenido de <http://www.hvalenzuela.gob.ec/files/Guias%20clinicas%20practicas%2051/Medicina%20Interna%20-%20209/Protocolo%20alcohol%20tabaco%20y%20otras%20drogas.pdf>
- Muñoz, A., & Arellanez, J. (2016). ESTRÉS PSICOSOCIAL, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES. *Revista de psicología y ciencias del comportamiento de la UACJS*, 1-20.
- Nezu, A., & D'Zurilla, T. (1989). Social problem solving and negative affective conditions. *Academic Press*, 285-315.
- Olivar Arroyo, Á., & Pedrero Pérez, E. (2010). Estres percibido en adictos a sustancias en tratamiento mediante la escala de Cohen. *Anales de Psicología*, 302-309.
- OMS. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10*. Madrid: Meditor.
- Oñate. (1987). Prevención educacional de las toxicomanías:. *Comunidad y Drogas*, 83-89.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2006). *Desarrollo Humano* . México: McGraw-Hill Interamericana.
- Pedrero Pérez, E., Rojo Mota, G., & Puerta García, C. (2008). Estilos de afrontamiento del estrés y adicción. *Revista española de drogodependencias* , 256-270.
- Psiquiatría, A. d. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Madrid: Panamericana.



- Sánchez, J., Pereira, J., & García Fernández, J. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes . *Psicothema*, 531-537.
- Sandoval, J., Carbonell, C., & Bayarre, H. (2000). Algunas variables vinculadas al estrés en sujetos alcohólicos . *Revista cubana de psicología* , 165-170.
- Schippers, G. (1991). *Contributions to the psychology of addiction*. . Amsterdam : Swets Zeitlinger.
- Tejada, A. (2005). Agenciación humana en la teoría cognitivo social: definición y posibilidades de aplicación. *Pensamiento Psicológico*, 117-123.
- Twerski, A. (2002). *Pensamiento adictivo*. Mexico DF: Promexa.
- UNODOC. (2016). *Informe mundial sobre las drogas*. UNODC.ORG.
- Vázquez, C., Crespo, M., & Ring, J. (2000). Estrategias de afrontamiento. *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología*, 425-446.
- Zimmerman, M., Ramírez, J., Zapert, M., & Maton, K. (2000). A longitudinal study of stressbuffering effects for urban African-American male adolescent problem behaviors and mental health. *Journal of Community Psychology*, 17-33.