

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología

Estrategias de afrontamiento en pacientes varones diagnosticados con trastorno de consumo de sustancias psicoactivas del Centro Especializado en Tratamiento de Adicciones Renacer en Paute-Azuay, en el periodo 2022-2023

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

Autores:

Sthefany Belén Pesantez Patiño

Samara Antonieta Segarra Fernández

Director:

Sandra Eugenia Lima Castro

ORCID:  0000-0002-7736-4326

Cuenca, Ecuador

2023-11-06

Resumen

El afrontamiento es definido como todo esfuerzo cognitivo y conductual dinámico, en constante cambio, que el adicto genera para controlar las demandas externas e internas valoradas como desbordantes de los recursos del individuo. El presente estudio tiene como objetivo describir las estrategias de afrontamiento de los pacientes varones diagnosticados con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas del Centro Especializado en Tratamiento de Adicciones Renacer en Paute-Azuay. En concreto, se estudian las estrategias de afrontamiento en función de variables sociodemográficas y relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas. La investigación se desarrolla a partir de un enfoque cuantitativo, alcance descriptivo y diseño no experimental, con 44 varones pacientes voluntarios de 18 a 65 años del Centro Especializado en Tratamiento de Adicciones Renacer, quienes cumplieron con una serie de criterios de inclusión y exclusión. Se aplicó la adaptación española de la Escala de Modos de Afrontamiento Revisada, elaborada por Lazarus y Folkman (1984) en su versión original (Ways of Coping Inventory) y un cuestionario sociodemográfico. Los resultados obtenidos muestran que a nivel general las estrategias de aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva predominan en los pacientes, mientras que la confrontación es la estrategia menos empleada. Respecto a las variables sociodemográficas se evidenció mayor empleo de las estrategias de reevaluación positiva, aceptación de la responsabilidad, distanciamiento, autocontrol y búsqueda de apoyo social. Por otra parte, respecto a las variables relacionadas al consumo, en general, se encontró mayor empleo de las estrategias de búsqueda de apoyo social y, huida y evitación.

Palabras clave: sustancias psicoactivas, estrategias de afrontamiento, consumo adictivo, características sociodemográficas



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

Repositorio Institucional: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Abstract

Coping is defined as any dynamic cognitive and behavioral effort, in constant change, that the addict generates to control external and internal demands valued as overflowing the individual's resources. The present study aims to describe the coping strategies of male patients diagnosed with psychoactive substance use disorder at the Renacer Specialized Addiction Treatment Center in Paute-Azuay. Specifically, coping strategies are studied as a function of sociodemographic variables and variables related to psychoactive substance use. The research is developed from a quantitative approach, descriptive scope and non-experimental design, with 44 male volunteer patients from 18 to 65 years of age from the Renacer Specialized Center for Addiction Treatment, who met a series of inclusion and exclusion criteria. The Spanish adaptation of the Revised Ways of Coping Scale, elaborated by Lazarus and Folkman (1984) in its original version (Ways of Coping Inventory) and a sociodemographic questionnaire were applied. The results obtained show that at a general level the strategies of acceptance of responsibility and positive reappraisal predominate in the patients, while confrontation is the least employed strategy. With respect to sociodemographic variables, greater use was found of positive reappraisal strategies, acceptance of responsibility, distancing, self-control and seeking social support. On the other hand, with respect to the variables related to drug use, in general, a greater use of the strategies of seeking social support, flight and avoidance was found.

Keywords: psychoactive substances, way of coping, addictive consumption, sociodemographic characteristics



The content of this work corresponds to the right of expression of the authors and does not compromise the institutional thinking of the University of Cuenca, nor does it release its responsibility before third parties. The authors assume responsibility for the intellectual property and copyrights.

Institutional Repository: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Índice de contenido

| | |
|---|----|
| Resumen..... | 2 |
| Abstract..... | 3 |
| Fundamentación teórica | 6 |
| Proceso metodológico | 17 |
| Enfoque y alcance de investigación | 17 |
| Participantes | 17 |
| Instrumentos | 19 |
| Procedimiento de la investigación | 20 |
| Procesamiento de los datos | 20 |
| Aspectos éticos..... | 20 |
| Presentación y análisis de resultados | 22 |
| Conclusiones y recomendaciones..... | 32 |
| Referencias bibliográficas | 34 |
| Anexos | 39 |
| Ficha sociodemográfica | 39 |
| Escala de modos de afrontamiento..... | 41 |
| Consentimiento informado | 44 |

Indice de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1 Caracterización de los participantes | 18 |
| Tabla 2 Estrategias de afrontamiento de los pacientes con trastorno de consumo sustancias psicoactivas | 23 |
| Tabla 3 Estrategias de afrontamiento según la variable sociodemográfica edad | 24 |
| Tabla 4 Estrategias de afrontamiento en función de la variable estado civil..... | 25 |
| Tabla 5 Estrategias de afrontamiento en función de la variable religión..... | 25 |
| Tabla 6 Estrategias de afrontamiento en función de la variable nivel de instrucción..... | 26 |
| Tabla 7 Estrategias de afrontamiento en función de la variable nivel socioeconómico | 27 |
| Tabla 8 Estrategias de afrontamiento en función de la variable tiempo de consumo..... | 29 |
| Tabla 9 Estrategias de afrontamiento en función de la variable sustancia de mayor consumo..... | 30 |
| Tabla 10 Estrategias de afrontamiento en función de la variable internamiento previo | 31 |

Fundamentación teórica

Se define a la adicción como una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia hacia una sustancia en la que se ven involucrados factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales, los cuales pueden desencadenar graves consecuencias como: episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante el padecimiento (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1994; Sicard et al., 2015). La misma puede dar lugar a una intoxicación periódica o de forma continua debido al deseo de consumir las sustancias de su elección, por tal motivo resulta complicado poder modificar su consumo, o interrumpirlo voluntariamente, lo cual da lugar al desarrollo del trastorno por consumo de sustancias (Trujillo, 2019).

Los trastornos por consumo de sustancias abarcan diferentes tipos de drogas como el alcohol, opiáceos, cannabis, marihuana, anfetamínicas, sustancias inhalantes, cocaína, sedantes, alucinógenas, entre otros (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014). El consumo excesivo de dichas sustancias tiene el mismo grado de repercusión a nivel cerebral pese al efecto que producen cada una de ellas, lo cual ocurre debido a que se encargan de la activación del sistema de recompensa cerebral de una manera intensa, en la cual está implicada la regularización de las sensaciones placenteras, el aprendizaje, la memoria de los estímulos contextuales, el refuerzo comportamental y la producción de recuerdos (Razón et al., 2017). Además, quienes tienen un menor nivel de autocontrol y presentan disfunciones en los mecanismos de inhibición cerebral son más susceptibles a padecer del trastorno debido a los comportamientos y experiencias previas al consumo (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014).

La explicación a nivel neurobiológico más cercana menciona que el cerebro está organizado y dividido en diferentes regiones con funciones específicas para guiar y dirigir el comportamiento, sin embargo, la región que principalmente se asocia al consumo de estas sustancias es el mesencéfalo. El mesencéfalo está conformado por varias zonas implicadas en la motivación y el aprendizaje, así como en comportamientos reforzadores que tienen consecuencias placenteras y de mantenimiento para la sobrevivencia, por ejemplo, el comer, el beber y la sexualidad (Sandí, 2005). Por esta razón, estas sustancias provocan que siga existiendo motivación para continuar con este comportamiento, pero de forma muy intensa. Por otro lado, los efectos que producen están relacionados también a la capacidad para modificar una o varias funciones del organismo, por ejemplo, la alteración de pensamientos, emociones, percepciones y la generación de cambios en la conducta (Sicard et al., 2015). Estos efectos pueden desencadenar problemas de salud, dolor y sufrimiento, no solo a nivel físico sino también a nivel social, laboral, económico, familiar, emocional y psicológico,

afectando a la calidad de vida del sujeto, más aún cuando el consumo se vuelve excesivo y dependiente (Calleja, 2003).

En efecto, el consumo constante de las sustancias psicoactivas provoca un deterioro neuropsicológico a través de diferentes mecanismos de acción como las alteraciones morfológicas en la estructura del cerebro, lo cual puede ocasionar pérdida de volumen cerebral, reducciones del porcentaje de materia gris y reducciones del volumen del fluido cerebroespinal ventricular. Además, se reflejan decrementos del tamaño de las neuronas y muerte neuronal o atrofia cerebral; o puede también existir repercusiones a nivel del lóbulo frontal, asociado a las funciones ejecutivas (Coullaut-Valera et al., 2011; Ocampos et al., 2018). Esto a su vez, se puede visibilizar en la reorganización metabólica de los circuitos de conectividad sináptica, producto de los procesos de tolerancia, abstinencia y deshabitación (Araujo y Clavijo, 2019).

Por lo tanto, es importante mencionar que el uso continuo de los diferentes tipos de drogas además de causar dependencia, genera discapacidad y problemas crónicos para la salud. Por ello, las consecuencias sociales del uso perjudicial o dependiente de sustancias psicoactivas van más allá del usuario dado que estas afectan en conjunto tanto a su ambiente familiar, como a sus relaciones personales en todos los contextos de desarrollo (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

Los efectos que se producen a nivel cerebral, como sensaciones de placer y euforia, desencadenan un ciclo adictivo asociado a conductas de riesgo, reflejando el aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad como consecuencia. También, se desencadena un conflicto interno en la persona, lo cual provoca sufrimiento y repercusiones en los diferentes ámbitos de su vida. Adicionalmente, se desencadena una problemática social debido a la pérdida de productividad, aumento en los gastos de atención hospitalaria, etc. (Rojas-Jara, 2017).

Para visibilizar lo antes mencionado, en el año 2017 un estudio identificó un deterioro de los estilos de vida saludables en la población, debido al consumo de drogas. Además, se identificó que las personas que se inyectaban algún tipo de sustancia psicoactiva, en un gran porcentaje, padecían de VIH o hepatitis (Razón et al., 2017). De acuerdo a lo mencionado, se considera importante conocer el tipo de sustancias de consumo y el tiempo del mismo que tiene el consumidor. Esto permitirá comprender cómo la sustancia introducida en el organismo puede modificar una o más de las funciones de éste, dado que los individuos pueden experimentar los efectos de manera similar o diferente, y su consumo puede estar motivado por diferentes conjuntos de factores (Araujo y Clavijo, 2019).

Por ello, es importante evaluar y diagnosticar si la persona padece del trastorno por consumo de sustancias, dado que esto permitirá que se pueda llevar un proceso terapéutico acorde al

caso. El trastorno por uso de sustancias se basa en un patrón patológico de comportamientos relacionados con el consumo adictivo, por consiguiente, el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ta edición buscó la simplificación de categorías como dependencia y abuso de sustancias dentro de una sola (López, 2020). Es por ello que el trastorno por uso de sustancias abarca una serie de criterios, tales como: 1) control deficitario, el cual abarca la ingesta de sustancias en grandes cantidades o durante un tiempo más prolongado a lo prevista de la sustancia; 2) el adicto tiene deseos constante de dejar la sustancia pero han resultado como esfuerzos fallidos; 3) grandes intentos por conseguir la sustancia para su consumo o recuperación de los efectos; y 4) que las actividades diarias del individuo dependen del consumo de la sustancias, es decir, que hay un deseo intenso por su consumo principalmente en ambientes donde ha conseguido o consumido anteriormente (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014).

También abarca criterios relacionados al deterioro social, como el incumplimiento en los ambientes académicos, laborales o domésticos, lo cual inclusive el consumo puede persistir pese a los problemas o riesgos que presente el sujeto debido al mismo; por ello se hace referencia al consumo de riesgo, como el consumo recurrente pese a los problemas físicos, psicológicos o de salud que puedan producir; y a los farmacológicos (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014).

Por lo tanto, los efectos y las consecuencias que provocan el consumo adictivo afectan en mayor medida el desarrollo de una persona a nivel cognitivo y psicológico, como en los procesos de adquisición del aprendizaje, la memoria, la recompensa, el control del comportamiento y la motivación (Montes de Oca Ugarte et al., 2022). Esto ocurre debido a que las drogas son consideradas sustancias químicas que afectan al cerebro al penetrar la sustancia en su sistema de comunicación e interfieren en la manera en que las neuronas envían, reciben y procesan la información (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2020).

Las drogas, a su vez, actúan sobre los receptores que se encargan de la recepción de los neurotransmisores y neuromoduladores, dando lugar a la activación del sistema motivación-recompensa, pero de una manera más intensa y con efectos negativos a diferencia de los reforzadores naturales. Esto sucede debido a que su duración es más corta y la ingesta diaria hace que el cuerpo se vuelva tolerante ante sus efectos, por este motivo será necesaria una dosis mayor para que nuevamente produzcan sensaciones placenteras en el organismo del individuo, lo cual dará lugar a las disfunciones cerebrales (Méndez Díaz et al., 2010; Zúñiga, 2018).

Debido a la relación de la drogodependencia con las alteraciones cognoscitivas, este se convierte en un componente importante en la intervención de la enfermedad. Por esta razón,

los consumidores asisten a programas de rehabilitación neurocognitiva para poder acceder al proceso de recuperación de la adicción. Es por ello que el psicólogo clínico cumple con un rol fundamental en los procesos terapéuticos, debido a que es el encargado de establecer los diagnósticos psicopatológicos y la intervención terapéutica más pertinente de acuerdo al caso, con el propósito de favorecer la motivación para el cambio, modificar sus hábitos de consumo y mejorar su calidad de vida (López, 2011; Zúñiga, 2018).

De esta manera, la motivación en el ámbito del tratamiento de drogodependencias hace referencia a la fuerza que impulsa un comportamiento, determinado de acuerdo a los estímulos, factores o figuras influyentes. Por esta razón, es importante tomar en cuenta la influencia que pueden ejercer la familia, el grupo de pares, la comunidad, y el ambiente escolar o académico en el consumidor, esto debido a que en un estudio previo se menciona que son factores de riesgo influyentes en el consumo de sustancias (Blanco, 2016). Por ese motivo es esencial el estudio de las variables sociodemográficas dentro de una población de consumidores o drogodependientes.

En relación a lo mencionado anteriormente, la motivación cumple un papel esencial en las conductas para generar un cambio y evitar las posibles recaídas (Montes de Oca Ugarte et al., 2022). Es importante tener en cuenta esta variable interviniente en el proceso de tratamiento, en este sentido algunas teorías y modelos psicológicos como el de Prochaska y Diclemente (1984) y la propuesta de la entrevista motivacional de Miller y Rollnick (1999) han analizado el papel de la motivación en el ámbito de las conductas adictivas. Dichas perspectivas consideran que el sujeto tiene motivaciones inestables, cambiantes y conflictivas que pueden motivar a generar un cambio, sin embargo, no logran cambios con su conducta adictiva, lo cual da lugar al concepto de ambivalencia (López, 2011).

De igual manera, el Modelo Transteórico del Cambio expuesto por Prochaska y Di Clemente (1984), señala que este permite comprender que el desarrollo humano no es lineal sino más bien circular y que los seres humanos podemos pasar por diversas fases, e incluso estancarse en una etapa y retroceder en el camino del cambio (Montes de Oca Ugarte et al., 2022).

Por lo tanto, el proceso terapéutico tiene como objetivo reconocer y analizar el grado de ambivalencia que presenta el sujeto, con el fin de poder comprender si ya existe la disponibilidad o motivación suficiente en el mismo para realizar el cambio. Dicho cambio se desarrolla en un proceso por etapas, lo cual da inicio a la toma de decisiones de cambio en una dirección positiva, entendida como una detención o disminución del consumo (López, 2011).

El Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y Di Clemente (1984) explica las distintas etapas o fases por las que la persona puede transitar como parte de la superación en su proceso de cambio de la conducta actual. Las fases que comprende son: precontemplación, etapa en la cual define que las personas no tienen la intención de cambiar su conducta; contemplación, etapa en la que la persona tiene una intención por cambiar y está en espera de un intento por modificar su conducta desadaptativa en los próximos meses; preparación, estadio en el que las personas ya toman una decisión de cambio y establecen un compromiso para hacerlo, e intentan cambiar dentro de los próximos 30 días; acción, etapa en la que se observan los cambios, es un estadio inestable, dado que existe un alto potencial de recaída; mantenimiento, trabajo en la prevención de la recaída, las personas aumentan su autoconfianza y se estima una duración entre 6 meses y 2 años. Por último, en la etapa de terminación o seguimiento, las personas ya no experimentan riesgo de recaída hacia las conductas adictivas puesto que han desarrollado habilidades para enfrentar las situaciones de exposición (DiClemente y Crisafulli, 2022).

Adicionalmente, es importante destacar el papel que cumple el psicoterapeuta en el proceso de rehabilitación debido a que facilita los procesos de cambio, la recuperación de la autonomía, el desarrollo de la autoeficacia y el trabajo en la motivación, para que la persona se sienta capaz de alcanzar su potencial. Además, el psicoterapeuta cumple con un rol importante en el control y respuesta adaptativa del sujeto frente a diversas situaciones estresantes, con el fin de que se evite el consumo de sustancias (Pereyra et al., 2018). La persona que consume continuamente cualquier tipo de sustancia, pierde la capacidad de autocontrol suficiente para moderar su consumo o terminarlo por completo. Esto se debe a que las áreas del cerebro encargadas de la toma de decisiones, el aprendizaje, la memoria, el buen juicio y el control del comportamiento están gravemente afectadas (Calleja, 2003).

Por tal motivo, en el ámbito del tratamiento de las conductas adictivas, factores como la autoeficacia y las estrategias de afrontamiento benefician a los resultados de la rehabilitación en los pacientes, puesto que son factores estabilizadores entre la persona y las situaciones estresantes. Desde esta perspectiva, es necesario mencionar que existe escasa investigación acerca de las estrategias de afrontamiento en los pacientes drogodependientes. Por esta razón, es pertinente generar nuevos estudios en dicha población, los cuales permitan mejorar los programas de tratamiento, en beneficio de los pacientes.

Para hacer referencia al afrontamiento es necesario definir el estrés. De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986) el estrés es el conjunto de relaciones independientes entre el individuo y el ambiente, el mismo que es valorado por la persona como algo que excede de sus recursos y vulnera su bienestar. El estrés contiene cuatro elementos: 1) estímulos, hacen referencia a

las situaciones externas, 2) respuestas, se define como todas las respuestas emocionales, conductuales y cognitivas, 3) mediadores, determina la evaluación de los estímulos percibidos, y 4) moduladores, son aquellos factores externos que pueden intensificar o disminuir, más no producir el estrés (Ambrosio, 2020). Por lo tanto, su fenomenología dependerá de la resolución que se proponga, debido a que de sus manifestaciones desproporcionadas dependerá la respuesta adaptativa o desadaptativa (Jiménez, 2022).

Resulta oportuno el interés en la forma en que cada paciente reacciona a estos factores estresores, de acuerdo con Lazarus y Folkman (1986) un evento no determina su calidad de estresor, por el contrario, depende de qué manera es interpretado o evaluado por el sujeto. Es decir, la percepción de un evento como riesgoso, dependerá primero de la valoración de la nocividad de las consecuencias de la situación y después la capacidad que tiene el sujeto para afrontarlo (Tarzan y Benitez, 2017). Lazarus y Folkman (1986) proponen que las personas realizan dos evaluaciones frente al estrés: la evaluación primaria, el sujeto percibe a un evento como una amenaza; y la evaluación secundaria, el sujeto hace una valoración de los recursos que posee a nivel personal, social, económico e institucional, para afrontar una demanda del entorno y en función de esto genera posibles respuestas ante el evento. El afrontamiento se desarrolla en la segunda evaluación, donde el sujeto desarrolla diversos recursos para enfrentar el estrés.

De este modo, Lazarus y Folkman (1986) definen al afrontamiento como todo esfuerzo cognitivo y conductual dinámico, en constante cambio, que el adicto genera para controlar las demandas externas e internas valoradas como desbordantes de los recursos del individuo. Es decir, es la suma de acciones orientadas a resolver de la forma más adaptativa una situación (Jiménez, 2022). A su vez, Lazarus y Folkman (1986) menciona que ningún afrontamiento es bueno o malo; sin embargo, en el adicto pueden presentarse afrontamientos productivos o funcionales, actuando como un factor protector de las recaídas; y disfuncionales, donde las estrategias no permitirán encontrar una solución del conflicto.

Adicionalmente se puede mencionar que uno de los recursos significativos del afrontamiento es el locus de control, dicho constructo provee información sobre las conductas de una persona en relación a su afectividad, actitud y comportamiento, permitiendo predecir el éxito o fracaso de un programa de rehabilitación (Criollo y Guerrero, 2015; Tenecela-Méndez y Quito-Tapia, 2018).

Dada su importancia, es posible mencionar un estudio cuyo objetivo fue identificar el tipo de locus de control según las etapas de cambio, incluida la asociación de estas últimas con el tiempo y la frecuencia de internamiento de los usuarios internos en un centro de adicciones de la ciudad de Cuenca. Los resultados de dicho estudio demostraron la prevalencia del locus

de control interno en estadios de contemplación y de acción. Además, se identificó que los pacientes que poseen control interno (58%) se encontraban en la etapa de contemplación, y una minoría (22%) en la etapa de acción. Estos resultados se corroboran con la teoría de que el locus de control interno es imprescindible para el progreso de los pacientes en las diferentes fases de cambio que determinan Prochaska y DiClemente, permitiendo una recuperación factible, debido a que permite una correcta ejecución en relación a las estrategias orientadas a la acción y no a las emociones, mostrando resistencia a las manipulaciones, atendiendo a los errores y recaídas, orientados hacia el aprendizaje (Tenecela-Méndez y Quito-Tapia, 2018).

A partir de dicha conceptualización, las estrategias de afrontamiento o coping son el conjunto de herramientas, recursos y esfuerzos cognitivos o conductuales empleadas por los sujetos en el momento de enfrentar una situación percibida como amenazante. En este aspecto, Lazarus y Folkman (1986) mencionan que el sujeto busca conciliar las demandas del medio y sus capacidades individuales para enfrentarlas. Sin embargo, una mala conciliación entre los dos polos representa una fuente de insatisfacción y sentimientos de estrés que, con la influencia de otros factores mencionados en líneas anteriores, refleja consecuencias como el consumo patológico de sustancias (Criollo y Guerrero, 2015).

Es necesario establecer la diferencia entre los estilos y las estrategias de afrontamiento, dado que estas últimas hacen referencia a las acciones más específicas, con el objetivo de modificar las condiciones del estresor, mientras que los estilos de afrontamiento son de carácter más general ya que se refieren a tendencias personales a emplear unas u otras estrategias de afrontamiento (Blanco, 2016). Aunque la práctica de estas no siempre garantiza el éxito, permiten generar, disminuir o evitar conflictos en las personas, proporcionándoles beneficios personales y aportando a su fortalecimiento.

De tal forma, se distinguen dos tipos de estrategias de afrontamiento: las centradas en el problema y las centradas en la emoción. En el presente apartado se hará referencia a las centradas en el problema. Dichas estrategias tienen como objetivo manipular o transformar las condiciones responsables de la situación. Lazarus y Folkman (1986) refieren que ello involucra el uso de las demandas externas o internas que vulneran y desequilibran la relación entre el sujeto y el ambiente, por medio del cambio de las circunstancias generadoras del problema, o a través de nuevos recursos que eliminen el efecto negativo de las circunstancias del medio (Di-Colloredo et al., 2007).

Por otro lado, el afrontamiento centrado en las emociones tiene como objetivo el equilibrio emocional, es el esfuerzo por disminuir o excluir las respuestas emocionales generadas por la situación estresante. Por lo tanto, es un afrontamiento que se puede obtener mediante la

reevaluación cognitiva de la situación, o atendiendo a los aspectos positivos del sujeto en relación con su entorno. Dicho afrontamiento tiene más posibilidad de desarrollarse cuando el sujeto no tiene los suficientes recursos para cambiar las situaciones que le amenazan (Di-Colloredo et al., 2007). El empleo de determinada estrategia de afrontamiento dependerá de la situación en particular, la evaluación cognitiva y el control percibido, la activación fisiológica y/o las emociones (Criollo y Guerrero, 2015)

En la identificación de los estilos de afrontamiento Lazarus y Folkman (1984) elaboran una escala denominada Inventario de Modos de Afrontamiento. Este instrumento se compone por 67 ítems divididos en dos grupos de afrontamiento, los orientados hacia el problema y los orientados hacia la emoción. A su vez, su división cubre ocho dimensiones diferentes de afrontamiento.

Las ocho estrategias que se plantean en el instrumento son: 1) confrontación, se identifican las máximas intenciones de resolución de la situación amenazante, pueden tener contenido de riesgo y hostil; 2) planificación, caracteriza los esfuerzos que hace el individuo por modificar, cambiar y generar una solución a una situación; 3) distanciamiento, resaltan el esfuerzo que hace el individuo por alejarse de la situación problemática; 4) autocontrol, establece los esfuerzos por autorregular la afectividad y actos concretos; 5) aceptación de la responsabilidad, identifica la situación amenazante desde una acción propia; 6) huida y evitación, sugiere conductas de separación, bloqueo, ideas de no afrontar la situación o escapar de ella. Se genera el uso de estrategias como beber, comer, uso de sustancias psicoactivas o medicamentos; 7) reevaluación positiva, sugiere la reinterpretación y concepción de un nuevo significado y valoración de la situación estresante; y 8) búsqueda de apoyo social, se centra en el esfuerzo y deseo por acudir a otras personas como amigos, familia, instituciones, para encontrar ayuda, información o apoyo socioemocional.

El modelo de afrontamiento expuesto por Lazarus y Folkman (1984) dada su complejidad e indicadores instrumentales comprobados empíricamente, será la teoría nuclear en la que se sustenta la presente investigación en relación al consumo de sustancias psicoactivas.

A partir de la aproximación teórica, expuesta en el apartado anterior, es necesario además describir los hallazgos empíricos a nivel internacional, nacional y local con respecto al afrontamiento en pacientes con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. Por ejemplo, un estudio en Francia evaluó las estrategias de afrontamiento que utilizaron los 244 pacientes ambulatorios con trastorno por consumo de sustancias. Además, identificó la relación entre el afrontamiento, la calidad de vida, la ansiedad y la depresión respecto a su estado de salud. Se encontró que los pacientes con dependencia de alcohol, como de opiáceos utilizaban principalmente la estrategia de afrontamiento de auto culpabilización,

seguida del uso de sustancias y la autoaceptación. Adicionalmente, este estudio encontró diferencias en las estrategias de afrontamiento en ambos grupos de acuerdo a la sustancia de consumo (alcohol y opiáceos), existe una tendencia mayor hacia las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, tales como el uso de apoyo emocional, apoyo instrumental y el desahogo en los pacientes con dependencia del alcohol (Ciobanu et al., 2019).

De igual manera, en Francia un estudio con 32 pacientes dependientes de alcohol en donde se buscó analizar las estrategias de afrontamiento utilizadas en situaciones de estrés y estudiar su relación con el consumo de alcohol, la ansiedad y la depresión. Se encontró que mientras más estrategias de afrontamiento orientadas a las emociones se utilizaban, mayor era el consumo de alcohol (Camart et al., 2008).

En España se realizó un estudio sobre las estrategias de afrontamiento relacionadas con el tratamiento en 80 pacientes con trastornos por consumo de sustancias con y sin depresión comórbida, se encontró que el tiempo de abstinencia, la edad de inicio de consumo y la gravedad del trastorno de consumo de sustancias está relacionado con un afrontamiento desadaptativo. Además, se demostró que los pacientes con depresión comórbida puntuaron más alto en estrategias de aislamiento, como el retraimiento social y puntuaciones menores en estrategias relacionadas al compromiso, como la resolución de problemas, reestructuración cognitiva y el apoyo social (Antúnez y Navarro, 2017).

En Perú, al identificar la relación entre los estilos de afrontamiento y riesgos de recaída en 240 adictos residentes de 8 comunidades terapéuticas se obtuvo como resultado que las estrategias más utilizadas son las de reinterpretación positiva y el crecimiento, mientras que la estrategia menos empleada es el desentendimiento conductual (Solano, 2017).

En el mismo país, Ambrosio (2020) buscó identificar la relación entre estadios de cambio y las estrategias de afrontamiento. En primer lugar, respecto al estadio de precontemplación halló que existe una correlación positiva con las estrategias de desentendimiento conductual y negación, y una correlación negativa con el afrontamiento activo, afrontamiento religioso y la búsqueda de apoyo social por razones instrumentales. En segundo lugar, se encontraron resultados respecto al estado de contemplación que reflejaron una relación significativamente positiva con estrategias como: búsqueda de apoyo social por razones instrumentales y por razones emocionales, reinterpretación positiva y afrontamiento religioso. Por otro lado, en el estadio de acción, encontraron una relación estadísticamente positiva con estrategias de afrontamiento activo, supresión de actividades, búsqueda de apoyo social por razones emocionales e instrumentales, planificación y afrontamiento religioso. Por último, respecto al estadio de mantenimiento se encontraron relaciones estadísticamente significativas con las

siguientes estrategias: búsqueda de apoyo social por razones instrumentales y emocionales, enfocar y liberar emociones, uso de sustancias y uso de humor.

Por otra parte, a nivel nacional, en la ciudad de Ambato un estudio buscó la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en personas en proceso de recuperación por trastorno de adicción por consumo de sustancias. Los resultados reflejaron que las estrategias de afrontamiento mayormente empleadas en la población son la de retirada social y evitación del problema y la estrategia menos utilizada es la resolución de problemas (Villarroel, 2018).

En Cuenca, un estudio analizó las estrategias de afrontamiento que emplean los pacientes drogodependientes en las diferentes etapas de cambio dentro de su programa de rehabilitación. Se obtuvo como resultado que las estrategias más utilizadas son el afrontamiento religioso, el afrontamiento activo y la planificación y las menos empleadas fueron la negación y el desentendimiento conductual. A su vez, concluyeron que las etapas de cambio y las estrategias de afrontamiento no se asocian 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 (Criollo y Guerrero, 2015).

A partir de la revisión de literatura se puede evidenciar la importancia de desarrollar investigaciones en beneficio de la población con trastorno de la conducta adictiva que permitan el desarrollo de programas terapéuticos que incluyan la implementación de la evaluación sobre las habilidades, capacidades y destrezas para afrontar adecuada y adaptativamente a las situaciones estresantes de la vida cotidiana de cada sujeto, y de esta manera, evitar una posible recaída.

Por este motivo se pretende responder a la siguiente pregunta de investigación con el propósito de aportar con datos empíricos en el ámbito de intervención de las conductas adictivas: ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento de los pacientes varones diagnosticados con trastorno de consumo de sustancias psicoactivas del Centro Especializado en Tratamiento de Adicciones Renacer en Paute-Azuay, drogodependientes que se encuentran mínimo en fase de cambio de contemplación?

Para ello, se ha planteado el siguiente objetivo general: describir las estrategias de afrontamiento de los pacientes varones diagnosticados con trastorno de consumo de sustancias psicoactivas del Centro Especializado en Tratamiento de Adicciones Renacer en Paute-Azuay. Y como objetivos específicos: 1) Identificar las estrategias de afrontamiento que predominan en los pacientes con trastorno de consumo de sustancias psicoactivas que se encuentran mínimo en fase de cambio de contemplación en función de variables sociodemográficas edad, estado civil, religión, nivel de ingresos y nivel de estudios y 2)

Determinar las estrategias de afrontamiento de los pacientes con trastorno de consumo de sustancias psicoactivas que se encuentran mínimo en fase de cambio de contemplación en función de variables relacionadas con el consumo: tiempo de consumo, sustancias de mayor consumo y los tratamientos previos.

Proceso metodológico

Enfoque y alcance de investigación

Se llevó a cabo un estudio con un enfoque cuantitativo que permite unificar, medir, estimar y analizar las variables, debido a que ha seguido un proceso sistematizado que ha permitido obtener datos a través de la aplicación de instrumentos estandarizados, y manejar técnicas estadísticas para la obtención de resultados (Hernández Sampieri et al., 2014). La investigación se ajustó a un diseño de tipo no experimental ya que no se manipularon las variables, y es de corte transversal, puesto que los datos fueron obtenidos en un momento único, con el fin de describir los perfiles en un tiempo determinado. Asimismo, se seleccionó un alcance descriptivo, lo cual permitió especificar las características de las variables investigadas (Cortés y Iglesias, 2004).

Participantes

En el presente estudio se consideró un muestreo no probabilístico por conveniencia puesto que supone un proceso de selección orientado por las características de la investigación (Hernández Sampieri et al., 2014). Para la participación se consideraron criterios de inclusión y exclusión. Entre los criterios de inclusión se consideró que sea un paciente varón con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias (TCS), que en el DSM-V se logró establecer una simplificación de categorías como dependencia y abuso de sustancias dentro de una sola, comparten criterios diagnósticos en común pero los mismos son específicos para cada tipo de sustancia, los cual se desglosan en diez principales: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalables, opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, estimulantes, tabaco y sustancias desconocidas (Brooks y McHenry, 2015; López, 2020).

En este sentido, el diagnóstico de los pacientes internos en el centro de rehabilitación Renacer, justifica que se encuentran recibiendo tratamiento médico y psicológico. Además, se incluyeron únicamente a los pacientes que estuvieron mínimo en la etapa de contemplación, es decir, aquellos sujetos que ya aceptaron y reconocieron que el consumo de sustancias psicoactivas les conlleva algún tipo de problema en cualquiera de sus esferas biopsicosociales, según el Modelo Transteórico del cambio (DiClemente y Crisafulli, 2022). Por otra parte, entre los criterios de exclusión se consideró a los pacientes que no desearon participar en el estudio y, por tanto, decidieron no firmar el consentimiento informado. Además, se consideró como criterio de exclusión a todos los pacientes que el equipo profesional haya determinado que se encuentran en la etapa de pre contemplación, es decir, en una etapa de negación, sin aceptación acerca del consumo de los diferentes tipos de sustancias. Los pacientes previamente tuvieron un proceso de evaluación psicológica

completa por parte del equipo de profesionales del Centro de Rehabilitación Renacer, para corroborar en qué estadio de cambio se encontraban.

La investigación involucró a 44 varones pacientes del Centro Especializado en tratamiento de adicciones Renacer, los cuales aceptaron participar voluntariamente. En este sentido, la edad de los participantes estuvo comprendida entre 18 y 65 años con una media de 34.39 años (DE=11.56); el 68.2% de los varones se encontraban en la adultez temprana; el 59.1% indicaron estar en una relación de pareja, el 47.7% de los participantes obtuvieron el bachillerato como máximo nivel de educación, existió mayor porcentaje (68.2%) de participantes con ingresos superiores al salario básico, el 77.3% de los participantes se identifican con la religión católica.

La Tabla 1 muestra las características generales de los pacientes, en la cual se puede observar que el 72.7% de varones iniciaron su consumo hace 4 años o más; el 45.5% indicó que el alcohol fue la sustancia de mayor consumo; y el 72.7% de los participantes no estuvieron con anterioridad en otro centro o programa de rehabilitación.

Tabla 1

Caracterización de los participantes

| VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS | Características | N | % |
|------------------------------------|----------------------------|----------|----------|
| Edad | Adultez temprana | 30 | 68.2% |
| | Adultez media | 14 | 31.8% |
| Estado Civil | Con pareja | 26 | 59.1% |
| | Sin pareja | 18 | 40.9% |
| Nivel de instrucción | Educación básica | 8 | 18.2% |
| | Bachillerato | 21 | 47.7% |
| | Estudios universitarios | 15 | 34.1% |
| Ingreso económico mensual familiar | Inferior al salario básico | 14 | 31.8% |
| | Superior al salario básico | 30 | 68.2% |
| Religión | Católico | 34 | 77.3% |
| | Evangélico | 1 | 2.3% |
| | Cristiano | 4 | 9.1% |
| | Otro | 5 | 11.4% |

Tabla 1 (continuación)

| VARIABLES RELACIONADAS AL CONSUMO | Características | N | % |
|--|------------------------|----------|----------|
|--|------------------------|----------|----------|

| | | | |
|-----------------------------|------------------|----|-------|
| | 3 meses a 1 año | 2 | 4.5% |
| | 1 año a 2 años | 6 | 13.6% |
| Tiempo de consumo | 2 años a 4 años | 4 | 9.1% |
| | 4 años a más | 32 | 72.7% |
| | Alcohol | 20 | 45.5% |
| | Marihuana | 4 | 9.1% |
| Sustancias de mayor consumo | Cocaína | 5 | 11.4% |
| | Policonsumidores | 15 | 34.1% |
| | Si | 12 | 27.3% |
| Tratamientos previos | No | 32 | 72.7% |

Nota. N = 44 participantes

Instrumentos

Cuestionario de características sociodemográficas y características relacionadas al consumo:

Se diseñó un cuestionario de 8 preguntas en forma de opción múltiple, en donde se evaluaron las siguientes variables: variables sociodemográficas (edad, estado civil, nivel de estudios, ingreso económico familiar, religión) y variables relacionadas al consumo (tiempo de consumo, sustancia de consumo, tratamientos de rehabilitación previos). La variable de tratamientos previos en modalidad de internamiento hace referencia a si los pacientes que actualmente asisten al centro de rehabilitación RENACER han recibido con anterioridad tratamiento en otro centro de rehabilitación, o esta es la primera vez que reciben esta modalidad de tratamiento.

Escala de Modos de Afrontamiento Revisada (Way of Coping Inventory [WOC]; Lazarus y Folkman, 1984; versión española de Rodríguez et al., 1992):

El instrumento consta de 67 ítems, a través de una escala Likert de 0 a 3 donde 0 = en absoluto, 1 = en alguna medida, 2 = bastante y 3 = en gran medida. Los ítems están clasificados en 8 dimensiones: confrontación (6, 7, 17, 28, 34, 46), distanciamiento (12, 13, 15, 19, 21, 32, 41, 44), autocontrol (10, 14, 35, 37, 43, 53, 54, 57, 62, 63), búsqueda de apoyo social (8, 18, 31, 42, 45), aceptación de la responsabilidad (9, 25, 29, 51), huida-evitación (11, 16, 24, 33, 40, 47, 55, 58, 59), planificación (1, 2, 6, 27, 39, 48, 49, 52) y reevaluación positiva (20, 23, 30, 36, 38, 56, 60). Las sumatoria de cada dimensión permiten determinar la tendencia al uso de los modos de afrontamiento dirigidos a la emoción o dirigidos al problema (Jimenez, 2022). El nivel de consistencia interna de las escalas oscila entre 0.61 y 0.79 de Alfa de Cronbach (Ibáñez y Olmedo, 2003). El Alfa de Cronbach obtenido en el presente estudio fue de 0.962.

Procedimiento de la investigación

Una vez aprobado el proyecto, se generó el contacto con el director del Centro de Rehabilitación Renacer y se socializaron los objetivos de la presente investigación. La institución mostró interés por el estudio, y se procedió a recibir formalmente una carta de interés por parte de la Institución. Posteriormente, se realizaron acercamientos para planificar la organización y aplicación de los consentimientos informados e instrumentos de evaluación de acuerdo a los horarios en los que existía mayor accesibilidad. La aplicación de los instrumentos tomó aproximadamente 15 minutos y se desarrolló durante los meses de febrero-marzo del año 2023, debido a la disponibilidad y asistencia de los potenciales participantes del estudio; contándose con la colaboración de la mayoría. Las investigadoras estuvieron siempre pendientes de cualquier inquietud que surgiera acerca de las herramientas aplicadas. Por último, tras obtener la información de los participantes se procedió a la elaboración y digitalización de la matriz de datos en el programa estadístico SPSS (versión 24) para el análisis de los datos.

Procesamiento de los datos

Una vez digitalizados los datos recolectados en el programa estadístico SPSS v24, se procedió a depurar y codificar la información para desarrollar el análisis estadístico de los datos. El análisis se desarrolló mediante la estadística descriptiva mediante la aplicación de medidas de tendencia central, es decir: medias, desviación estándar, frecuencias y porcentajes. Con el objetivo de identificar la distribución de los datos obtenidos se aplicó la prueba de normalidad Shapiro Wilk para una muestra menor a 50, se obtuvieron datos paramétricos.

El análisis estadístico descriptivo posibilitó dar respuesta a los objetivos específicos de la presente investigación, además permitió identificar el comportamiento de los datos de acuerdo a las dimensiones del instrumento y las variables determinadas en la investigación. Es importante mencionar que el instrumento aplicado consta con diferente número de ítems en las ocho dimensiones señaladas, por lo cual se realizó una media ponderada con el propósito de obtener un resultado que responda con certeza los diferentes objetivos del estudio. De esta manera, dicho proceso permitió conocer el tipo de afrontamiento que predomina en los individuos, de acuerdo a variables sociodemográficas y a variables relacionadas con el consumo.

Aspectos éticos

La presente investigación se desarrolló bajo el marco de los principios éticos y los códigos de conducta para psicólogos determinados por la Asociación Americana de Psicología (2017). En el estudio se plantearon los siguientes principios: el respeto y la colaboración voluntaria

de los participantes, lo cual permitió garantizar sus derechos humanos, así como la libertad de cancelar su participación durante el proceso de la investigación. De igual manera, la confidencialidad y el anonimato fueron parte fundamental del proceso investigativo, los datos obtenidos fueron con fines académicos y se reservó la identidad de cada participante.

Además, cabe señalar que existió un consentimiento informado por parte de los participantes voluntarios, el mismo que fue previamente entregado y socializado con todos los participantes, con el fin de que su participación sea voluntaria y de tal manera, garantizar la reservación de los datos. Por último, es importante mencionar que el diseño de la investigación ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigaciones en Seres Humanos (CEISH) de la Universidad de Cuenca, lo que garantizó la ética y la seguridad de la presente investigación.

Presentación y análisis de los resultados

En el presente apartado se detallan los resultados obtenidos a partir del análisis estadístico de los datos. Para la presentación y comprensión de los resultados se ha organizado los mismos de acuerdo a los objetivos planteados. En el primer apartado se evidencian los resultados que responden al objetivo general de la investigación. Posteriormente, se presentan dos apartados en donde se exponen los resultados de los objetivos específicos del estudio.

Estrategias de afrontamiento de los pacientes varones diagnosticados con trastorno de consumo de sustancias psicoactivas

Respecto a las principales estrategias de afrontamiento en los pacientes varones diagnosticados con trastorno de consumo de sustancias psicoactivas del Centro Especializado en Tratamiento de Adicciones Renacer en Paute-Azuay, se encontró que destaca la estrategia de aceptación de la responsabilidad con una puntuación media de 63.87, siendo la puntuación mínima 16.67 y máxima 100; además destaca también la estrategia de reevaluación positiva con una puntuación media de 61.47, siendo la puntuación mínima de 14.29 y máxima de 95.24. Por el contrario, la estrategia menos empleada por los pacientes fue la de confrontación, se obtuvo una puntuación media de 49.87, con una puntuación mínima de 0 y máxima de 94.44 (ver Tabla 2).

Los resultados hallados en nuestro estudio coinciden con uno de los resultados del estudio de Solano (2017) que involucró a 240 adictos residentes de ocho comunidades terapéuticas peruanas, donde obtuvo que una de las estrategias más utilizadas fue la de reevaluación positiva con una media de 11.02. Por otro lado, nuestros resultados discrepan del estudio de Añazco y Espinoza (2017) dado que encontraron que las estrategias más utilizadas fueron: la estrategia de autocontrol y la de huida y evitación. A su vez, Ardila et al. (2015) en su estudio que involucró a 19 alcohólicos anónimos en contexto colombiano encontró que las estrategias de mayor empleo en los participantes fueron: solución de problemas, búsqueda de apoyo social y religión. Mientras que las estrategias de menor empleo fueron las de espera, búsqueda de apoyo profesional y autonomía.

De igual manera, nuestros resultados discrepan con los de otros estudios realizados en el contexto ecuatoriano (Coronel, 2023; Criollo y Guerrero 2015), puesto que hallaron que la estrategia más utilizada fue la de religión. Sin embargo, es preciso considerar que en estos estudios se utilizaron instrumentos distintos al utilizado en nuestro estudio para evaluar las estrategias de afrontamiento lo que limitó la comparación de resultados.

Una hipótesis tentativa de nuestros hallazgos se podría relacionar con que los pacientes que formaron parte de nuestro estudio se encontraban asistiendo a un programa de rehabilitación

en modalidad internamiento, lo cual pudo potenciar la mejora de la regulación consciente de las emociones negativas frente a ciertas situaciones estresantes que enfrentan los pacientes en la vida cotidiana (Antúñez y Navarro, 2017).

Tabla 2

Estrategias de afrontamiento de los pacientes con trastorno de consumo sustancias psicoactivas

| Estrategias de afrontamiento | \bar{x} | DE |
|-------------------------------------|-----------------------------|-----------|
| Confrontación | 49.87 | 18.03 |
| Distanciamiento | 53.50 | 18.48 |
| Autocontrol | 53.10 | 17.94 |
| Búsqueda de apoyo social | 51.06 | 22.17 |
| Aceptación de la responsabilidad | 63.87 | 21.14 |
| Huida y evitación | 53.03 | 17.94 |
| Planificación | 53.50 | 18.48 |
| Reevaluación positiva | 61.47 | 19.90 |

Nota. \bar{x} = media aritmética; DE = desviación estándar

Estrategias de afrontamiento en función de variables sociodemográficas

Edad

Los resultados permitieron identificar que tanto los pacientes en la etapa de adultez temprana como los pacientes en la adultez media presentaron un mayor predominio de la estrategia de afrontamiento aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva. Estos hallazgos demuestran que estos pacientes emplean en mayor medida estrategias de afrontamiento centrados en el problema (ver Tabla 3). No existen estudios previos que hayan analizado las mismas variables de nuestro estudio, aquellos estudios que han analizado estas variables han utilizado otros instrumentos para evaluar las estrategias de afrontamiento, lo cual dificulta la comparación de los resultados.

Por ejemplo: el estudio de Criollo y Guerrero (2015) desarrollado en el contexto ecuatoriano, encontraron que los pacientes en adultez temprana, media y tardía emplearon en mayor medida la religión como estrategia de afrontamiento. Sin embargo, el estudio de Añazco y Espinoza (2017) en el mismo contexto, hallaron que los pacientes en etapas de adultez temprana y adultez media emplearon en mayor medida las estrategias de huida y evitación, y autocontrol. Un estudio colombiano realizado por Alzate y Bermúdez (2009) encontró que los pacientes en etapa de adultez temprana emplean en mayor medida la estrategia de solución de problemas y evitación emocional.

Tabla 3

Estrategias de afrontamiento según la variable sociodemográfica edad

| Estrategias de afrontamiento | Adulthood temprana | | Adulthood media | |
|----------------------------------|--------------------|-------|-----------------|-------|
| | \bar{x} | DE | \bar{x} | DE |
| Confrontación | 49.63 | 18.51 | 50.40 | 17.63 |
| Distanciamiento | 51.39 | 17.89 | 59.52 | 23.82 |
| Autocontrol | 53.44 | 17.36 | 52.38 | 19.80 |
| Búsqueda de apoyo social | 47.78 | 19.81 | 58.10 | 25.94 |
| Aceptación de la responsabilidad | 61.39 | - | 66.07 | - |
| Huida y evitación | 52.96 | 17.48 | 53.17 | 19.58 |
| Planificación | 53.19 | - | 54.17 | - |
| Reevaluación positiva | 60.00 | 18.82 | 64.63 | 22.47 |

Nota. \bar{x} = media aritmética; DE = desviación estándar

Estado civil

Al analizar las estrategias de afrontamiento que presentaron los pacientes de acuerdo al estado civil, se encontró que los pacientes que tienen pareja presentaron un mayor predominio de la estrategia aceptación de la responsabilidad. Mientras que los participantes sin pareja reflejaron un mayor empleo de la estrategia de reevaluación positiva (ver Tabla 4). Sin embargo, no existen estudios previos que hayan analizado las mismas variables de nuestro estudio, aquellos estudios que han analizado estas variables han utilizado otros instrumentos para evaluar las estrategias de afrontamiento, lo cual dificulta la comparación de los resultados. Por ejemplo, el estudio de Coronel (2023) en el contexto ecuatoriano, quien encontró que la estrategia de afrontamiento centrarse en las emociones y desahogarse es la que presenta una mayor relación estadísticamente significativa con la variable estado civil, especialmente en los pacientes solteros.

Una hipótesis teórica tentativa de nuestros hallazgos puede relacionarse con factores que podrían intervenir en el empleo de las estrategias de afrontamiento de los pacientes con trastorno por consumo de sustancias hacia una respuesta más adaptativa frente al estrés. Los estudios sugieren que, si estos pacientes cuentan con una pareja sentimental estable, podrían tener mayor apoyo social. Esto debido a que contarán con una red de apoyo en quien confiar. funcionando como un amortiguador del estrés (Rueda et al., 2020; Vázquez Valverde et al., 2003).

Tabla 4*Estrategias de afrontamiento en función de la variable estado civil*

| Estrategias de afrontamiento | Con pareja | | Sin pareja | |
|----------------------------------|------------|-------|------------|-------|
| | \bar{x} | DE | \bar{x} | DE |
| Confrontación | 48.50 | 16.60 | 51.85 | 20.26 |
| Distanciamiento | 51.92 | 21.35 | 56.94 | 18.19 |
| Autocontrol | 54.23 | 20.71 | 51.48 | 13.39 |
| Búsqueda de apoyo social | 48.21 | 24.10 | 55.19 | 18.97 |
| Aceptación de la responsabilidad | 63.14 | 20.44 | 62.50 | 22.73 |
| Huida y evitación | 53.85 | 18.80 | 51.85 | 17.09 |
| Planificación | 53.37 | 18.71 | 53.70 | 18.68 |
| Reevaluación positiva | 59.52 | 21.56 | 64.29 | 17.46 |

Nota. \bar{x} = media aritmética; DE = desviación estándar

Religión

En relación a la religión, se pudo identificar que en los pacientes católicos predomina la estrategia de reevaluación positiva. Por otra parte, los pacientes evangélicos reflejan mayor empleo de la estrategia de autocontrol. Mientras que los pacientes cristianos y quienes se encuentran en la categoría otros demostraron un mayor empleo de la estrategia de aceptación de la responsabilidad (ver Tabla 5). Nuestros resultados sugieren que en general los pacientes en función de la religión emplean mayormente estrategias centradas en la emoción. No se han encontrado estudios previos que analicen estas variables en pacientes con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas para contrastar nuestros resultados. Sin embargo, es importante mencionar que algunas investigaciones previas sugieren que la religiosidad puede potenciar los procesos de recuperación en los pacientes drogodependientes (Sremac, 2010; Zemore, 2007).

Tabla 5*Estrategias de afrontamiento en función de la variable religión*

| Estrategia de afrontamiento | Católico | | Evangélico | | Cristiano | | Otros | |
|-----------------------------|-----------|-------|------------|----|-----------|-------|-----------|-------|
| | \bar{x} | DE | \bar{x} | DE | \bar{x} | DE | \bar{x} | DE |
| Confrontación | 47.88 | 14.28 | 72.22 | - | 61.11 | 21.28 | 50 | 34.47 |
| Distanciamiento | 54.17 | 21.44 | 54.17 | - | 57.29 | 22.92 | 50 | 10.21 |
| Autocontrol | 52.16 | 17.62 | 83.33 | - | 55 | 16.89 | 52 | 21.16 |

| | | | | | | | | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|---|-------|-------|-------|-------|
| Búsqueda de apoyo social | 50.98 | 22.19 | 66.67 | - | 53.33 | 18.86 | 46.67 | 29.44 |
| Aceptación de la responsabilidad | 60.29 | 19.79 | 75 | - | 85.42 | 19.69 | 60 | 25.95 |
| Huida y evitación | 50.76 | 16.80 | 74.07 | - | 59.26 | 19.83 | 59.26 | 24.43 |
| Planificación | 52.33 | 16.09 | 79.17 | - | 63.54 | 22.66 | 48.33 | 28.96 |
| Reevaluación positiva | 61.76 | 19.17 | 76.19 | - | 73.81 | 20.02 | 46.67 | 21.14 |

Nota. \bar{x} = media aritmética; *DE* = desviación estándar

Nivel de instrucción

Respecto a las estrategias de afrontamiento en función del nivel de instrucción, es posible evidenciar que en los pacientes con un nivel de instrucción básica predomina las estrategias de búsqueda de apoyo social. En cambio, los pacientes de bachillerato como máximo nivel de instrucción reflejaron principalmente la estrategia de aceptación de la responsabilidad. Por último, en los pacientes con estudios universitarios se identificó la reevaluación positiva como la estrategia de afrontamiento de mayor empleo (ver Tabla 6). Nuestros resultados van en línea con otro estudio realizado en Ecuador, desarrollado por Coronel (2023) quien encontró que existe una variación entre el uso de estrategias de afrontamiento y el grado de instrucción de los pacientes adictos. Sin embargo, las estrategias encontradas en dicho estudio difieren de las encontradas en el nuestro, debido a que utilizaron otro instrumento para evaluar las estrategias de afrontamiento. Por el contrario, Solano (2017) en su estudio en Perú encontró que no existe una relación entre el uso de estrategias de afrontamiento y el grado de instrucción de los pacientes adictos.

Tabla 6

Estrategias de afrontamiento en función de la variable nivel de instrucción

| Estrategias de afrontamiento | Educación básica | | Bachillerato | | Estudios universitarios | |
|----------------------------------|------------------|-----------|--------------|-----------|-------------------------|-----------|
| | \bar{x} | <i>DE</i> | \bar{x} | <i>DE</i> | \bar{x} | <i>DE</i> |
| Confrontación | 43.06 | 24.62 | 51.85 | 15.15 | 50.74 | 18.29 |
| Distanciamiento | 58.85 | 27.86 | 52.98 | 17.54 | 52.78 | 19.77 |
| Autocontrol | 47.92 | 26.06 | 53.33 | 15.78 | 55.56 | 16.51 |
| Búsqueda de apoyo social | 60.00 | 31.27 | 46.67 | 20.55 | 52.44 | 18.49 |
| Aceptación de la responsabilidad | 54.17 | 34.21 | 68.25 | 17.40 | 60.00 | 16.12 |

| | | | | | | |
|-----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Huida y evitación | 45.83 | 22.83 | 53.44 | 16.08 | 56.30 | 17.83 |
| Planificación | 49.48 | 30.33 | 53.57 | 15.15 | 55.56 | 15.72 |
| Reevaluación positiva | 56.55 | 26.01 | 63.04 | 18.80 | 61.90 | 18.88 |

Nota. \bar{x} = media aritmética; *DE* = desviación estándar

Ingreso económico familiar

En relación con las estrategias de afrontamiento en función del nivel socioeconómico (ver Tabla 7) se encontró que tanto los pacientes con ingresos inferiores al salario básico como los pacientes con ingresos superiores al salario básico informan que existe un mayor empleo de las estrategias de aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva. No existen estudios previos que hayan analizado las mismas variables de nuestro estudio, aquellos estudios que han analizado estas variables han utilizado otros instrumentos para evaluar las estrategias de afrontamiento, lo cual complica la comparación de los datos hallados en la presente investigación. Así, por ejemplo, en el estudio de Gómez y Uribe (2019) obtuvieron que los pacientes que pertenecían a un estrato socioeconómico bajo y medio empleaban en mayor medida la estrategia de evitación emocional y espera.

Una hipótesis tentativa de nuestros resultados podría estar en función de que mejores condiciones socioeconómicas pueden favorecer a un adecuado desarrollo de los individuos, al beneficiar la satisfacción de necesidades de los mismos (INEC,2014). Por lo tanto, una buena posición socioeconómica familiar influye en el desarrollo de las habilidades psicológicas gracias a los beneficios que existen en relación a la educación y a la salud (Molina, 2021).

Adicionalmente, es importante considerar que la probabilidad de consumo de sustancias aumenta a menor condición socioeconómica, debido a la ausencia de apoyo social hacia dichos grupos socioeconómicos (Hiscock et al., 2012).

Tabla 7

Estrategias de afrontamiento en función de la variable nivel socioeconómico

| Estrategias de afrontamiento | Inferior al salario básico | | Superior al inferior básico | |
|----------------------------------|----------------------------|-----------|-----------------------------|-----------|
| | \bar{x} | <i>DE</i> | \bar{x} | <i>DE</i> |
| Confrontación | 43.46 | 19.44 | 53.33 | 16.54 |
| Distanciamiento | 50 | 25.11 | 55.83 | 17.39 |
| Autocontrol | 47.62 | 26 | 55.67 | 12.38 |
| Búsqueda de apoyo social | 47.14 | 26.34 | 52.89 | 20.19 |
| Aceptación de la responsabilidad | 54.76 | 26.29 | 66.67 | 17.51 |
| Huida y evitación | 44.97 | 19.54 | 56.79 | 16.14 |
| Planificación | 47.62 | 24.72 | 56.25 | 14.42 |

| | | | | |
|-----------------------|-------|-------|-------|-------|
| Reevaluación positiva | 54.08 | 24.18 | 64.92 | 16.94 |
|-----------------------|-------|-------|-------|-------|

Nota. \bar{x} = media aritmética; DE = desviación estándar

Estrategias de afrontamiento en función de variables relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas

Tiempo de consumo

Las estrategias de afrontamiento en función de la variable tiempo de consumo reflejan que los pacientes que consumieron sustancias psicoactivas durante un rango de tiempo de tres meses a un año, utilizaban en mayor medida la estrategia de afrontamiento planificación. Los pacientes que consumieron en el lapso de tiempo de un año a dos años las estrategias más utilizadas fueron: búsqueda de apoyo social, y huida y evitación. Los pacientes que consumieron en el rango de dos a cuatro años se refleja el predominio de dos estrategias de afrontamiento: aceptación de la responsabilidad, y huida y evitación (ver Tabla 8). Por último, en el intervalo de tiempo de cuatro años o más la estrategia mayormente empleada fue búsqueda de apoyo social. En este sentido, las estrategias de afrontamiento empleadas en mayor medida en relación con la variable tiempo de consumo son búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida y evitación.

Se evidencia que la estrategia de búsqueda de apoyo social fue empleada por quienes tienen un mayor tiempo de consumo. Mientras que los pacientes con menor tiempo de consumo utilizaban en mayor frecuencia la estrategia de planificación. Esto explicaría que al existir menor tiempo de consumo los pacientes intentan resolver las situaciones que les genera estrés, considerando que sus alternativas de solución sean las más adecuadas.

Nuestros resultados coinciden con los hallazgos del estudio de Añazco y Espinoza (2017) en un centro de rehabilitación de la ciudad de Cuenca, donde encontraron que la estrategia de afrontamiento más empleada por los pacientes internos fue la de huida y evitación. Sin embargo, las estrategias de búsqueda de apoyo social y aceptación de la responsabilidad, reflejaron ser las menos empleadas, hallazgos que discrepan con los hallados en nuestro estudio.

Por otro lado, en un estudio realizado con jóvenes que se encuentran privados de la libertad en un centro de resocialización, se halló que las estrategias de afrontamiento empleadas en mayor medida durante el tiempo de consumo fueron la de solución de problemas y evitación emocional. En el mismo estudio, se evidencia que la estrategia de solución de problemas fue utilizada por quienes tienen un mayor grado de consumo, y esto fue explicado por el concepto de los pacientes sobre la resolución asertiva las situaciones que les genera estrés,

considerando que sus alternativas de solución (consumo de sustancias) son las más adecuadas (Obando et al., 2019).

Tabla 8

Estrategias de afrontamiento en función de la variable tiempo de consumo

| Estrategia de afrontamiento | 3 meses a 1 año | | 1 año a 2 años | | 2 años a 4 años | | 4 años o más | |
|----------------------------------|-----------------|-------|----------------|-------|-----------------|-------|--------------|-------|
| | \bar{x} | DE | \bar{x} | DE | \bar{x} | DE | \bar{x} | DE |
| Confrontación | 25 | 19.64 | 59.26 | 17.80 | 40.28 | 31.22 | 50.87 | 14.94 |
| Distanciamiento | 27.08 | 32.41 | 72.22 | 17.61 | 46.88 | 32.34 | 52.47 | 13 |
| Autocontrol | 18.75 | 8.84 | 76.39 | 17.61 | 43.75 | 7.98 | 53.26 | 17.54 |
| Búsqueda de apoyo social | 29.17 | 17.68 | 81.94 | 21.35 | 50 | 24.53 | 63.02 | 17.70 |
| Aceptación de la responsabilidad | 33.33 | 42.43 | 68.89 | 14.25 | 55 | 27.01 | 51.15 | 14.41 |
| Huida y evitación | 30.95 | 23.57 | 83.33 | 9.87 | 53.57 | 18.80 | 60.27 | 17.88 |
| Planificación | 38.89 | 39.28 | 59.88 | 15.96 | 46.30 | 23.91 | 53.47 | 16.51 |
| Reevaluación positiva | 23.33 | 33 | 66.67 | 24.94 | 46.67 | 17.21 | 50.42 | 20.46 |

Sustancia de mayor consumo

Las estrategias de afrontamiento que predominan en función de la variable sustancia de mayor consumo fueron: huida-evitación, y búsqueda de apoyo social (ver Tabla 9). Adicionalmente, se encontró que el alcohol (N=20) fue la sustancia de mayor consumo en relación con los otros tipos de drogas. Adicionalmente se encontró que en los pacientes que predomina el alcohol como sustancia de mayor consumo, existen dos tipos de estrategias con mayores puntuaciones: la búsqueda de apoyo social, y huida-evitación.

No existen estudios previos que hayan analizado las mismas variables de nuestro estudio, aquellos estudios que han analizado estas variables han utilizado otro instrumento para evaluar las estrategias de afrontamiento, lo cual dificulta la comparación de los resultados. Por ejemplo: el estudio realizado por Obando et al. (2019), encontró que los pacientes drogodependientes de un centro de resocialización, en su mayoría consumidores de alcohol y marihuana, utilizan en mayor medida las estrategias de afrontamiento de solución de problemas y apoyo social.

Tabla 9

Estrategias de afrontamiento en función de la variable sustancia de mayor consumo

| Estrategia de afrontamiento | Alcohol | | Marihuana | | Cocaína | | Policonsumidor | |
|----------------------------------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|----------------|-------|
| | \bar{x} | DE | \bar{x} | DE | \bar{x} | DE | \bar{x} | DE |
| Confrontación | 47.78 | 15.12 | 52.78 | 14.70 | 55.56 | 20.41 | 50 | 22.42 |
| Distanciamiento | 50.83 | 17.08 | 58.33 | 15.59 | 64.17 | 20.96 | 52.22 | 20.40 |
| Autocontrol | 53.96 | 19.75 | 60.42 | 16.14 | 49.17 | 24.54 | 53.89 | 21.39 |
| Búsqueda de apoyo social | 61.25 | 21.16 | 77.08 | 10.49 | 65 | 24.58 | 60.56 | 22.38 |
| Aceptación de la responsabilidad | 50.67 | 16.24 | 60.83 | 17.08 | 57.33 | 16.73 | 52.89 | 21.38 |
| Huida y evitación | 61.43 | 18.01 | 64.29 | 27.63 | 70.48 | 20.03 | 57.78 | 21.29 |
| Planificación | 49.26 | 17.95 | 57.41 | 13.69 | 57.04 | 15.18 | 55.56 | 20.19 |
| Reevaluación positiva | 50.67 | 23.03 | 40 | 24.94 | 60 | 17 | 51.56 | 22.60 |

Nota. \bar{x} = media aritmética; DE = desviación estándar

En la clasificación de policonsumidores se encuentran las personas que en la ficha seleccionaron dos o más sustancias de consumo.

Tratamientos previos

La población de estudio está conformada por un total de 44 participantes, y con base al recuento de datos, 32 de los participantes respondieron que “no” han asistido con anterioridad a un centro de rehabilitación, y 12 participantes respondieron que “sí” han recibido tratamientos previos. Dichos datos reflejan que existe un predominio de pacientes que no han recibido tratamientos previos en relación a quienes sí han recibido un tratamiento previamente.

La estrategia de afrontamiento que predomina en función al grupo que no ha recibido tratamiento previo, es la de aceptación de la responsabilidad. Por el contrario, quienes, si recibieron tratamientos previos en modalidad internamiento, la estrategia que predomina es la de reevaluación positiva (ver Tabla 10). Nuestros hallazgos se contrastan con el estudio de Añazco Lambert et al. (2017) desarrollado en un centro de tratamiento de adicciones en la ciudad de Cuenca, quienes informaron que los pacientes que no han recibido tratamientos previos, y es su primer internamiento, utilizaban en mayor medida las estrategias de

afrontamiento de autocontrol y huida-evitación.

Así mismo, en un estudio realizado por McCormick y Smith (1995) hallaron que los pacientes drogodependientes que se encuentran en tratamiento con modalidad de internamiento emplean en mayor medida la estrategia de afrontamiento de reevaluación positiva y planificación. Estas estrategias permiten predecir mayor éxito en el tratamiento dado que existe una mayor aceptación del problema y la adopción de una actitud confrontativa ante el mismo (Añazco y Espinoza, 2017; McCormick y Smith 1995). En este sentido, se puede mencionar un estudio realizado con internos en un centro de rehabilitación en México, se considera que quienes están recibiendo tratamiento deben tener un aumento en sus estrategias de afrontamiento asertivas y una disminución en las estrategias no asertivas, lo cual evitará las recaídas en menor medida o en su totalidad, y permitirá que el sujeto busque alternativas positivas ante la solución de problemas (López, 2020).

Tabla 10

Estrategias de afrontamiento en función de la variable internamiento previo

| Estrategia de afrontamiento | Sí | | No | |
|------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | \bar{x} | <i>DE</i> | \bar{x} | <i>DE</i> |
| Confrontación | 56.02 | 18.11 | 47.57 | 17.73 |
| Distanciamiento | 60.07 | 18.25 | 51.69 | 20.49 |
| Autocontrol | 53.89 | 11.27 | 52.81 | 20.04 |
| Búsqueda de apoyo social | 58.33 | 18.88 | 48.33 | 22.97 |
| Aceptación de la responsabilidad | 66.67 | 20.72 | 61.46 | 21.46 |
| Huida y evitación | 54.94 | 13.66 | 52.31 | 19.46 |
| Planificación | 57.99 | 14.37 | 51.82 | 19.74 |
| Reevaluación positiva | 71.03 | 14.57 | 57.89 | 20.64 |

Nota. \bar{x} = media aritmética; *DE* = desviación estándar.

Conclusiones y recomendaciones

El objetivo de la presente investigación fue describir las estrategias de afrontamiento de los pacientes varones diagnosticados con trastorno de consumo de sustancias psicoactivas del Centro Especializado en Tratamiento de Adicciones Renacer en Paute-Azuay. A partir de los resultados obtenidos, de manera general se concluye que, los pacientes que reciben tratamiento en modalidad de internamiento emplean en mayor medida las estrategias de aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva. Mientras que la estrategia menos empleada es la de confrontación, es decir, solucionar directamente el problema mediante acciones agresivas o potencialmente arriesgadas para el individuo. En este sentido, estos resultados nos permiten concluir que las estrategias que predominan en los pacientes drogodependientes son las relacionadas con el afrontamiento centrado en la emoción, lo cual conlleva al paciente a hacer un mayor esfuerzo por disminuir o excluir las respuestas emocionales generadas por determinado acontecimiento estresante.

En relación con las variables sociodemográficas podemos concluir que las estrategias de afrontamiento que predominan en los pacientes son aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva. Frente a la variable edad no existe una diferencia entre los pacientes en etapa de adultez temprana y adultez media, ambos grupos informan la aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva como principales estrategias de afrontamiento. Respecto a la variable estado civil, los pacientes con pareja informan un mayor empleo de la estrategia aceptación de la responsabilidad, y los pacientes sin pareja informan la reevaluación positiva como principal estrategia de afrontamiento. En torno a la variable religión, en los católicos predomina un mayor empleo de la estrategia de reevaluación positiva. En relación al nivel de instrucción, en su mayoría los pacientes tienen un nivel de instrucción de bachillerato, quienes informaron mayor empleo de la estrategia de aceptación de la responsabilidad. Por último, respecto a la variable ingreso económico, no existe diferencia entre los pacientes con ingresos inferiores y superiores al salario básico, ambos informan un mayor empleo de las estrategias de aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva.

Con respecto a las variables relacionadas al consumo podemos concluir que las estrategias de afrontamiento que predominan son la búsqueda de apoyo social, huida y evitación. Frente a la variable tiempo de consumo podemos concluir que el mayor porcentaje de pacientes consumieron sustancias en un rango de 4 a más años, quienes informan la búsqueda de apoyo social como principal estrategia de afrontamiento. Mientras que, los pacientes que consumieron sustancias menos tiempo, informan el empleo de la estrategia de planificación.

Por otro lado, la sustancia de mayor consumo en los pacientes fue el alcohol, y se refleja la búsqueda de apoyo social y, la huida y evitación como estrategias de afrontamiento.

Por último, es importante recalcar que frente a la variable internamiento previo se obtuvo que en los pacientes que asistieron anteriormente a un programa de rehabilitación predomina la estrategia de reevaluación positiva. Por el contrario, los pacientes que no estuvieron en ningún programa de rehabilitación con modalidad internamiento emplean en mayor medida la estrategia de aceptación de la responsabilidad. Estos hallazgos indicarían que quienes han sido internados por primera vez reconocen las repercusiones negativas de su conducta por lo que buscan un cambio. En cambio, quienes ya han recibido tratamiento previo prefieren percibir como positivo el recibir tratamiento nuevamente.

La presente investigación permite señalar la importancia de la implementación de programas de intervención para pacientes drogodependientes que consideren desarrollar estrategias de afrontamiento necesarias para evitar posibles recaídas en función del perfil de los usuarios de esta modalidad de tratamiento. Sin embargo, es necesario considerar que una de las limitaciones de la investigación fue el tamaño de la muestra, por ese motivo se recomienda que futuras investigaciones amplíen la muestra para que los datos obtenidos puedan generalizarse. Adicionalmente, se recomienda desarrollar futuros estudios que puedan favorecer la recuperación en pacientes drogodependientes ya que podrían influir en el empleo de las estrategias de afrontamiento, considerando la relación con constructos psicológicos, tales como: la personalidad, la autoestima, el nivel de bienestar, la motivación, la inteligencia emocional, las creencias socioculturales y los factores ambientales, debido a que estas median las acciones de un individuo para afrontar las situaciones vulnerables, como el consumo de sustancias.

Referencias bibliográficas

- Alzate, L. M., y 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* [Tesis de Pregrado, Universidad de San Buenaventura].
<https://bibliotecadigital.usb.edu.co/server/api/core/bitstreams/4af7c4c1-526b-4e2c-b5a1-cf3ea8264201/content>
- Ambrosio, J. I. (2020). *Estadios de Cambio y Estrategias de afrontamiento en residentes dependientes a SPA internados en comunidades terapéuticas de Lima Norte* [Tesis de pregrado, Universidad Privada del Norte].
<https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/24030?show=full>
- Antúnez, J. M. y Navarro, J. F. (2017). Coping strategies related to treatment in substance use disorder patients with and without comorbid depression. *Psychiatry Research*, 251, 325-332. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.035>
- Añazco, I. D. y Espinoza, M. P. (2017). *Estrategias de afrontamiento en pacientes drogodependientes en proceso de rehabilitación* [Tesis de Pregrado, Universidad de Cuenca]. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/28458>
- Araujo, G. E. y Clavijo, F. P. (2019). *Ansiedad y depresión en adultos varones drogodependientes en procesos de internamiento* [Tesis de Pregrado, Universidad de Cuenca]. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/25704>
- Ardila, S. Y., Castellar, Y. F., y Galvis, A. M. (2015). *Estrategias de afrontamiento en un grupo de alcohólicos anónimos del municipio de apartado de acuerdo a los tiempos de no consumo* [Tesis de Pregrado, Universidad de Antioquia].
<https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/16006>
- American Psychological Association [APA]. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM - 5 (5ta Edición)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Blanco, A. (2016). *Sentido de Vida y Estilo de Afrontamiento. Análisis Comparativo con Población Drogodependiente y General* [Trabajo de grado, Universidad Francisco de Vitoria]. <http://ddfv.ufv.es/handle/10641/1230>
- Brooks, F., y McHenry, B. (2015). *A contemporary approach to substance use disorders and addiction counseling* (2nd ed.). American Counseling Association.
http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Contemporary%20Approach.pdf
- Calleja, P. (2003). Trastornos y problemas relacionados con la salud mental. *Enfermería* 21, 11, 291–304.

- Camart, N., Gerard, C., Varescon, I., Huc, A. S. y Detilleux, M. (2008). Stress et coping chez des patients alcoolodépendants consultants. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 18(3), 119-123. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2008.06.001>
- Ciobanu, I., Di Patrizio, P., Baumann, C., Schwan, R., Vlamynck, G., Bédès, A., Clerc-Urmès, I., Viennet, S. y Bourion-Bédès, S. (2019). Relationships between coping, anxiety, depression and health-related quality of life in outpatients with substance use disorders: results of the SUBUSQOL study. *Psychology, Health & Medicine*, 25(2), 1-11. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1679847>
- Coronel, A. (2023). *Estilos de Afrontamiento en Adictos Residentes de un CETAD en la Ciudad de Cuenca* [Tesis de grado, Universidad del Azuay]. <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/12812>
- Cortés Cortés, M. E. y Iglesias León, M. (2004). Generalidades sobre Metodología de la Investigación. (1.^a ed., Vol. 1). Universidad Autónoma del Carmen. https://www.unacar.mx/contenido/gaceta/ediciones/metodologia_investigacion.pdf
- Criollo, M. E. y Guerrero, J. M. (2015). *Estrategias de afrontamiento en varones drogodependientes en proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica* [Tesis de pregrado, Universidad de Cuenca]. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/22165>
- DiClemente, C. C. y Crisafulli, M. A. (2022). Relapse on the road to recovery: Learning the lessons of failure on the way to successful behavior change. *Journal of Health Service Psychology*, 48(2), 59–68. <https://doi.org/10.1007/s42843-022-00058-5>
- Di-Colloredo, C., Aparicio, D. P., y Moreno, J. (2007). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. *Psicología. Avances de la disciplina*, 1(2), 125-156. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224996002>
- Gómez, M. C., y Uribe, K. M. (2019). *Estrategias de afrontamiento y las dimensiones de las relaciones intrafamiliares en consumidores de sustancias psicoactivas. Un estudio correlacional* [Tesis de pregrado, Universidad Pontificia Bolivariana]. <http://hdl.handle.net/20.500.11912/6298>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, M. P., Méndez Valencia, S., y Mendoza Torres, C. P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.).
- Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A., & Munafò, M. R. (2012). Socioeconomic status and smoking: a review. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248(1), 107-123. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x>

- Ibáñez, I. y Olmedo, C.E. (2003). Factorización exploratoria del cuestionario Ways of Coping (WCQ). *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1(11), 79-94.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. [INEC]. (2015). Compendio de resultados de la encuesta de condiciones de vida. En *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ECV/ECV_2015/documentos/ECV%20COMPENDIO%20LIBRO.pdf
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. [NIDA] (2020). Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción. *National Institute on Drug Abuse*. <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/prefacio>
- Jimenez, H. A. (2022). *Satisfacción con la vida y estrategias de afrontamiento asociadas a los estadios de cambio en adicciones en un centro especializado de tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas* [Tesis de Maestría, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/11435>
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca. (V.O. 1984)
- López, Á. (2020). Programa de prevención de recaídas en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas [Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez]. <http://hdl.handle.net/20.500.11961/5936>
- López, C. (2011). Las características de la situación mental en el consumo adictivo de sustancias y la motivación para entrar a un tratamiento de adicciones. *Revista de Psicología*, 20(2), 53-76. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2011.17932>
- Méndez Díaz, M., Ruiz Contreras, A. E., Prieto Gómez, B., Romano, A., Caynas, S., y Próspero García, O. (2010). El cerebro y las drogas, sus mecanismos neurobiológicos. *Salud Mental*, 33(5), 451-456. <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v33n5/v33n5a9.pdf>
- Molina, K. (2021). *Factor socioeconómico y su relación en el consumo de alcohol y tabaco en universitarios de Latacunga* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. <https://repositorio.pucesa.edu.ec/handle/123456789/3350>
- Montes de Oca Ugarte, K. P., Salas Villalobos, D. P. y Segura Morales, M. E. (2022). La motivación para el cambio en habitantes de la calle con conductas adictivas desde el Modelo Transteórico. *Revista RedPensar*, 11(1), 1-12. <https://doi.org/10.31906/redpensar.v11i1.230>
- Obando, L., Sarmiento, J., y Hoyos, E. (2019). *Consumo de sustancias psicoactivas y estrategias de afrontamiento en adolescentes y jóvenes infractores*. [Tesis de postgrado,

Universidad El Bosque]. <http://hdl.handle.net/20.500.12495/2587>

- Ocampos, L., Peña, N., Fernández, V. y Marín, I. (2018). Diferencias en funciones ejecutivas entre fumadores crónicos de cannabis y no fumadores. *Psychologia Latina, Especial*, 355–358. <https://psicologia.ucm.es/data/cont/docs/29-2019-02-15-Ocampos%20%C3%81valos.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. [OPS]. (2021). *Abuso de sustancias*. <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
- Pereyra, C., Ronchieri, C., Rivas, A., Trueba, D., Mur, J. y Páez, N. (2018). Autoeficacia: una revisión aplicada a diversas áreas de la psicología. *Ajayu*, 16(2), 299-325. http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v16n2/v16n2_a04.pdf
- Razón, K., Rodríguez, L. M. y León, U. (2017). Neurobiología del sistema de recompensa en las conductas adictivas: consumo de alcohol. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(4), 1344–1361. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol20num4/Vol20No4Art6.pdf>
- Rojas-Jara, C. (2019). Drogas, drogos y drogodependencias: reformulando el objeto, el sujeto y el tratamiento psicológico del consumo problemático de drogas. En C. Rojas-Jara (Ed). *Drogas: sujeto, sociedad y cultura* (pp.107-122). Nueva Mirada Ediciones
- Sandí Esquivel, L. E. (2005). *Neurobioquímica de la Dependencia a Drogas*. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.
- Sicard, G., Rubiano, G. y Avellaneda, J. (2015). *Dependencia a sustancias en perspectiva de la psicología clínica sistemática y clínica comportamental*. [Tesis de grado, Pontificia Universidad Javeriana]. <http://hdl.handle.net/10554/19108>
- Solano, C. A. (2017). *Estilos de afrontamiento y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas de Lima* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/6629>
- Sremac, S. (2010). Addiction, narrative and spirituality: theoretical-methodological approaches and overview. *Religija i tolerancija*, 8(14), 253-270. http://www.ceir.co.rs/images/stories/rit_14/rit_14_addiction.pdf
- Tarzan-Kiyaga, B. y Benítez-Grey, T. (2017). El afrontamiento ante situaciones de riesgo de recaída en poliadictos adultos medios. *Santiago*, 142, 172-181. <https://santiago.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/view/2168>
- Tenecela-Méndez, D. E. y Quito-Tapia, F. E. (2018). Locus de control según estadios de cambio en usuarios del centro “Proyecto Esperanza”. *Revista Killkana Salud y Bienestar*, 2(1), 1-8. https://doi.org/10.26871/killkana_salud.v2i1.238

- Trujillo, M. A. (2019). Addiction and its different concepts. *Centro Sur*, 3(2), 14–26.
<http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/384/3841575002/%0Aindex.html>
- Valles, J. M. (2016). Autoeficacia y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas. *Acta Psicológica Peruana*, 1, 67-82.
<http://revistas.autonoma.edu.pe/index.php/ACPP/article/view/46/34>
- Vázquez Valverde, C. Crespo López, M. y Ring, J.M. (2003). Estrategias de afrontamiento. En A. Bulbena Valarrasa, G. E. Berrios y P. Fernández de Larrinoa Palacios, *Medición clínica en psiquiatría y psicología* (pp. 425-435). Barcelona: Masson.
- Villarroel, M. Y. (2018). *Las estrategias de afrontamiento y su influencia en la calidad de vida de las personas en proceso de recuperación del trastorno por consumo de sustancias del centro Gran Renacer* [Trabajo de grado, Universidad Tecnológica Indoamerica].
<http://repositorio.uti.edu.ec/handle/123456789/962>
- Zemore, S. E. (2007). A Role for Spiritual Change in the Benefits of 12-Step Involvement. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(3), 76-79.
<https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00499.x>
- Zúñiga Bautista, J. M. (2018). Alteraciones cognoscitivas en pacientes con drogodependencia institucionalizados en Cuenca - Ecuador. [Trabajo de titulación, Universidad de Cuenca].
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30229/1/Trabajo%20de%20Titulaci%c3%b3n.pdf>

Anexos

Anexo A Ficha sociodemográfica

La información que usted proporcionará para esta investigación será de carácter anónimo y con fines académicos.

Edad: _____

Por favor, en las siguientes preguntas marque con una X únicamente una de las opciones que se le presentan

1. ¿Cuál es su **estado civil**?
 - Soltero
 - Casado
 - Viudo
 - Unión Libre
 - Divorciado
2. ¿Cuál es el **mayor nivel de estudios** aprobado por usted?
 - Sin estudios
 - Educación primaria
 - Educación secundaria
 - Universidad incompleta
 - Universidad completa
 - Postgrado
3. Solo por motivos de clasificación estadística, podría decir ¿cuál es el **ingreso** familiar mensual, es decir, la suma del ingreso de todas las personas que viven en el hogar?
 - Menos de \$450
 - Salario básico
 - \$450 a \$750
 - \$750 a \$1000
 - Más de \$1000
4. ¿Cuál es su **religión**?
 - Católico
 - Cristiano
 - Evangélico
 - Otro
5. ¿Cuál es el **tiempo** que estuvo consumiendo sustancias?

- 3 meses a 1 año
 - 1 año a 2 años
 - 2 años a 4 años
 - 4 años o más
6. ¿Cuál o cuáles son las **sustancias** que usted consumió con **mayor frecuencia**?
- Alcohol
 - Sustancias inhalables
 - Marihuana
 - Cocaína
 - Heroína
 - Otras (Especifique cual) _____
7. ¿Estuvo usted con **anterioridad** en este o en algún otro centro de rehabilitación/comunidad terapéutica)?
- Si
 - No
8. En caso de ser **si** ¿Cuántas veces recibió tratamientos de rehabilitación?
- Respuesta: _____

Anexo B Escala de modos de afrontamiento revisada (1984)

A continuación, marque con una **X** la puntuación que exprese con mayor exactitud la forma en como usted reacciona ante el evento vital estresante. Por favor tener en cuenta que las puntuaciones significan lo siguiente:

0= En absoluto., 1= En alguna medida, 2= Bastante., 3= En gran medida.

| Preguntas | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|
| 1. Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer (en el próximo paso). | | | | |
| 2. Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor. | | | | |
| 3. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidar todo lo demás | | | | |
| 4. Pensé que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar. | | | | |
| 5. Me comprometí a sacar algo positivo de la situación | | | | |
| 6. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada. | | | | |
| 7. Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión | | | | |
| 8. Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación. | | | | |
| 9. Me critiqué o sermoneé a mí mismo | | | | |
| 10. No intenté quemar mis naves, sino que dejé alguna posibilidad abierta | | | | |
| 11. Confié en que ocurriera algún milagro | | | | |
| 12. Seguí adelante con mi destino (simplemente algunas veces tengo mala suerte). | | | | |
| 13. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada | | | | |
| 14. Intenté guardar para mí mis sentimientos. | | | | |
| 15. Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo; intenté mirar las cosas por su lado bueno | | | | |
| 16. Dormí más de lo habitual en mí | | | | |
| 17. Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) que lo habían provocado | | | | |
| 18. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona. | | | | |
| 19. Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentirme mejor. | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 20. Me sentí inspirado para hacer algo creativo | | | | |
| 21. Intenté olvidarme de todo | | | | |
| 22. Busqué la ayuda de un profesional. | | | | |
| 23. Cambié, maduré como persona | | | | |
| 24. Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada. | | | | |
| 25. Me disculpé o hice algo para compensar. | | | | |
| 26. Desarrollé un plan de acción y lo seguí. | | | | |
| 27. Acepté la segunda posibilidad mejor después de aquella en la que yo confiaba. | | | | |
| 28. De algún modo expresé mis sentimientos | | | | |
| 29. Me dí cuenta de que yo fui la causa del problema. | | | | |
| 30. Salí de la experiencia mejor de como entré | | | | |
| 31. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema | | | | |
| 32. Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones | | | | |
| 33. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo o fumando, tomando drogas o medicamentos | | | | |
| 34. Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado. | | | | |
| 35. Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso | | | | |
| 36. Tuve fe en algo nuevo | | | | |
| 37. Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara | | | | |
| 38. Redescubrí lo que es importante en la vida. | | | | |
| 39. Cambié algo para que las cosas fueran bien | | | | |
| 40. Evité estar con la gente en general | | | | |
| 41. No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo. | | | | |
| 42. Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo. | | | | |
| 43. Oculté a los demás las cosas que me iban mal | | | | |
| 44. No me tomé en serio la situación; me negué a considerarla en serio. | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 45. Le conté a alguien cómo me sentía | | | | |
| 46. Me mantuve firme y peleé por lo que quería | | | | |
| 47. Me desquité con los demás. | | | | |
| 48. Recurrí a experiencias pasadas; ya me había encontrado antes en una situación similar | | | | |
| 49. Sabía lo que había que hacer, así que redoblé mis esfuerzos para que las cosas marcharan bien. | | | | |
| 50. Me negué a creer lo que había ocurrido. | | | | |
| 51. Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez | | | | |
| 52. Propuse un par de soluciones distintas al problema. | | | | |
| 53. Lo acepté, ya que no podía hacer nada al respecto. | | | | |
| 54. Intenté que mis sentimientos no interfirieran en otras cosas. | | | | |
| 55. Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma en que me sentía | | | | |
| 56. Cambié algo de mí mismo | | | | |
| 57. Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente. | | | | |
| 58. Deseé que la situación terminara o se desvaneciera de algún modo. | | | | |
| 59. Fantaseé o imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas | | | | |
| 60. Recé | | | | |
| 61. Me preparé para lo peor. | | | | |
| 62. Repasé mentalmente lo que haría o diría. | | | | |
| 63. Pensé cómo dominaría la situación alguna persona a la que admiro y decidí tomarla como modelo. | | | | |
| 64. Intenté ver las cosas desde el punto de vista de otra persona. | | | | |
| 65. Me recordé a mí mismo que las cosas podrían ser peor | | | | |
| 66. Hice footing u otro ejercicio | | | | |
| 67. Intenté algo distinto a todo lo anterior | | | | |

Anexo C Consentimiento informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estrategias de afrontamiento en pacientes varones del Centro Especializado en Tratamiento de Adicciones Renacer en Paute-Azuay, en el periodo 2022-2023

Datos del equipo de investigación:

| | Nombres completos | # de cédula | Institución a la que pertenece |
|----------------|------------------------------------|-------------|--------------------------------|
| Investigador 1 | Sthefany Belén Pesantez Patiño | 0107270563 | Universidad de Cuenca |
| Investigador 2 | Samara Antonieta Segarra Fernández | 0931051262 | Universidad de Cuenca |

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en el Centro Especializado en Tratamiento de Adicciones Renacer. mediante el presente consentimiento informado se explicarán las razones del presente estudio, en el cuál participará si acepta la invitación. También se explicarán los posibles beneficios y riesgos, además de los derechos adherentes en caso de que usted decida participar.

Una vez se haya revisado la información en este documento y tras aclarar sus dudas, tendrá el conocimiento para decidir si desea participar o no en este estudio. Sin embargo, pese a aceptar voluntariamente la participación en esta investigación, usted no está obligado(a) a terminarla si en caso no se sintiese cómodo(a) durante el proceso.

Introducción

El motivo por el que se realiza esta investigación es identificar las estrategias de afrontamiento en los varones del Azuay. Cabe mencionar que, investigaciones previas han referido que Azuay es una de las provincias en donde existe mayor porcentaje de consumo de sustancias. Para esta investigación resulta importante visibilizar esta temática e identificar el uso de estrategias de afrontamiento adecuadas en los pacientes varones del Centro Especializado en Tratamiento de Adicciones Renacer.

Objetivo del estudio

Describir las estrategias de afrontamiento de los pacientes varones diagnosticados con trastorno de consumo de sustancias psicoactivas del Centro Especializado en Tratamiento de Adicciones Renacer en Paute-Azuay

Descripción de los procedimientos

Tras la aprobación de los permisos necesarios por parte del Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud (COBIAS), esta investigación procede su ejecución, empezando por la entrega de un consentimiento informado. Para su conocimiento, el presente estudio cuenta con la participación de los pacientes varones del Centro Especializado en Tratamiento de Adicciones Renacer que decidan participar voluntariamente. Se aplicará mediante un instrumento no digitalizado, el de estilos de afrontamiento para conocer las estrategias de afrontamiento que usan los participantes, esta cuenta con una escala de tipo Likert, y la aplicación de una escala sociodemográfica. Una vez haya culminado, los datos se exportarán a una base de datos, a excepción de sus datos personales como nombre y número de cédula, esto con el objetivo de que la participación sea totalmente anónima. Finalmente, mediante el programa SPSS, se ejecutarán análisis estadísticos a los datos obtenidos, que permitan responder a la pregunta de investigación planteada.

Riesgos y beneficios

Es importante recalcar que durante la aplicación del instrumento psicométrico no existen riesgos. No se presentan riesgos a nivel social o familiar ya que la aplicación es personal y confidencial. Se recalca que durante esta investigación se protegerá la confidencialidad de los participantes en todo momento, razón por la que se tabularán los datos con un código.

Los resultados proporcionarán datos para implementar programas de prevención y promoción centrado en generar estrategias de afrontamiento necesarias para evitar posibles recaídas, desarrollando más probabilidades de que estas personas puedan llevar a cabo una vida saludable.

Otras opciones si no participa en el estudio

En caso de decidir no ser parte de la presente investigación, se agradecerá su tiempo y atención. Bajo ningún motivo correrá el riesgo de ser juzgado(a) o perjudicado(a) por su decisión, ya sea antes, durante o después de la investigación.

Derechos de los participantes

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 8) Que se respete su intimidad (privacidad);

- 9) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 10) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor contáctese con Sthefany Belén Pesantez Patiño vía correo electrónico sthefanyb.pesantez@ucuenca.edu.ec o con Samara Antonieta Segarra Fernández vía correo electrónico samaraa.segarra@ucuenca.edu.ec

Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

| | | |
|--|----------------------------|-------|
| Nombres completos del/a participante | Firma del/a participante | Fecha |
| Nombres completos del/a investigador/a | Firma del/a investigador/a | Fecha |

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