



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Psicología

Unidad de Posgrado

**Estilos de afrontamiento y riesgo de recaída en adictos
residentes en comunidades terapéuticas de Lima**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología con
mención en Psicología Clínica y de la Salud

AUTOR

Cristian Alfonso SOLANO MELO

ASESOR

Rosa Elena HUERTA ROSALES

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Solano, C. (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, Facultad de Psicología, Unidad de Posgrado]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

(Universidad del Perú, DÉCANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Av. Germán Amezaga n.º 375—Ciudad Universitaria—Teléfono: 6197000-3208

ACTA DE SESIÓN DE GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA

Siendo las 14:15 horas del día lunes 26 de junio de 2017 en el Auditorio "Raúl González Moreyra" de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Ciudad Universitaria, Av. Germán Amezaga n.º 375 Lima), el Jurado Examinador de Tesis presidido por el Dr. Nicolás Medina Curi e integrado por:

Dr. Nicolás Medina Curi	(Presidente)
Dra. Rosa Elena Huerta Rosales	(Asesora)
Mg. Pedro García Pizarro	(Miembro)
Dr. Carlos Arenas Iparraguirre	(Informante)
Dra. Gloria Díaz Acosta	(Informante)

Se reunió para la sustentación pública para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología con mención en Psicología Clínica y de la Salud del Bachiller **CRISTIAN ALFONSO SOLANO MELO** quien procedió a la exposición de la Tesis titulada **Estilos de afrontamiento y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas de Lima**, con el fin de optar el Grado Académico de **MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA** con mención en Psicología Clínica y de la Salud.

Concluida la exposición, se procedió a la calificación correspondiente, de acuerdo con la Escala de Calificación que aparece en el artículo 8.º del Reglamento para el otorgamiento del Grado Académico de Magíster, obteniendo la siguiente calificación.

16 (DIECISEIS) BUENO

A continuación el Presidente del Jurado Examinador recomienda que la Facultad de Psicología acuerde otorgar el Grado Académico de:

MAGISTER EN PSICOLOGIA CON MENCIÓN EN PSICOLOGIA CLINICA

Y DE LA SALUD

Se extiende la presente ACTA a las ^{4.18}..... del 26 de junio de 2017.

.....
Dr. Nicolás Medina Curi
Presidente

.....
Dra. Rosa Elena Huerta Rosales
Asesora

.....
Mg. Pedro García Pizarro
Miembro

.....
Dr. Carlos Arenas Iparraguirre
Informante

.....
Dra. Gloria Díaz Acosta
Informante

DEDICATORIA

A mi familia, por el apoyo constante en mi vida.

AGRADECIMENTOS

Es propicio agradecer a las personas que colaboraron con la elaboración de esta investigación.

Al Dr. Carlos Saavedra, Dra. Cecilia Chau, Dr. Carlos Arenas y a la Dra. Gloria Díaz por sus orientaciones y aportes en la investigación.

Al Dr. José Vallejos y a la Dra. Rosa Elena Huerta, quienes incentivaron el proceso y culminación de este trabajo desde sus inicios, agradezco el apoyo desinteresado.

A Miguel Vallejos, Milton Rojas, María Luisa Girón, Iván Lizárraga, Favio Roca, German Beteta, Nelly Canción, Mariana Valencia, José Chipana, Juan Sánchez y Jessica Valles, por sus aportes al trabajo. A Giuliana Salazar excelente profesional y amiga personal.

A las Comunidades Terapéuticas que participaron en la elaboración del presente estudio.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	IX
RESUMEN	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN	XII
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.1. Fundamentación del problema	15
1.2. Formulación del problema	21
1.3 Objetivos	21
1.4 Justificación e importancia del estudio	22
1.5 Limitaciones del estudio	25
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	26
2.1 Antecedentes	26
2.2 Marco Teórico Conceptual	35
2.2.1 Afrontamiento al Estrés	35
2.2.1.1 Definición de Estrés	35
2.2.1.2 Definición de Afrontamiento	41
2.2.1.3 Estilos y estrategias de Afrontamiento	43
2.2.1.4 Afrontamiento y consumo de drogas	46
2.2.2 Adicciones y Recaída	49
2.2.2.1 Definición de Adicción	49

3.6.2 Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0	87
3.6.3 Ficha Sociodemográfica	89
3.7 Técnicas de recolección de datos	89
3.8 Técnica de procesamiento y análisis de datos	90
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	92
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	106
CONCLUSIONES	116
RECOMENDACIONES	118
REFERENCIAS	120
ANEXOS	131

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Estrategias de afrontamiento según Carver, Scheier y Weintraub (1989)	46
Tabla 2 Clasificación de modelos realizada por Connors, Maisto y Donovan (1996)	57
Tabla 3 Prueba de normalidad estadística Kolmogorov-Smirnov para datos del Cuestionario de Estimación de Afrontamiento – COPE	95
Tabla 4 Prueba de normalidad estadística Kolmogorov- Smirnov para datos del Cuestionario de Riesgo de Recaída -AWARE 3.0	96
Tabla 5 Correlación entre el Estilo de Afrontamiento dirigido a la Tarea con el riesgo de recaída	97
Tabla 6 Correlación entre el Estilo de Afrontamiento Emocional y Social con el riesgo de recaída	97
Tabla 7 Correlación entre el Estilo de Afrontamiento Evitativo y el riesgo de recaída	98
Tabla 8 Correlación entre las estrategias de afrontamiento y el riesgo de recaída	99
Tabla 9 Diferencia de Estilo de Afrontamiento dirigido a la Tarea según sexo	100
Tabla 10 Diferencia de Estilo de Afrontamiento Social y Emocional según sexo	100
Tabla 11 Diferencia de Estilo de Afrontamiento Evitativo según sexo	101
Tabla 12 Diferencia de Estilo de Afrontamiento dirigido a la Tarea según edad	101

Tabla 13 Diferencia de Estilo de Afrontamiento Social y Emocional según edad	102
Tabla 14 Diferencia de Estilo de Afrontamiento Evitativo según edad	102
Tabla 15 Diferencia de Estilo de Afrontamiento dirigido a la Tarea según grado de instrucción	103
Tabla 16 Diferencia de Estilo de Afrontamiento Social y Emocional según grado de instrucción	103
Tabla 17 Diferencia de Estilo de Afrontamiento Evitativo según grado de instrucción	104
Tabla 18 Diferencias a nivel de riesgo de recaída según sexo	104
Tabla 19 Diferencias a nivel de riesgo de recaída según edad	105
Tabla 20 Diferencias a nivel de riesgo de recaída según grado de instrucción	105
Tabla 21 Análisis factorial confirmatorio	138

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Porcentaje de la muestra según sexo	77
Figura 2. Porcentaje de los grupos de edad en la muestra estudiada	78
Figura 3. Porcentaje del consumo de droga adictiva en la muestra estudiada	78
Figura 4. Porcentaje del tiempo de consumo en la muestra estudiada	79
Figura 5. Porcentaje de la muestra según los tipos de Comunidad Terapéutica	80
Figura 6. Descripción de la media de las estrategias de afrontamiento	92
Figura 7. Descripción de la media de los estilos de afrontamiento	93
Figura 8. Nivel del riesgo de recaída en la muestra estudiada	94

RESUMEN

La presente investigación tiene por objetivo identificar la relación entre los estilos de afrontamiento y el riesgo de recaída en adictos residentes en Comunidades Terapéuticas de Lima. El diseño de estudio es no experimental, transversal y correlacional, se utiliza una muestra bajo un diseño no probabilístico de tipo intencional. La muestra está conformada por 240 adictos de ambos sexos, los instrumentos utilizados son el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento COPE de Carver et al. y el Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0 de Gorski y Miller. Los resultados muestran que el Estilo Orientado a la Tarea es el más utilizado, además de la estrategia reinterpretación positiva y crecimiento, el nivel de riesgo de recaída promedio es el de mayor predominancia. Existe una correlación inversa entre el Estilo Orientado a la Tarea y el riesgo de recaída, así como una correlación directa entre del Estilo Evitativo y el riesgo de recaída. Finalmente, no se obtuvo diferencias significativas respecto a las variables edad, sexo y grado de instrucción.

Palabras Claves: Afrontamiento, recaída, adicción, Comunidad Terapéutica.

ABSTRACT

The present research aims to identify the relationship between coping styles and the risk of relapse in addicts residing in Therapeutic Communities of Lima. The study design is non-experimental, transverse and descriptive correlational, using a sample under a non-probabilistic design of intentional type. The sample is made up of 240 addicts of both sexes, the instruments used are the COPE Coping Estimation Questionnaire by Carver et al. And the AWARE 3.0 Relapse Risk Questionnaire from Gorski and Miller. The results show that the Task Oriented Style is the most used, in addition to the strategy of positive reinterpretation and growth, the average risk of relapse is the most prevalent. There is an inverse correlation between the Task Oriented Style and the risk of relapse, as well as a direct correlation between the Style of Evitative and the risk of relapse. Finally, there were no significant differences regarding the variables age, sex and educational level.

Keywords: Coping, Relapse, Addiction, Therapeutic Community.

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas en el mundo es actualmente considerado como un problema de salud pública por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014) y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] (2013). Esta problemática origina consecuencias negativas en el sujeto a nivel físico, psicológico y social, así como daño a terceros y a la sociedad en su conjunto. El Perú no es ajeno a esta problemática, siendo además considerado el primer productor de drogas cocaínicas a nivel mundial, donde el tráfico, la micro comercialización y los indicadores de consumo de drogas van en aumento según los reportes de instituciones nacionales como la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas [DEVIDA] (2012) y el Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas [CEDRO] (2015).

La etiología de la adicción es multicausal y es evidente que un porcentaje significativo de personas que consumen drogas, generan adicción por la presencia de diversos factores de riesgo y requieren algún tipo de tratamiento. Durante el proceso de tratamiento los consumidores de drogas se enfrentan a una serie de dificultades en su proceso de cambio de estilo y filosofía de vida, siendo el mayor obstáculo para la recuperación, la recaída, la cual es comprendida como el reinicio del comportamiento adictivo y el consumo de la sustancia psicoactiva (Organización Panamericana de la Salud [OPS] 2005; Becoña y Cortés, 2011). Los profesionales que trabajamos en el área de las adicciones, los pacientes en rehabilitación y sus familiares observamos este proceso de recaída desde diversos roles, buscando permanentemente nuevas estrategias para afrontar dicha problemática y obtener mejores resultados en el tratamiento.

El consumo de drogas está relacionado con el estrés, especialmente cuando se observa como las personas afrontan eventos estresores, como los problemas de la vida cotidiana actual. En una situación estresante, el afrontamiento es el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales orientados a manejar las demandas internas y externas de dicho acontecimiento, es decir, son nuestros propios recursos para afrontar los problemas de la vida cotidiana, en un mundo plagado de ellos, ya sea por motivos personales, familiares, laborales, económicos, sociales, etc. El afrontamiento, por tanto, actúa como regulador de la perturbación emocional; si es efectivo no se presentará dicho malestar; en caso contrario, el sujeto podría verse afectado y responderá con un comportamiento desadaptativo (Lazarus y Folkman, 1986; Lazarus, 2007).

El objetivo de la presente investigación es identificar los estilos de afrontamiento y el riesgo de recaída en adictos residentes de las principales Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana, así como conocer la relación entre estas dos variables. Se utiliza para esta investigación el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento COPE de Carver et al. y el Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0 de Gorski y Miller. La muestra elegida de adictos residentes en Comunidades Terapéuticas tiene condiciones particulares por ser sujetos con un marcado deterioro personal, físico, psicológico, familiar, social, económico, etc.

El presente informe de investigación se divide en cinco capítulos.

En el primer capítulo, se describe el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, los objetivos, justificación y limitaciones. En el segundo capítulo, se presenta el marco teórico, los antecedentes a través de una serie de investigaciones que

sustentan la evidencia sobre el tema y la definición de cada variable de estudio. En el tercer capítulo, se describe la metodología de estudio, el tipo y diseño de investigación, así como la población, la muestra, los instrumentos, los procedimientos de recojo de información y de análisis de datos. En el cuarto capítulo, se presentan los resultados de la investigación, mientras que en el quinto capítulo se desarrolla la discusión de los hallazgos y se analiza la relación encontrada entre afrontamiento y riesgo de recaída. Finalmente, se presentan las conclusiones y recomendaciones.

Es importante mencionar que la información que surge a partir de esta investigación brinda un aporte científico a la comprensión de la problemática de la adicción en nuestro país, el cual presenta algunas particularidades propias de su idiosincrasia. Finalmente, cabe resaltar que el conocer el perfil del paciente adicto contribuye en la toma de decisiones al diseñar los programas de prevención y tratamiento como lo menciona el Observatorio Peruano de Drogas [OPD] (2012).

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

El afrontamiento es definido como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza un individuo para enfrentarse a una situación valorada como estresante. La relación entre estrés y afrontamiento es recíproca, debido a que las acciones que realiza una persona para afrontar un problema afectan su valoración y dicha valoración influirá en el nivel de estrés que a su vez repercutirá en el afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986; Lazarus, 2007).

El afrontamiento ayuda a identificar los elementos que intervienen en la relación que surge entre las situaciones estresantes de vida y los síntomas de enfermedad. El afrontamiento además actúa como regulador de la perturbación emocional; si es efectivo no se presentará dicho malestar; en caso contrario, podría verse afectada la salud de forma negativa, aumentando así el riesgo de mortalidad y morbilidad (Lazarus y Folkman, 1986). La relevancia de este concepto ha sido extensa y permite diversas aplicaciones en el área clínica y de la salud.

Se ha asociado el uso de ciertos estilos y estrategias de afrontamiento con el tipo de manejo de condiciones como el estrés, la depresión, la ansiedad, el cáncer, los síntomas somáticos y el ajuste general de la persona (Zeidner y Endler, 1996). El desarrollo de estrategias y estilos de afrontamiento son elementos necesarios a considerar en el tratamiento de diferentes conductas de riesgo como el consumo de drogas. Al respecto

se ha determinado que los sujetos que confían en sus capacidades para afrontar situaciones de alto riesgo tienen un mejor desempeño para mantener su abstinencia a las drogas (Casas y Gossop, 1993; Wills y Hirky, 1996).

El consumo de drogas en la actualidad es considerado como un problema de salud pública por organismos internacionales como la OPS (2015), UNODC (2013) y el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de los Estados Unidos [NIDA] (2001). UNODC (2015) ha reportado que el número de consumidores de drogas ha venido experimentando un incremento consistente desde el año 2009, la estadística refiere que más del 10% de ellos son consumidores problemáticos que padecen las consecuencias de la adicción, es decir, un aproximado de 27 millones de personas.

En nuestro país esta problemática está en aumento dado que somos una nación productora de drogas cocaínicas. DEVIDA (2012) en la IV Encuesta Nacional del Consumo de Drogas en Población General, entre los 12 y 65 años, encontró entre sus resultados que la prevalencia de vida en drogas ilegales es del 4.8%, evidenciando un incremento del consumo de drogas en el país. Entre el 2006 y el 2012 el consumo de marihuana y de drogas cocaínicas fueron las sustancias de mayor incremento entre la población que utiliza este tipo de sustancias psicoactivas, los usuarios que presentan signos de dependencia también incrementaron el consumo de marihuana (47.1%), cocaína (47.8%) y pasta básica de cocaína (59.6%).

Asimismo, CEDRO (2010) en su estudio epidemiológico sobre drogas en población urbana del Perú, obtuvo que la prevalencia de vida del alcohol es del 87.8%, es decir, aproximadamente 9 de cada 10 peruanos ha consumido bebidas alcohólicas, la

proporción es bastante similar entre hombres (89.7%) y mujeres (86.2%). Respecto a drogas ilegales, el estudio evidencia que la marihuana es la droga más consumida, seguida de las drogas cocaínicas, refiere también que actualmente aparecen indicadores de consumo de éxtasis. La exposición al consumo de marihuana, es decir, el ofrecimiento alcanza al 26.4% en las población encuestada. Las estadísticas calculan que existen aproximadamente 281,934 consumidores del alcohol, 181,315 fumadores de tabaco y 17,661 consumidores de marihuana, con signos de dependencia en Lima Metropolitana y por tanto, requieren algún tipo de tratamiento (DEVIDA, 2014).

CEDRO (2015) señala que el problema de las drogas es un hecho que se ha convertido en un elemento casi central de la dinámica general de la sociedad peruana actual, tiene impacto en la salud pública, la economía y la geopolítica del país contribuyendo al proceso de desintegración actual. UNODC (2013) refiere que el consumo de drogas y las adicciones presentan diferentes dificultades en el tratamiento, así como los efectos que se producen a corto, mediano y largo plazo en el consumidor. Asimismo, en el tratamiento el sujeto requiere realizar cambios significativos en las esferas personal, familiar, laboral y social.

Por otra parte, el estrés está muy relacionado con el uso de drogas y el proceso adictivo, los estudios han encontrado que más que el estrés como condición ambiental, lo que se relaciona con el consumo problemático de drogas son el uso de determinados estilos y estrategias de afrontamiento, como utilizar el Estilo Emocional y Evitativo ante las situaciones estresantes (Pedrero, Rojo y Puerta, 2008). Las respuestas de afrontamiento pueden ser un factor de riesgo o protección en función de las estrategias de afrontamiento que se utilicen (Wills y Hirky, 1996). Diversas investigaciones afirman

que el afrontamiento está relacionado con el consumo de sustancias para la adquisición y mantenimiento de la conducta adictiva (Marlatt y Gordon, 1985; Graña, 1994; Wills y Hirky, 1996; Chau, 1999; Guevara, Hernández y Flores, 2001; Llorens, Perelló y Palmer, 2004; Gómez-Fraguela, Luengo, Romero, Villar y Sobral, 2006; Pedrero et al., 2008; Rojas, 2008; Gaspar y Martínez, 2008; Becoña y Cortés, 2011; Pugo, 2012; McConnell, Memetovic y Richardson, 2014; Chipana, 2016; Del Águila, 2016).

En la problemática consumo de drogas existen tipos de consumidores que inician un consumo experimental y desarrollan una adicción, haciéndose necesario un tratamiento eficaz, mediante un abordaje integral que abarque una intervención desde todas las áreas. Una variable a trabajar de manera trascendental es el concepto de recaída, que es entendido como cualquier retorno al comportamiento adictivo o al estilo de vida anterior, después de un período inicial de abstinencia y de cambio de estilo de vida. Asimismo, se sabe que es difícil encontrar el punto exacto donde realmente empieza la recaída, pero generalmente un cambio o factor estresante importante, tanto positivo como negativo, es el que desencadena el reinicio del proceso adictivo. Para poder hablar de recaída una persona debe haber estado previamente en recuperación o en abstinencia y con cambios de conducta, por un período significativo de tiempo (Marlatt y Gordon, 1985; Graña, 1994; Wills y Hirky, 1996; Becoña y Cortés, 2011; Gorski, 2013).

Según el modelo de prevención de recaídas, esta se produce al exponerse el sujeto a una situación de riesgo, sin ser capaz de responder con las estrategias de afrontamiento pertinentes para garantizar el mantenimiento de su abstinencia. Marlatt y Gordon (1985) mencionan en su modelo que si ante una situación de riesgo el sujeto puede emitir una respuesta de afrontamiento adecuada, la probabilidad de recaída disminuirá

significativamente, ya que el afrontamiento satisfactorio a la situación de riesgo se percibe por el sujeto como una sensación de control, además se asocia con la expectativa positiva de ser capaz de superar con éxito el próximo acontecimiento conflictivo que se le presente, por lo que se produce un considerable aumento de la percepción de autoeficacia (Graña, 1994; Rojas, 2008).

Lamentablemente en la intervención profesional con adictos observamos que estos carecen de adecuados estilos de afrontamiento o los utilizan de manera inapropiada y se observa por lo general una recaída luego de unos meses de haber culminado algún tipo de programa de tratamiento. La alta tasa de recaídas es uno de los problemas más importantes en el tratamiento de la adicción a las drogas (Marlatt y Gordon, 1985; Gorski, 1986; Navarro, 1989; Saavedra, 1993) y esta situación genera sentimientos de frustración en los pacientes, en algunos casos en los mismos profesionales. Aquí se presenta un desafío para los expertos al buscar comprender la naturaleza de las recaídas para poder diseñar intervenciones preventivas eficaces. Asimismo, la confianza en la propia capacidad de afrontamiento se adquiere a través de los intentos de abandono de la conducta adictiva, durante un proceso de intervención las recaídas tienen que ser percibidas como experiencias de aprendizaje que preparan al individuo para tener un mejor resultado en el próximo intento de abandonar la adicción (Casas y Gossop, 1993; Graña 1994; Becoña y Cortés, 2011). Por otra parte, el acceso de las personas con consumo problemático a drogas a los servicios de salud es reducido y deficiente, se calcula que más del 80% de consumidores problemáticos no ha podido acceder a servicios de atención (UNODC, 2015). En el Perú, según el Observatorio Peruano de Drogas, respecto a la situación laboral de las personas que buscan algún tipo de tratamiento, seis de cada 10 pacientes se encuentran desempleados o con un trabajo

eventual (OPD, 2012). Entre las sustancias con mayor incidencia están el alcohol y las drogas cocaínicas. Los pacientes demandantes de tratamiento tienen a su familia como principal fuente de referencia. El personal profesional asistencial les recomienda en un 45% la modalidad de tratamiento residencial (OPD, 2009).

Los drogodependientes a través de su consumo adictivo logran aliviar situaciones estresantes temporalmente, luego de su intoxicación los estresores permanecen inalterables, bajo este mecanismo se instala un círculo vicioso del cual no pueden escapar. Ante esta problemática, los profesionales entrenan a los pacientes en tratamiento en la correcta utilización de los recursos de afrontamiento al estrés, para lograr este objetivo es necesario conocer cuáles son los estilos de afrontamiento que se encuentran en déficit (Marlatt y Gordon, 1985; Becoña y Cortés, 2011). La evidencia ha demostrado que mejorar e incrementar el uso de las estrategias de afrontamiento puede disminuir la probabilidad de usar drogas (Sugarman, Nich y Carroll, 2010).

Los datos previamente descritos en este trabajo evidencian un progresivo aumento en los índices de consumo de drogas. Por tanto, es necesario realizar investigaciones destinadas a conocer esta problemática a detalle, así como diseñar programas de tratamiento eficaces. Por consiguiente, es importante estudiar la asociación entre afrontamiento y riesgo de recaída en adictos a sustancias psicoactivas que se encuentran realizando un tratamiento residencial bajo la modalidad Comunidad Terapéutica ya que permite establecer una comprensión mayor sobre la conducta adictiva para proponer mejoras en los programas de intervención.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo expuesto anteriormente, en función a las variables desarrolladas en la fundamentación del problema, se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación entre los estilos de afrontamiento y el riesgo de recaída en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- ✓ Determinar la relación entre los estilos de afrontamiento y el riesgo de recaída en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Describir los estilos y estrategias de afrontamiento más utilizadas por la muestra estudiada.
- ✓ Identificar los niveles riesgo de recaída en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana.
- ✓ Establecer la relación entre el Estilo de Afrontamiento orientado a la Tarea y el riesgo de recaída en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana.

- ✓ Conocer la relación entre el Estilo de Afrontamiento orientado a lo Social/Emocional y el riesgo de recaída en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana.
- ✓ Identificar la relación entre el Estilo de Afrontamiento Evitativo y el riesgo de recaída en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana.
- ✓ Establecer la relación entre las estrategias de afrontamiento y el riesgo de recaída en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana.
- ✓ Analizar si existen diferencias significativas en los estilos de afrontamiento en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima, según las variables edad, sexo y grado de instrucción.
- ✓ Analizar si existen diferencias significativas en el nivel de riesgo de recaída en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima, según las variables edad, sexo y grado de instrucción.

1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

La presente investigación se justifica por los siguientes aspectos:

El consumo de drogas es un problema de salud pública que afecta en la actualidad a millones de personas en todo el mundo sin hacer distinciones de raza, género o estrato social (OPS, 2015; UNODC, 2013). El Perú por ser un país productor y comercializador de drogas presenta características peculiares que facilitan el consumo de sustancias psicoactivas en su población, dato alarmante que ha sido expuesto por instituciones que

luchan contra ésta problemática como DEVIDA (2012) y CEDRO (2015) en sus respectivos estudios epidemiológicos y reportes institucionales.

Cabe resaltar que la mayoría de estudios sobre consumo de drogas que se encontraron para elaborar la presente investigación son sociodemográficos y epidemiológicos. Respecto a investigaciones con muestra de adictos a drogas se han estudiado otras variables como por ejemplo locus de control (Saavedra, 2008), autoeficacia (Rojas, 2008), creencias irracionales (Rojas, 2007), autoconcepto (Rodríguez, 2004) y calidad de vida (Anicama, Mayorga y Henostroza, 2001). En nuestro país, la mayoría de investigaciones sobre afrontamiento tienen otro tipo de muestras como estudiantes universitarios (Chau, 1999; Del Águila, 2016), adolescentes espectadores de violencia entre pares (Quintana, Montgomery y Malaver, 2009), estudiantes de psicología (Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdez, 2003), estudiantes preuniversitarios (Cassaretto, 2009) e internas de un establecimiento penitenciario (Brocos, 2016). Entre los trabajos con muestra de adictos relacionado al afrontamiento, destacan las investigaciones de Guevara et al. (2001) sobre los estilos de afrontamiento, Pugo (2012) quien analizó los estilos de afrontamiento en pacientes que acuden a un grupo de alcohólicos anónimos, Pedrero et al. (2008) quienes analizaron las diferencias entre los estilos de afrontamiento al estrés de los adictos, Rodríguez (2012) quien identificó la relación entre afrontamiento y soporte social, Chipana (2016) que investigó la relación afrontamiento y espiritualidad en adictos a alcohol. Respecto a la variable recaída, los trabajos en nuestro país son escasos y sólo se encontraron los trabajos de Lizarraga (2004) sobre los factores de riesgo de recaída y Valles (2016) quien investigó la relación entre la autoeficacia y el riesgo de recaída en adictos. Por consiguiente, es necesario ampliar las investigaciones con muestra de adictos bajo diferentes modalidades de

tratamiento como Comunidad Terapéutica, especialmente analizando la variable riesgo de recaída.

En esta investigación se utiliza el Enfoque Transaccional desarrollado por Lazarus y Folkman (1986) quienes plantean estilos y estrategias de afrontamiento, esta propuesta considera el rol activo del sujeto en la ocurrencia del estrés y tiende a maximizar la importancia de los factores psicológicos principalmente cognitivos, que moderan el estímulo (estresantes o estresores) y las reacciones de estrés (Lazarus y Folkman, 1986; Lazarus, 2007).

La implicancia de este estudio a nivel teórico es elaborar conocimiento científico para dos constructos psicológicos: el afrontamiento y el riesgo de recaída, ambas variables son consideradas relevantes para explicar el comportamiento de los sujetos que consumen drogas. A nivel práctico, la utilidad de esta investigación nos explica cómo se relacionan el afrontamiento con el riesgo de recaída a fin de elaborar programas de intervención más acorde con el perfil del adicto a sustancias psicoactivas en nuestro país, dado que en ocasiones se aplican programas de tratamiento de otros países sin una adaptación que consideren las características propias del consumidor de drogas peruano.

Desde la perspectiva metodológica, se pone a prueba cómo funciona el Cuestionario de Afrontamiento Disposicional COPE de Carver et al. y el Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0 de Gorski y Miller en esta población. Finalmente no existen investigaciones en el Perú que relacionen el afrontamiento y el riesgo de recaída, por este motivo se justifica este trabajo que permite brindar algunas luces acerca de la relación que tienen estas variables.

La motivación para realizar la investigación nació del trabajo diario de varios años con consumidores de drogas y adictos a sustancias psicoactivas en diversas instituciones que atienden la problemática de las adicciones, en la práctica clínica los profesionales identificamos que el riesgo de recaída es el principal obstáculo que el adicto tiene que enfrentar, la experiencia profesional plantea la necesidad de conocer el afrontamiento que tienen los adictos ante situaciones de riesgo y esto permitirá disminuir el riesgo de recaída, dado que según los reportes e investigaciones a nivel nacional e internacional existe una alta tasa de reincidencia porque la adicción es una enfermedad crónica (Navarro, 1989; Saavedra, 1993; Fiestas y Ponce, 2012).

1.5 LIMITACIONES

La presente investigación tiene algunas limitaciones; a nivel metodológico encontramos que el estudio se realiza con un muestreo no probabilístico de tipo intencional porque es difícil acceder a toda la población que se encuentra realizando un tratamiento por adicción en las Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana. Las instituciones generalmente son privadas y muy reservadas, tienen características especiales, por tanto, los resultados no cuentan con las características necesarias para que puedan ser generalizables a todos los adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima. A pesar de ello, se contó con el acceso a ocho instituciones.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Entre las investigaciones encontradas relacionadas a las variables de la presente tesis que permiten fundamentar el marco teórico se encuentran:

Chipana (2016) investigó la relación entre afrontamiento y espiritualidad en una muestra de 34 varones entre los 25 y 60 años pertenecientes a Alcohólicos Anónimos. Se utilizó el Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE) desarrollado por Carver et al. y el Cuestionario de Espiritualidad desarrollado por Parsian y Dunning. Se encontraron correlaciones directas entre algunas de las estrategias de afrontamiento y las cuatro dimensiones de espiritualidad. Del mismo modo, se encontró una mayor presencia de la estrategia reinterpretación positiva y de creencias espirituales. Además se encontró que el tiempo de abstinencia, el tiempo de permanencia en Alcohólicos Anónimos y el acompañamiento incidieron en algunas de las escalas.

Valles (2016) analizó la relación que existe entre la autoeficacia general y el riesgo de recaídas en adictos a drogas en tratamiento residencial en Comunidades Terapéuticas. La muestra estuvo conformada por 129 adictos a sustancias psicoactivas de ambos sexos (27 mujeres y 102 hombres) cuyas edades oscilaban entre los 14 y 67 años. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Autoeficacia General (EAG) y el Cuestionario de Riesgo de Recaídas AWARE 3.0. Los resultados mostraron una correlación altamente significativa de tipo inversa ($r = -0,396$), de nivel moderado bajo,

entre los puntajes totales de Autoeficacia General y Riesgo de Recaída ($p < 0.05$). Así mismo, se encontró que predomina el nivel promedio en cuanto a autoeficacia general (54,3%) y riesgo de recaída (54,3%). Finalmente, halló que el riesgo de recaída se relaciona significativamente con las variables sociodemográficas: estado civil, ocupación y grado de instrucción, pero por el contrario, no se relacionó con el sexo de los participantes.

Cueva y Guerrero (2016) investigaron las estrategias de afrontamiento en 57 pacientes adictos a alcohol y cocaína en un hospital psiquiátrico, obtuvieron que el estrés por relaciones interpersonales es significativo, la estrategia más utilizada fue el pensamiento desiderativo definido como la incapacidad de aceptar y afrontar la realidad, realizando una conducta de escape. No se hallaron diferencias significativas entre afrontamiento y variables sociodemográficas como edad, grado de instrucción y nivel socioeconómico.

Criollo y Guerrero (2015) estudiaron las estrategias de afrontamiento que utilizan los sujetos drogodependientes en proceso de tratamiento en Comunidad Terapéutica, la muestra tuvo edades entre 19 a 70 años. Los instrumentos aplicados fueron el URICA y COPE-28. Los resultados indicaron que acudir a la religión fue la estrategia más utilizada y que las estrategias de afrontamiento son importantes en el tratamiento de las adicciones.

McConnell et al. (2014) investigaron la relación entre afrontamiento y el consumo de drogas, encontraron que el estilo de afrontamiento utilizado por el sujeto influye en que adopte un comportamiento favorable o adverso para la salud. Los autores refieren que un afrontamiento que busca involucrarse de forma activa en el problema, se relaciona

con menor posibilidad de consumo de sustancias y sirve como factor de protección. Por el contrario, una estrategia de afrontamiento que se desligue del problema se asocia a una mayor posibilidad de consumir drogas como marihuana y tabaco.

Cieza y Meléndez (2013) analizaron el afrontamiento y el soporte social en una muestra de 63 adictos internados en una Comunidad Terapéutica. Se utilizó el Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE) desarrollado por Carver et al. y el Inventario de Soporte Social desarrollado por Flaherthy et al., no se encontró predominancia de un estilo de afrontamiento en particular. Las estrategias de mayor uso fueron reinterpretación positiva y acudir a la religión, por otra parte, la de menor uso fue la negación.

Rodríguez (2012) analizó la relación entre afrontamiento y soporte social en una muestra de 45 adictos en bajo el modelo Comunidad Terapéutica dentro de un hospital psiquiátrico de Lima. Se utilizó el Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE) y el Inventario de Entrevista de Soporte Social de Arizona (IESSA). Se encontraron correlaciones significativas directas e inversas entre casi todas las estrategias de afrontamiento e índices de soporte social. El estilo de afrontamiento enfocado en la emoción fue el estilo más utilizado y el estilo evitativo fue el menos utilizado. Las estrategias de mayor uso fueron reinterpretación positiva y acudir a la religión; la de menor uso fue negación. Además, se obtuvieron diferencias significativas en afrontamiento y soporte social de acuerdo a las variables estado civil, reingreso a la Comunidad Terapéutica y comorbilidad psiquiátrica.

Pugo (2012) identificó los estilos de afrontamiento en pacientes que acuden a un grupo de alcohólicos anónimos y encontró que estos tienen relación con el tiempo de abstinencia. Así, los pacientes con una abstinencia de hasta dos años presentan predominantemente los estilos evitación cognitiva y descarga emocional. A partir del tercer año migran a la búsqueda de recompensas y alternativas, el cual permite implicarlos en actividades sustitutivas para crear nuevas fuentes de satisfacción. Por tanto, los estilos de afrontamiento como estrategia permitirían procesos de rehabilitación más favorables para el paciente.

Sugarman et al. (2010) realizaron una investigación con sujetos que recibían tratamiento para el abuso de drogas. Se asignaron individuos al azar (N = 77) que asistían a terapia ambulatoria y hallaron que quienes recibían terapia enfocada en las estrategias de afrontamiento activo y de planificación presentaban una correlación directa con la abstinencia de cocaína, y esta relación fue más fuerte para los participantes que realizaban terapia cognitivo-conductual.

Pedrero et al. (2008) investigaron las diferencias entre los estilos de afrontamiento del estrés de los adictos, comparados con una muestra de población no clínica. La muestra estuvo compuesta por 217 varones (75,9%) y 69 mujeres (24,1%), Las puntuaciones obtenidas por los pacientes adictos, tomadas globalmente, difieren significativamente de las encontradas en la población normativa, pero no se aprecian diferencias por sexo ni por tipo de droga. Los resultados muestran consistentemente la preferencia de los sujetos adictos por el afrontamiento de tipo emocional y el consumo de sustancias se relacionaría con el intento de escapar de situaciones estresantes ambientales. Los

autores concluyen que los trastornos adictivos deben atender de forma prioritaria a las estrategias que presentan los adictos en el afrontamiento de los eventos estresantes.

Rojas (2008) investigó la autoeficacia de afrontamiento a estímulos de alto riesgo en pacientes con abuso o dependencia a sustancia psicoactivas, analizó la capacidad para hacer frente a situaciones de riesgo sin recurrir al uso de drogas y las relacionó con las variables tiempo de abstinencia y grado de instrucción. La investigación permitió corroborar la relación positiva entre el nivel de autoeficacia y el tiempo de abstinencia en pacientes adictos, finalmente propone pautas para diseñar programas de intervención y lograr una mejor rehabilitación.

Rojas (2007) estudió los patrones de creencias irracionales en mujeres y varones adictos de cocaína, se trabajó con 84 adictos de cocaína y un grupo control de no consumidores de sustancias de 73 participantes. En los resultados no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de varones y mujeres consumidores de cocaína. Al comparar el grupo consumidor con el grupo control sí se encontraron diferencias significativas en las creencias 1, 2, 3, 4, 6 y 7. Los factores de riesgo identificados para el consumo de cocaína fueron estado civil divorciado/separado, grado de instrucción primaria o secundaria y nivel socio-económico alto.

Gómez-Fraguela et al. (2006) analizaron las estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas, obtuvieron diferencias entre la forma de afrontar situaciones en función al género y diferencias entre las estrategias utilizadas en la adolescencia temprana y tardía. Se encontró que ciertas estrategias de

afrontamiento actúan como factores de protección del inicio del consumo de drogas mientras que otras favorecen la aparición de esta conducta desadaptativa.

Llorens, Perelló y Palmer (2004) estudiaron las estrategias de afrontamiento y los factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. Los autores encontraron que las estrategias de afrontamiento como “pensar en las consecuencias negativas” disminuye el consumo de bebidas fermentadas y de cannabis en un 24% y 40% respectivamente. La habilidad propia “ser disciplinado” disminuye el consumo de bebidas destiladas, fermentadas y cannabis, en un 38%, 31% y 33% respectivamente. Asimismo el déficit en habilidades sociales, como la dificultad para relacionarse con personas del sexo opuesto, incrementan el consumo de bebidas destiladas, de cannabis y tabaco.

Lizárraga (2004) analizó los determinantes de recaída más frecuentes en los adictos según el Modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt, en una muestra de 100 sujetos de cinco Comunidades Terapéuticas de Lima, los resultados evidenciaron determinantes intrapersonales como el estado físico negativo, la presencia de estado emocional negativo y poner a prueba el control personal. Mientras que respecto a los determinantes interpersonales se identificó la presencia de un conflicto interpersonal y la presión. Finalmente no se encontró relación significativa entre los determinantes de recaída al asociarlo con las variables sociodemográficas edad y sexo.

Anicama et al. (2001) investigaron calidad de vida y recaídas en adictos de Lima Metropolitana, encontraron que la calidad de vida de los adictos está muy por debajo de lo hallado en las poblaciones normales, es mejor en los hombres que en las mujeres y se

deteriora conforme avanza la edad y el tiempo de consumo. Las principales razones para volver a consumir son los determinantes intrapersonales como los estados emocionales negativos (sentirse molesto y/o triste) y el no poder resistir los deseos de consumo. Asimismo, los determinantes interpersonales tales como el conflicto interpersonal y el no poder resistir las invitaciones de consumo.

Guevara et al. (2001) estudiaron los estilos de afrontamiento al estrés en pacientes drogodependientes internados en Comunidades Terapéuticas Peruanas, la muestra fue conformada por 88 pacientes y se utilizó como instrumento el Cuestionario COPE. Los resultados refieren que los adictos prefieren como estrategias de afrontamiento la planificación, el afrontamiento activo, la postergación del afrontamiento y el acudir a la religión. Asimismo se presentan como estrategias de menor preferencia el desentendimiento conductual, la negación, la supresión de actividades competentes y el desentendimiento mental. La muestra estudiada prefiere el estilo de afrontamiento que se centra en el problema. Finalmente se obtuvo diferencias entre la variable tiempo de consumo y estilos de afrontamiento.

Weaver, Turner y O'Dell (2000) analizaron la sintomatología depresiva y el estrés psicosocial y las estrategias de afrontamiento en 102 mujeres en proceso de recuperación de adicción de uno a cinco años. Los resultados indicaron que casi un tercio de la muestra tiene indicadores de depresión y más de la mitad tenía antecedentes de depresión diagnosticada. Adicionalmente, presentaron un alto nivel de estrés en áreas como salud emocional y física. Se obtuvo que las participantes aumentaron significativamente su uso de estrategias de afrontamiento positivas conforme continuaron un proceso de tratamiento.

Chau (1999) evaluó la relación entre consumo de bebidas alcohólicas, la tipología del bebedor, las motivaciones para beber y los estilos de afrontamiento en un grupo de universitarios. Se encontró que el uso de bebidas alcohólicas es frecuente y moderado en más de la mitad de la muestra (55%) especialmente en los hombres. Se halló un grupo de bebedores problemáticos (22%). En relación a los estilos de afrontamiento y la intensidad del consumo, son las mujeres con un consumo problemático las que tienden a utilizar “los otros estilos de afrontamiento” denominados actualmente estilos evitativos, como el enfocar y liberar emociones y el desentendimiento mental.

Míguez y Becoña (1997) investigaron los diferentes aspectos del fenómeno de recaída en ex fumadores, los autores observaron una secuencia básica de los acontecimientos cognitivos, conductuales y situacionales que aparecen en el proceso de recaída. Se obtuvieron factores situacionales como consumo de alcohol, presencia de otros fumadores y falta de apoyo social. Entre los factores fisiológicos estuvieron los estados físicos negativos y entre los factores psicológicos, los estados emocionales negativos, la baja autoeficacia y la falta de estrategias de afrontamiento.

McKay et al. (1996) investigaron las posibles diferencias de género en el inicio, curso y terminación de los episodios de recaída de cocaína. La muestra fue de 98 sujetos entre hombres y mujeres. Los análisis indicaron que las mujeres reportaron más problemas asociados a emociones negativas y problemas interpersonales, así como menos experiencias positivas antes de la recaída, que los hombres. Adicionalmente, las mujeres reportaron mayores niveles de impulsividad hacia el consumo de drogas. Por tanto y a partir de dichos hallazgos, los autores sugieren que los programas de prevención de recaídas tomen en cuenta la variable sexo.

Saavedra (1993) realizó un estudio en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi sobre recaídas en consumo de drogas en 50 pacientes ambulatorios, los resultados revelaron una recaída en el 84% de los pacientes en el primer año de tratamiento. El autor menciona la necesidad de implementar estrategias adecuadas en la prevención de recaídas de acuerdo a las características de los usuarios.

Folkman y Lazarus (1988) analizaron la relación entre las emociones y el afrontamiento (manejo confrontador, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptar responsabilidades, escape – evasión, solución planificada de problemas, valoración positiva). Analizando las correlaciones de estrategias de afrontamiento y las emociones resultantes, concluyeron que la solución planificada de problemas parece ser la respuesta más efectiva ante situaciones de estrés, dado que se asocia a emociones resultantes más positivas.

Cummings, Gordon y Marlatt (1980) realizaron una investigación sobre situaciones de alto riesgo en las conductas adictivas. Se analizaron los determinantes intrapersonales e interpersonales de pacientes con adicción al alcohol, nicotina, heroína, juego patológico y obesidad. Se obtuvo en determinantes intrapersonales: los estados emocionales negativos 35%, estados físicos negativos 3%, estados emocionales positivos 4%, poner a prueba el control personal 5% y deseos y tentaciones 9%. Asimismo en los determinantes interpersonales se obtuvo el siguiente porcentaje: conflictos interpersonales 16%, presión social 20% y estados emocionales positivos 8%.

Para la presente investigación se han analizado las investigaciones más relevantes en las variables afrontamiento y recaída, haciendo un hincapié en muestra de consumidores a

drogas y adictos, estos antecedentes otorgan fundamento teórico y aplicativo. Asimismo varios de estos estudios (Gomez-Fraguela et al., 2006; Rodríguez, 2012; Chipana, 2016; Guevara et al., 2001; Cieza y Meléndez, 2013; Criollo y Guerrero, 2015; Pedrero et al., 2008; Cummings et al., 1980; Saavedra, 1993; Anicama et al., 2001; Míguez y Becoña, 1997; Lizárraga, 2004; Pugo, 2012; Sugarman et al., 2010; Chau, 1999; Valles, 2016; Rojas, 2007) servirán para realizar la discusión de los resultados obtenidos. Los estudios previos muestran relación entre afrontamiento y consumo de drogas como un factor de riesgo hacia la adicción, asimismo, entre los principales motivos para que un adicto recaiga en drogas se observa un inapropiado uso del afrontamiento.

2.2 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.2.1 Afrontamiento al Estrés

2.2.1.1 Definición de Estrés

El termino estrés, es una de las variables psicológicas que más se ha popularizado en el mundo actual, al revisar el marco teórico de este concepto se encuentran múltiples definiciones. Adicionalmente, es uno de los términos en psicología sobre el cual hay cierta ambigüedad, siendo utilizado no sólo por profesionales de la salud mental, sino también por sociólogos, comunicadores y por las personas en general (Sandín, 2009).

El estrés es un fenómeno multivariable, que resulta de la relación entre la persona y los eventos de su medio, los mismos que son evaluados como desmesurados o amenazantes para sus recursos y que ponen en riesgo su bienestar. Los estilos de afrontamiento al estrés serían las diferentes respuestas conductuales, cognitivas y emocionales empleadas para manejar y tolerar al mismo, permitiendo reducir la tensión y restablecer el equilibrio (Carver, Sheier y Weintraub, 1989). El estrés es una respuesta adaptativa de nuestro organismo ante demandas ambientales, caracterizado por una activación fisiológica, de duración variable y que prepara al individuo para soportar tales eventos (Sandín, 2009).

McKay, Davis y Fanning (1985) postulan que el síndrome del estrés se define como “una combinación de tres elementos: el ambiente, los pensamientos negativos y las respuestas físicas. Estos interactúan de tal manera que hacen que una persona se sienta ansiosa, colérica o deprimida.” (p. 9)

El individuo en distintos ámbitos de su vida se ve sometido a múltiples situaciones o eventos que le generan estrés, estos son conocidos como estresores o factores estresantes. Luego estos hechos generan respuestas en el sujeto a nivel cognitivo, fisiológico, emocional y motor/conductual, ésta reacción o respuesta al estrés es variable en función a las características individuales. En el estudio del estrés, existen diversas teorías según su marco de referencia, entre las principales tenemos: el Enfoque basado en la Respuesta, en el Estímulo y en la Interacción (Lazarus y Folkman, 1986; Sandín, 2009).

El primer enfoque del estrés es el “Basado en la Respuesta” y es propuesto por el fisiólogo Selye, quien observó que los pacientes a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad propia, presentaban síntomas comunes y generales: cansancio, pérdida del apetito, disminución del peso, etc., esto llamó mucho su atención y lo denominó "Síndrome de estar Enfermo". Esta perspectiva fisiológica define al estrés como la activación del sistema nervioso dada la intervención directa de un estímulo externo, es decir, entiende al estrés como una respuesta no específica del organismo (Sandín, 2009). La teoría basada en la Respuesta conceptualiza al estrés como el conjunto de reacciones biológicas del organismo ante un estímulo ambiental estresante y su intento por equilibrarse mediante la homeostasis. Selye considera que el estrés es una respuesta específica en sus manifestaciones, pero inespecífica en su origen, ya que cualquier estímulo (externo o interno) excesivo puede promover esta respuesta que denominó posteriormente “Síndrome General de Adaptación” y que era muy semejante a sus primeras conceptualizaciones del estrés, en las que se consideraba que un trastorno surge siempre ante estímulos amenazadores para el organismo sin que sea necesaria la participación del sujeto. La teoría de Selye, identifica una activación del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal y del sistema nervioso autónomo (Sandín, 2009; Lazarus y Lazarus, 2000).

Selye refiere que la respuesta de estrés está conformada por un mecanismo tripartito que denominó Síndrome de Adaptación General (SGA) que implica respuestas estereotipadas y una activación que presenta un conjunto de reacciones o respuestas secuenciales explicadas brevemente a continuación:

a. Fase de Alarma.- El organismo reacciona ante estímulos a los que no se está adaptado, percibe un agente que identifica como nocivo y genera una respuesta inicial de alerta, presentando diferentes síntomas y movilizándolo defensas para responder a la posible amenaza, en esta fase se activa el Sistema Nervioso Autónomo (SNA), generando una descarga de adrenalina, corticotrofina y corticoides (Barra, 2003; Sandín, 2009).

b. Fase de Resistencia.- Dado que la primera fase no puede mantenerse por mucho tiempo, empieza la fase de resistencia, donde el organismo busca adaptarse al agente nocivo (estresor) y disminuyen los síntomas iniciales. Se incrementa la resistencia al agente nocivo y hay una mejora de la capacidad de respuesta física (Barra, 2003; Sandín, 2009).

c. Fase de Agotamiento.- Si el agente nocivo u estresor continúa expuesto al organismo, este pierde la adaptación previa y continúa una etapa donde reaparecen los síntomas debido al agotamiento y se produce una ruptura de los procesos de recuperación, siendo posible que el proceso culmine con trastornos psicofisiológicos generalizados o irreversibles y en algunos casos con la muerte (Barra, 2003; Sandín, 2009).

El segundo enfoque del estrés es el “Basado en el Estímulo”, esta teoría estudiada e investigada por diversos autores como Holmes y Rahe, ubica al estrés fuera del sujeto y lo define como el conjunto de las características asociadas a estímulos del ambiente que pueden alterar el funcionamiento del organismo. Bajo este enfoque, el estrés aparece ante situaciones consideradas estresantes que afectan al ser humano. Este enfoque evolutivo define al estrés como aquella respuesta que le permite al organismo

adaptarse, ésta tolerancia al estrés varía en cada individuo dado que una situación puede ser muy estresante para alguien pero muy poco estresante para otra persona (Sandín, 2009).

Dichos estresores son múltiples y variados, una clasificación de estresores potenciales los distingue en tres categorías (Cassaretto, 2009):

- a. Los acontecimientos vitales mayores que producen cambios significativos en la vida del sujeto y que demandan un ajuste y adaptación, con el transcurso del tiempo es probable que alteren el bienestar físico, psíquico, social y laboral (Por ejemplo, un divorcio, la muerte de un familiar, la viudez, jubilación, desempleo).
- b. Molestias y alegrías diarias, son situaciones de leve intensidad que requieren reajustes conductuales durante el transcurso del día (por ejemplo el tráfico vehicular, las visitas inesperadas, la pérdida de documentos) pero de efecto acumulativo que pueden alterar la salud mental, el estado de ánimo, así como el nivel de eficacia y funcionamiento social del sujeto.
- c. Circunstancias crónicas y desagradables que se mantienen permanentemente en la vida del sujeto como el estar desempleado, la pobreza extrema, las pésimas condiciones de vida, el sub empleo y las dificultades afectivas persistentes como menciona Reeve (1994) citado por Cassaretto (2009, p.38).

El tercer enfoque del estrés es el “Basado en la Interacción” propuesto por Richard Lazarus, quien enfatiza en el concepto de estrés y la importancia de la mediación de los factores psicológicos, especialmente los cognitivos, los cuales intervienen entre los estresores y las respuestas del estrés. Por tanto, dicho proceso complejo presenta tres

componentes principales: Una situación inicial en la que se produce un acontecimiento que es potencialmente peligroso (acontecimiento estresante o estresor); el acontecimiento es interpretado como peligroso, perjudicial o amenazante y el sujeto lo percibe como tal independientemente de sus características objetivas; luego aparece una activación del organismo como respuesta ante la amenaza percibida (Lazarus y Folkman, 1986; Lazarus, 1993).

Según el modelo de Lazarus el proceso cognitivo de valoración de la situación supone una estimación de las posibles consecuencias negativas que pueden desencadenarse para el individuo. Si el resultado de esta valoración concluye que las consecuencias pueden ser un peligro para sus intereses, entonces valorará su capacidad de afrontamiento frente a este peligro potencial. Si las consecuencias son muy amenazantes y los recursos escasos, surgirá una reacción de estrés. La reacción de estrés será menor si la amenaza no es tan grande y el uso de afrontamiento fuese el apropiado. Toda persona hace constantes esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar adecuadamente las situaciones que se le presentan, por lo tanto no todo el estrés tiene consecuencias negativas (Lazarus y Folkman, 1986; Lazarus 1993).

Adicionalmente, Lazarus identifica tres tipos de evaluación: la evaluación primaria que se produce en cada transacción con algún evento externo o interno, la evaluación secundaria donde el sujeto valora sus propios recursos para afrontar la situación y como último la reevaluación donde aparece el *feedback* permitiendo la corrección sobre las valoraciones previas (Sandín, 2009).

La interacción entre la valoración primaria y secundaria determina el grado de estrés, la intensidad y el contenido de la respuesta emocional. La reevaluación se refiere a los procesos de retroalimentación que tienen lugar a medida que se desarrolla la interacción

individuo y demandas externas o internas. Lazarus y Folkman (1986) mencionan que existen ciertas características para determinar si una situación es estresante, entre ellas se encuentran el cambio o novedad, la falta de información, la no predictibilidad, la incertidumbre, ambigüedad, inminencia, duración y significación para la persona, entre otras. Los autores también agregan la importancia de las condiciones biológicas del organismo y la carencia de habilidades para hacerle frente. El Modelo Interaccional del Estrés se focaliza en la evaluación como mediador cognitivo de las reacciones de estrés, enunciando que la evaluación cognitiva es un proceso universal donde el sujeto valora el significado de lo que ocurre (Cassaretto, 2009; Sandín, 2009).

Lazarus (1993) refiere que durante la evaluación primaria el individuo percibe y evalúa el evento estresante, aquí aparecen los componentes cognitivo y emocional. En la evaluación secundaria se elabora una respuesta a nivel mental, valorando los propios recursos para enfrentar la situación, esta respuesta debe atenuar o eliminar el evento estresante; finalmente, el afrontamiento representa el proceso de llevar a cabo esta respuesta. El modelo teórico de Lazarus ha servido para diversas investigaciones en los últimos años.

2.2.1.2 Definición de Afrontamiento

El concepto de afrontamiento surgió hace más de 60 años y en la actualidad existen diversas investigaciones al respecto, asimismo algunas posturas teóricas estudian este constructo. Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas internas y/o externas que son evaluadas como impositivas o que exceden los recursos de la persona.” (p.99)

Fernández-Abascal, Palmero, Choliz y Martínez (1997) conceptualizan el afrontamiento como un proceso que realiza el individuo para hacer frente a las situaciones estresantes. Mencionan además que si el sujeto encuentra resultados positivos en su proceso de afrontamiento al problema repetirá este comportamiento ante situaciones semejantes. Por otra parte, si no consigue el éxito esperado utilizará otra estrategia.

El afrontamiento actúa como regulador de la perturbación emocional. Si es efectivo no se presentará dicho malestar, en caso contrario podría verse afectada la salud en forma negativa y por consecuencia aumentaría el riesgo de mortalidad y morbilidad en el individuo (Cassaretto et al., 2003). El afrontamiento influye en la intensidad y duración de las reacciones neuroquímicas del estrés y en las condiciones ambientales nocivas; por tanto, aumenta el potencial patógeno de la situación estresante (Lazarus y Folkman, 1986).

Casullo y Fernández-Liporace (2001) entienden el afrontamiento como el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos, acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que ellas generan. Este proceso funciona en los casos en que los intercambios individuo y entorno se desequilibran y cobra sentido la valoración que la persona hace de la situación estresante. El significado que le otorga a la situación es explicable a partir de la historia de vida, las relaciones actuales, la posición social, la percepción realista o no de su capacidad de afrontar los acontecimientos y desde su grado de tolerancia al estrés. El sujeto utiliza en el afrontamiento esfuerzos cognitivos y conductuales para hacer frente al estrés y al estado emocional desagradable vinculado al mismo (Lazarus, 1993; Sandín, 2009).

2.2.1.3 Estilos y Estrategias de Afrontamiento

El estudio e investigación de la variable afrontamiento ha llevado a conceptualizar dos diferentes tipos denominados estilos y estrategias (Carver et al., 1989). El afrontamiento es un proceso donde aparecen una serie de factores relacionados con esta variable que acercan al estrés más a una noción de estructura relativamente estable (Lazarus, 1993).

Lazarus y Folkman (1986) plantean tipos de afrontamiento enfocados al problema y a la emoción. En el tipo de afrontamiento centrado en el problema, la persona intenta solucionar o modificar la situación de alguna forma. Por tanto, hace referencia al uso de un conjunto de estrategias como la solución de problemas, la toma de decisiones, el buscar información, etc. que son utilizadas con el objetivo de realizar una modificación en la situación estresante. El afrontamiento enfocado a la emoción está dirigido a disminuir o eliminar las reacciones emocionales desencadenantes por la fuente estresante, asume que la situación tiene una condición estresante que es inmodificable y por ello se concentra en disminuir toda su atención del malestar emocional que se va generar. El afrontamiento también puede orientarse a la evitación que consiste en distanciarse de la situación y los sentimientos que la acompañan (Lazarus y Lazarus, 2000; Skinner y Zimmer-Gembeck, 2007).

Carver y colaboradores consideran que hay ocasiones en que se da un afrontamiento evitativo cuando el sujeto niega la situación amenazante y por consecuencia elimina las posibles conductas orientadas a enfrentar al problema o cuando las personas eligen consumir drogas para evitar la presión por las demandas ambientales. El afrontamiento evitativo puede resultar adaptativo frente a situaciones en las que se carece de control,

pero también puede impedir el uso de estrategias adaptativas frente a los estresores (Carver et al., 1989). No se concibe que un estilo de afrontamiento sea mejor que el otro, la funcionalidad estaría sujeta por el tipo de situación en la que se aplique. Por ejemplo, el estilo centrado en el problema sería más funcional ante situaciones que se puedan modificar, mientras que el estilo centrado en las emociones tendría una función adaptativa en situaciones que no se pueden cambiar (Cassaretto et al., 2003).

Fernández-Abascal et al. (1997) propusieron un modelo integrador sobre los estilos de afrontamiento en donde explica tres dimensiones básicas para los diferentes estilos.

Estas dimensiones son:

- a. El método empleado en el afrontamiento, donde se puede distinguir el afrontamiento activo, el que moviliza esfuerzos para los distintos tipos de solución de la situación; el afrontamiento pasivo, el que se basa en no hacer nada directamente en la situación, sino simplemente esperar que cambien las condiciones y la evitación, en el que se trata de evitar o huir de la situación y de las consecuencias.
- b. La focalización del afrontamiento, donde se distingue el estilo de afrontamiento dirigido al problema, el cual trata de alterar las condiciones responsables de la amenaza; el estilo centrado en la emoción, donde se busca reducir o eliminar el malestar emocional; y el estilo centrado en modificar la evaluación, es decir, donde se utiliza la reevaluación del problema.
- c. La actividad movilizada en el afrontamiento, por lo que los esfuerzos pueden ser cognitivos y/o conductuales, es decir, conductas encubiertas u observables, que implican esfuerzos desplegados en comportamientos manifiestos.

Carver et al. (1989) mencionan quince estrategias de afrontamiento para su evaluación: el afrontamiento activo (confrontar una situación estresante), la planificación (pensar estrategias y seguir un plan de acción), la supresión de actividades competentes (dejar de lado otras actividades para concentrarse en el problema), la postergación del afrontamiento (evaluar la situación para no actuar precipitadamente), el soporte social instrumental (buscar información y consejo en los demás), el soporte emocional (buscar en otros apoyo moral y comprensión), la reinterpretación positiva (aprender y otorgarle un significado positivo a las experiencias), la aceptación (aceptar lo acontecido), la negación (no aceptar el problema), el acudir a la religión (buscar apoyo en la religión), enfocar y liberar emociones (expresar emociones de manera intensa), el uso de sustancias (consumir drogas), el desentendimiento conductual y cognitivo (evitar comprometerse ya sea en lo conductual y/o cognitivo frente a una situación estresante) y el humor (bromear sobre la situación estresante).

Caver et al. (1989) diseñaron un cuestionario con el objetivo de identificar un estresor común a un grupo de personas. Mencionan que un buen ejemplo es la situación de un examen importante ya que tiene la posibilidad de ser evaluado como positivo o negativo. Los autores plantean que a pesar de que se está de acuerdo en que el afrontamiento puede variar de un momento a otro, hay un fundamento para plantear que los sujetos desarrollan formas habituales de enfrentar el estrés y que estos estilos de afrontamiento pueden influir en sus reacciones frente a nuevas situaciones. Señalan que los estilos de afrontamiento centrados en el problema y el centrado en la emoción se dividen en subgrupos a los que denomina estrategias.

Tabla 1

Estrategias de afrontamiento según Carver et al. (1989)

Estrategias centradas en el Problema	Estrategias centradas en la Emoción	Otras Escalas
Afrontamiento Activo	Búsqueda de apoyo social por razones emocionales	
Planificación	Reinterpretación positiva y crecimiento	Enfocar y liberar emociones
Supresión de actividades competentes	Aceptación	Desentendimiento conductual
Postergación del afrontamiento	Negación	Desentendimiento mental
Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales	Acudir a la religión	

2.2.1.4 Afrontamiento y consumo de drogas

El enfoque cognitivo conductual propone teorías para comprender el proceso de la adicción, como el Modelo de Afrontamiento al Estrés de Wills y Hirky, que explica el consumo de sustancias como una respuesta del sujeto a los estresores vitales a los que se enfrenta a lo largo de su vida y plantean que el consumir drogas reduciría los efectos negativos del estrés o aumentaría la capacidad del sujeto para hacer frente a los mismos. La motivación para el consumo de drogas tiene relación con las estrategias de afrontamiento Tipo Evitativo como el regular los estados emocionales negativos, el olvidarse temporalmente de los problemas y el buscar soluciones mágicas a los problemas. Estas motivaciones pueden facilitar la aparición de nuevas situaciones estresantes y reduce el desarrollo de las habilidades personales. El modelo postula que

si el sujeto tiene habilidades adecuadas y adaptativas para afrontar el estrés tendrá menos probabilidad de desarrollar comportamientos adictivos, que si carece de estos recursos (Wills y Hirky, 1996; Llorens et al., 2004).

Existen evidencias empíricas que relacionan la experimentación de situaciones estresantes y el abuso de drogas, ya que los estresores predisponen o desencadenan el consumo. Aparte de estas influencias ambientales, también se encontró una contribución genética a las diferencias de reactividad al estrés y su relación con la adicción (Kreek, Nielsen, Butelman y LaForge, 2005).

El Modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon (1985) señala la importancia del uso de estrategias de afrontamiento para evitar el consumo de drogas y poder mantener la abstinencia, donde podría producirse el reinicio del consumo cuando el sujeto tiene que enfrentarse a situaciones de alto riesgo y no utiliza apropiadamente las estrategias de afrontamiento. Estos autores proponen un modelo de prevención de recaídas que enfatiza la enseñanza de habilidades de afrontamiento, buscando que los pacientes puedan utilizar estas estrategias en situaciones de alto riesgo y logren así mantener el control del evento estresante.

El Modelo de Afrontamiento de Lazarus refiere que algunos tipos de esfuerzos conductuales y cognitivos que hace el sujeto para hacer frente al estrés podrían disminuir o aumentar el consumo problemático del alcohol cuando coinciden otros factores de vulnerabilidad. El modelo postula que ambos tipos de afrontamiento (centrado en el problema y centrado en la emoción) son protectores para el individuo, en el afrontamiento centrado en el problema el nivel de estrés disminuye al utilizar

estrategias cognitivas y en el afrontamiento centrado en la emoción se intenta reducir el nivel de malestar emocional (Lazarus y Folkman, 1986; Chau, 1999).

Algunos autores han propuesto la presencia de una tercera dimensión denominada Afrontamiento de Distracción o Evitación que representa las acciones para desentenderse de la situación estresante y redirigir la atención a estímulos no relevantes. La negación o el uso de alcohol y drogas son ejemplos de esta dimensión (Endler y Parker, 1990). Existen evidencias empíricas que relacionan la experimentación de intensos episodios estresantes y el consumo problemático de drogas, operando estos estresores como acontecimientos de vulnerabilidad y desencadenantes (Pedrero et al., 2008).

Durante el proceso de intervención para modificar la adicción, el sujeto tiene que afrontar situaciones de alto riesgo hacia la recaída, es decir, el reinicio del consumo de drogas luego de haber logrado un periodo de abstinencia. En una situación de alto riesgo las personas que utilizan las estrategias de afrontamiento según el estresor, consumen menos alcohol (Gaspar y Martínez, 2008).

Los programas de intervención para las personas que tienen conductas adictivas incluyen el entrenamiento en estrategias de afrontamiento, así como de autoeficacia. Estas variables son objetivos para la intervención terapéutica porque con un adecuado entrenamiento se podría mejorar la capacidad del sujeto para adaptarse a las dificultades y para mantener la abstinencia hacia las drogas.

2.2.2 Adicciones y Recaída

2.2.2.1 Definición de Adicción

CEDRO (2015) define la adicción como una enfermedad “caracterizada por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro dado que las drogas modifican este órgano, principalmente su estructura y funcionamiento bioquímico.” (p18)

La OPS (2005) refiere que la adicción tiene ahora un término más técnico denominado dependencia de sustancias o síndrome de dependencia, caracterizado por la pérdida del control y la voluntad que tiene el usuario sobre el uso de la droga. El consumidor de sustancias realiza este comportamiento por beneficios a corto plazo, manteniendo la adicción a pesar de las consecuencias adversas a largo plazo que pudieron haber impedido continuar con el uso de las sustancias.

En los últimos años, se incluyen distintas conductas bajo la denominación genérica de adicciones o conductas adictivas, inicialmente se aplicaba al consumo de sustancias psicoactivas que tenían la potencialidad de producir dependencia, pero desde hace varios años la evidencia científica observó que también existían conductas adictivas sin el uso de drogas, que generaban dependencia y el resto de las características que tiene una adicción como son la tolerancia, el síndrome de abstinencia y la pérdida de autocontrol, los cuales representan los criterios de dependencia a sustancias psicoactivas. La adicción a drogas legales (alcohol y tabaco) e ilegales (marihuana, cocaína, pasta básica de cocaína, etc.) se ha extendido en nuestra sociedad de modo

amplio en las últimas décadas y tienen efectos negativos a corto, mediano y largo plazo (OPS, 2005; Becoña y Cortés, 2011).

2.2.2.2 Características de las adicciones a sustancias psicoactivas y las adicciones comportamentales

La Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10) elaborada por la OMS, define la dependencia o síndrome de dependencia a sustancias psicoactivas como un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas, donde el consumo de la droga es de máxima prioridad para el sujeto. La característica del síndrome de dependencia, es el deseo intenso y a veces insuperable de ingerir sustancias psicoactivas ilegales o legales, aun cuando hayan sido prescritas por un médico (OMS, 1992).

Según la OMS los criterios diagnósticos son:

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de tres de los rasgos siguientes:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo, asimismo para controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia

característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar síntomas de abstinencia.

d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a las personas en las que no está presente una tolerancia).

e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.

f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal como el daño hepático por consumo excesivo de alcohol, los estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o el deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia. Debe investigarse a fondo si la persona que consume la sustancia es consciente o puede llegar a serlo, de la naturaleza y gravedad de los perjuicios. (OMS, 1992, pp. 53-54)

Por otra parte, la Asociación Americana de Psiquiatría [APA] en la publicación de su quinta versión del Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM 5] (APA, 2013) propone que la categoría denominada trastornos adictivos y relacionados a sustancias se clasifique en trastornos relacionados a sustancias y trastornos no relacionados a sustancias (comportamentales), en esta última categoría se incluye el trastorno por juego de apuestas. Becoña y Cortés (2011) refieren que entre las

adicciones comportamentales que tienen una mayor prevalencia están el juego patológico, el comer compulsivo, el sexo compulsivo, el trabajo compulsivo, las compras compulsivas y la adicción a las nuevas tecnologías.

Asimismo el DSM-V presenta cambios como la eliminación de los términos abuso y dependencia del DSM-IV y une ambos diagnósticos acuñando el término Trastorno Relacionado a Sustancias. El diagnóstico se hace cuando la persona presenta 2 o más síntomas de 11 a lo largo de un periodo de tiempo de 12 meses y se agrega el nivel de severidad: bajo (2-3), moderado (4-5) o severo (6 o más) en función del número de criterios diagnósticos presentes. Se elimina el ítem del DSM-IV referido a tener problemas legales y se añade el ítem de *craving* entendido como el deseo incontrolable por consumir drogas (APA, 2013).

2.2.2.3 Definición de Recaída

Cuando el dependiente a sustancias psicoactivas ha sido capaz de mantenerse en abstinencia por periodo de tiempo, debido a algún tipo de tratamiento profesional, grupo de autoayuda (Alcohólicos o Narcóticos Anónimos), Comunidad Terapéutica, soporte espiritual o en algunos casos por sí mismo debido a su compromiso de dejar de consumir; aparecerán las primeras crisis que en muchos casos lo llevarán a una reinicio de la conducta adictiva. Por tanto, se define recaída como la restitución del comportamiento adictivo luego de un considerable periodo de abstinencia. Las recaídas pueden manifestarse con el reinicio del consumo de la droga problema, el retorno al

estilo de vida antiguo, el consumo de drogas sustitutas, las actividades de riesgo u otros comportamientos compulsivos (Marlatt y Gordon, 1985).

Graña (1994), define la recaída como cualquier retorno al comportamiento adictivo o al estilo de vida anterior, después de un período inicial de abstinencia y de cambio de estilo de vida (como mínimo entre uno y tres meses). El autor habla de recaída siempre y cuando previamente se había decidido cambiar y hubo un compromiso para cumplir este objetivo.

Chiauzzi (1991) propone una definición descriptiva y explicativa a continuación:

Recaída es el restablecimiento de los pensamientos, sentimientos y comportamientos adictivos después de un periodo de abstinencia. La recaída implica la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. La contribución específica de cada uno de estos factores en un individuo concreto dependerá de su historia de aprendizaje, de su funcionamiento físico, de su predisposición psicológica y de su entorno. (p. 13)

Grant y Hadgson (1992) señalan que las recaídas ocurren bastante pronto en la mayoría de los casos y que después de los 6 primeros meses son cada vez menos probables, aunque pueden producirse incluso muchos años después del tratamiento. El concepto de la recaída es estudiado desde diversas posturas, Leukefeld y Tims (1989) señalan que se puede resumir en diferentes perspectivas teóricas:

- 1.-Fisiológicas, donde los factores predisponentes son la apetencia y el *craving*.

- 2.-Cognitivas, donde los factores predisponentes son el estrés, la falsa creencia en poder manejar el consumo, una pérdida del compromiso asumido por la abstinencia y los estados emocionales negativos.
- 3.-Conductual, donde los factores predisponentes son los estímulos de alto riesgo que precipitan la apetencia de la droga.
- 4.-Medio ambiental, donde los factores predisponentes son la disponibilidad de las drogas y la presión del grupo para consumir la droga.

Para algunos autores como Casas y Gossop (1993) existen recaídas normalizadas o normativas cuando se produce el consumo de la sustancia psicoactiva en contacto con el grupo y no se abandona el tratamiento, mientras que en las patológicas se incluye el abandono del tratamiento y una vuelta al estilo de vida anterior.

Marlatt y Gordon (1985) definen un desliz como la violación de una regla autoimpuesta o conjunto de regulaciones que rigen una conducta determinada. Los autores proponen una diferencia entre desliz y recaída, donde desliz es considerada como una falta y la recaída como un retroceso, pero nunca como un fracaso. Para Beck un desliz o resbalón se define como el uso inicial de una sustancia psicoactiva después que un sujeto se había comprometido a dejarla y una recaída es el regreso completo a las conductas desadaptativas asociadas al consumo de dicha sustancia adictiva (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999).

Tejero, Trujols y Casas (1993) refieren que un aporte de los grupos de autoayuda (Alcohólicos y Narcóticos Anónimos) es el término “recaída en seco”. Este concepto hace referencia a que una recaída no es algo que aparece espontáneamente en el

transcurso del tiempo, por el contrario la recaída es el eslabón final de un proceso dado por un encadenamiento de conductas desadaptativas o acontecimientos que podrían ser analizados en diferentes etapas. Bajo esta explicación podría considerarse que un paciente puede empezar un proceso de recaída al dejar de asistir a sus actividades ocupacionales o al abandonar su etapa de seguimiento, aunque estos acontecimientos no estén directamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

Trujols, Tejero y Casas (1996) refieren que en el tratamiento de las conductas adictivas, los procesos de recaída constituyen un reto asistencial continuo e ineludible debido a la elevada frecuencia con que se presentan. Asimismo, señalan la relevancia del impacto psicológico que las recaídas generan en el curso del trastorno por dependencia del paciente adicto, en los terapeutas y en la propia dinámica asistencial.

El concepto recaída ha evolucionado con el transcurso de los años, inicialmente comprendido bajo el modelo médico dando prioridad a la sustancia y en la actualidad explicado principalmente con el enfoque cognitivo conductual que enfatiza el rol activo del individuo en la aparición de la recaída. Diversas investigaciones dan cuenta que las recaídas generalmente se producen después que el sujeto pierde el contacto con el tratamiento, quizás por haber logrado el alta terapéutica o por abandonarlo (Marlatt y Gordon, 1985; Luengo et al. (2000) citado por López, 2005, p.102).

Finalmente, hay que agregar que el término recaída se encuentra en análisis dado que los fenómenos descritos con este concepto son muy amplios. Se ha propuesto el término alternativo “incumplimiento de propósitos” (IP) para entenderlo como una modificación

temporal o permanente en la resolución de cambio, dado que una característica central de la adicción parece ser la naturaleza crónica de las recaídas. Se define IP como:

Cualquier incumplimiento de los objetivos relacionados con la reducción o control o eliminación de cualquiera de los desencadenantes del proceso. El objeto de IP no será el tratamiento general de la adicción, sino el análisis e intervención concreta de los determinantes que aparecen en la cadena de evolución hacia el cambio, considerando este último más allá del consumo. (Cortés y Pascual, 2005, p.15)

2.2.2.4 Modelos de Recaída

Existen varios modelos para explicar la recaída, algunas perspectivas han asumido una visión categórica y dicotómica, es decir "todo o nada" posterior al tratamiento, donde el individuo tiene dos posibilidades, mantener su abstinencia o experimentar una recaída; esta última tendría su indicativo en cualquier consumo de droga una vez que el tratamiento ha finalizado. Sin embargo, en la actualidad, diversos autores prefieren conceptualizar la recaída como un proceso, más que como un fenómeno binario y discreto (Marlatt, 1993). Desde esta óptica, la recaída se entiende como un proceso que se va desarrollando a lo largo del tiempo. En este sentido, se distingue entre el uso puntual de una sustancia (lapso, desliz o caída temporal) y el retorno a la conducta adictiva que se ha intentado cambiar, es decir, la recaída (Marlatt y Gordon, 1985).

La transición entre un desliz y el retorno a la adicción dependerá de una serie de procesos en los que se relacionan múltiples variables. Esta postura conceptual propició la aparición de modelos teóricos que intentaron describir las variables implicadas en el proceso de la recaída. Los modelos pioneros en esta área subrayaron la existencia de factores situacionales y personales que interactúan para precipitar la aparición de la recaída. Las variables cognitivas (atribuciones, expectativas, racionalizaciones, autoeficacia) a través de las cuales el individuo procesa mentalmente las situaciones desempeñan un papel central en estos esquemas teóricos (Marlatt y Gordon, 1985; Cortés y Pascual, 2005). La siguiente clasificación establece una diferenciación entre modelos psicológicos y psicobiológicos.

Tabla 2

Clasificación de modelos realizada por Connors, Maisto y Donovan (1996) En Cortés y Pascual (2005, p. 57)

Modelos Psicológicos de Recaídas	Modelos Psicobiológicos de Recaídas
- Modelo de Autoeficacia y Expectativas de Resultado (Annis, 1986; Rollnick y Heather, 1982; Wilson, 1978)	- Procesos Oponentes y Motivación Adquirida (Solomon, 1980)
- Modelo de Interacción Persona-situación (Litman, 1986)	- Craving y Pérdida de control (Ludwing y Wikler, 1974)
- Modelo Cognitivo Conductual (Marlatt y Gordon, 1985)	- Urges y Craving (Tiffany, 1990; Wise, 1988)
- Modelo de Valoración Cognitiva (Sanchez-Craig, 1976)	- Síntomas de Abstinencia (Mossberg, Liljeberg y Borg, 1985; Roelofs y Dikkenberg, 1987)
	- Síndrome de Abstinencia Postagudo (Gorski y Miller, 1979)
	- Abstinencia – Limbic Kindling (Adinoff, O’Neill y Ballenger, 1995)

Modelo de Interacción Persona-Situación

La propuesta de Gloria Litman explica las variables que pueden producir una recaída. El modelo desarrolla la interacción compleja entre situaciones peligrosas para el individuo, conductas de afrontamiento, la efectividad percibida de esas conductas y las características individuales. Litman (1986) citado en Cortés y Pascual (2005, p.58) realiza una recopilación y evaluación de las posibles situaciones de alto riesgo y habilidades de afrontamiento, luego elabora algunos cuestionarios cualitativos en recaída.

Modelo de Autoeficacia y Expectativas de Resultado

Este modelo se basa en la Teoría de la Autoeficacia de Bandura (Cortés y Pascual 2005), el modelo analiza al individuo y sus expectativas de conseguir mantenerse abstinentes (expectativa de resultado) y su juicio sobre la capacidad que posee para obtener su meta (autoeficacia). Para Donovan y Chaney (1985) citado en Cortés y Pascual (2005, p.58) este modelo tiene entre sus principales causales de recaída la interpretación errónea de algunos estados físicos y emocionales como deseos de consumo, tener la expectativa de perder el control al iniciar el consumo, baja percepción de autoeficacia para afrontar el consumo, experimentar un desamparo aprendido y tener expectativas negativas intensas. El modelo nos recomienda evaluar la confianza que tiene el adicto en sus propias capacidades para lograr resolver problemas y afrontar dificultades.

Modelo de Valoración Cognitiva

Esta propuesta elaborada por Sanchez-Craig (1976) citado en Cortés y Pascual (2005, p.62) refiere que la interpretación que realiza el sujeto de una situación influye de

manera más significativa en la recaída, que la situación en sí misma. Asimismo, esta interpretación está determinada por la percepción del sujeto de la utilidad de sus estrategias de afrontamiento en situaciones concretas. Un antecedente para una recaída son las valoraciones inapropiadas, como el focalizarse en los beneficios a corto plazo producto del consumo y desatender las consecuencias a largo plazo. El modelo también toma en cuenta los modelos motivacionales-condicionados para identificar las situaciones pasadas asociadas al consumo de sustancias, es decir, la historia de consumo de drogas.

Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente

Estos autores proponen que el proceso de cambio casi nunca es lineal, sino dinámico y espiral. A través de varias investigaciones desarrollaron un modelo tridimensional compuesto por estadios, procesos y niveles de cambio (Graña, 1994).

Los estadios de cambio, representan una dimensión temporal, es decir, cuándo cambian las personas con problema de consumo de drogas. Por tanto, al realizar una intervención se debe considerar el momento particular en el que se encuentra el adicto. Los autores plantean que un paciente luego de un consumo ocasional, desliz o recaída no regresará a un proceso irreversible, sino que probablemente regrese a uno de los estadios de cambio propuestos, es decir, precontemplación, contemplación, preparación, acción o mantenimiento (Graña, 1994; Prochaska, Norcross y DiClemente, 2013).

Los procesos comprenden la dimensión procesal (cómo cambian las personas), aquí se analizan las herramientas utilizadas por cada sujeto en su propósito de solucionar problemas y realizar un cambio. Los niveles de cambio representan la dimensión que

debe modificarse a nivel de síntoma, cogniciones desadaptativas, conflictos interpersonales, conflictos familiares y conflictos intrapersonales. La recaída es tan frecuente que debe ser integrada como un eslabón más en el proceso de cambio. Bajo este enfoque cada recaída no es considerada un fracaso sino una nueva experiencia de aprendizaje. La etapa de mantenimiento empieza a partir de los seis meses de abstinencia unido al logro de objetivos terapéuticos que el consumidor de drogas ha alcanzado y luego trabaja para prevenir su recaída (Prochaska et al., 2013).

Modelo Cognitivo Conductual de Marlatt y Gordon

Para la mayoría de los expertos en el campo de las adicciones, el modelo de Marlatt y Gordon es el más completo y difundido, elaborado bajo el Enfoque Cognitivo Conductual, entiende la adicción como una conducta aprendida que puede modificarse utilizando los principios de las Teoría del Aprendizaje Clásico, Operante y Social e integra los procesos cognitivos como determinantes de la conducta adictiva. Los autores hacen hincapié en los principios de la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura combinando los procedimientos conductuales de entrenamiento en habilidades de afrontamiento, la terapia cognitiva y el reequilibrio en el estilo de vida como pautas indispensables para afrontar una recaída (Cortés y Pascual, 2005).

Marlatt y Gordon (1985) explican la ocurrencia del primer consumo en el sujeto a través de varias variables cognitivas como la autoeficacia, es decir la valoración de la capacidad de resolver un problema o situación de alto riesgo, así como las expectativas de resultado al analizar las consecuencias de la conducta. Marlatt (1993) define una situación de alto riesgo como cualquier situación que representa una amenaza para la sensación de control del individuo y aumenta el riesgo de recaída. El modelo explica

como la ausencia de habilidades de afrontamiento y/o la inhibición de estas respuestas por la ansiedad, además de la falta de categorización de la situación como de alto riesgo, el déficit de motivación hacia la abstinencia o la tentación de uso de la sustancia, dificultan la adecuada respuesta de afrontamiento ante una situación de riesgo. En presencia de cualquiera de estas circunstancias, la posibilidad de que una situación de alto riesgo progrese hasta una recaída aumenta de manera significativa (Graña, 1994).

El proceso de recaída empieza a desencadenarse y en algunos casos se observa un desliz cuando el sujeto tiene aún la capacidad de intentar controlar su conducta adictiva, la diferencia para pasar de un desliz a una recaída radica en la percepción y atribución de su caída inicial. Marlatt y Gordon (1985) proponen el constructo denominado “Efecto de la violación de la abstinencia (EVA)”, este fenómeno consiste en un estilo atribucional que parece mediatizar la respuesta afectiva negativa tras un nuevo consumo que se caracteriza por una sensación de desamparo, disminución de la autoeficacia y una tendencia a rendirse pasivamente ante la situación de volver a reiniciar su consumo. Si el EVA es muy intenso aumenta la probabilidad de completar el proceso de recaída.

Marlatt y Gordon (1985) refieren que el individuo anticipa los efectos positivos inmediatos de consumir la sustancia, una anticipación fundamentada en experiencias anteriores, mientras ignora o desatiende a las consecuencias negativas involucradas a largo plazo. Estas expectativas de las consecuencias positivas son un determinante principal del consumo de sustancias psicoactivas. El modelo propone que el *craving* ocurre en presencia de estímulos externos, que actúan como estímulos condicionados que lo provocan y plantea que el *craving* puede operar de manera enmascarada y

permite que ocurran las llamadas “decisiones aparentemente irrelevantes” que acercan al sujeto a una recaída.

Marlatt y Gordon (1985) categoriza los determinantes de las recaídas en determinantes intrapersonales e interpersonales. Entre los primeros destacan las habilidades y las expectativas de autoeficacia para afrontar estados emocionales negativos (frustración, ira, ansiedad, depresión, soledad, aburrimiento, etc.). En la segunda categoría se integrarían conflictos interpersonales (relacionados con el matrimonio, los amigos, la familia y el trabajo) y la presión social (directa o indirecta) que induce al consumo de drogas. El modelo identifica tres tipos de situaciones que se encuentran asociadas a la mayoría de las recaídas: los estados emocionales negativos, los conflictos interpersonales y los contextos de presión social. Asimismo, el modelo tiene como objetivo identificar el origen etiológico de la recaída y realizar una intervención psicológica a través de un programa de prevención con un énfasis en fortalecer el autocontrol (Marlatt, 1993).

2.2.2.5 Modelo de Gorski y Miller

Este modelo es uno de los más difundidos en el área de adicciones (Gorski, 1986). Dichos autores realizaron una investigación con 118 personas con consumo problemático de drogas que habían pasado por recaídas múltiples. A través de entrevistas clínicas detalladas encontraron 37 señales de alerta de recaída para delinear un proceso temporal antes de retomar el consumo. Señalan además que la recuperación es un proceso de desarrollo que atraviesa diversas etapas: transición (caracterizado por

el cansancio de sufrir y reconocimiento de la incapacidad de controlar las drogas), estabilización (proceso de recuperación del síndrome de abstinencia), recuperación temprana (aprender a sentirse cómodo con la abstinencia y desarrollar habilidades de afrontamiento ante el consumo de drogas), recuperación media (basado en la prioridad de fortalecer las relaciones afectivas), recuperación tardía (sanar el pasado y aprender a resolver dificultades cotidianas) y mantenimiento (sostener una vida balanceada de crecimiento y desarrollo) (Gorski, 2013).

El modelo comprende la adicción como una enfermedad biopsicosocial, que al ser desarrollada en el sujeto genera un síndrome post agudo ante la interrupción del consumo. Se manifiesta por indicadores como inhabilidad para pensar con claridad, problemas de memoria, reacciones emocionales desproporcionadas, adormecimiento, problemas de sueño y estrés. El modelo implica una comprensión del proceso de recuperación y analiza la posibilidad de recaída (Martínez, 2009; Gorski, 2013).

Gorski y Miller (1982) citado por Álvarez (2011, párr. 43) encontraron una serie de síntomas de la recaída luego de un estudio con sujetos alcohólicos observados antes del primer trago, desde un consumo no problemático hasta un consumo patológico. Los autores proponen que es muy probable que ninguna recaída presente todos los síntomas, siendo algunos de ellos los más frecuentes. Los autores proponen las siguientes fases:

Regreso a la negación: El sujeto adicto es incapaz de reconocer y ser honesto para comunicar los pensamientos y emociones que experimenta, los síntomas más comunes son la preocupación por su estado personal y la negación.

Impedimentos y comportamientos defensivos: El adicto no desea evocar pensamientos y sentimientos negativos, la persona empieza a evitar los estímulos que pueden presionarlo a ser honesto consigo mismo. Si se pregunta al sujeto por su bienestar se pone a la defensiva y verbaliza que nunca más beberá; se preocupa por los demás en vez de por sí mismo y tiende a la soledad.

Construyendo la crisis: El sujeto adicto empieza a experimentar una serie de problemas originados por negar sentimientos y haber descuidado su programa de tratamiento desadictivo. El paciente tiene más problemas y emergen los pensamientos distorsionados como la visión de túnel, asimismo cambia su estado de ánimo.

Inmovilización: El sujeto adicto se vuelve totalmente incapaz de ponerse en acción, el consumo de drogas controla la vida del individuo. Suele soñar despierto, tiene ilusiones y sentimientos de incapacidad.

Confusión y sobre reacción: En esta fase el consumidor de drogas no logra pensar claramente, tiene problemas para el manejo de la cólera, suele irritarse fácilmente y reacciona exageradamente ante eventos estresantes.

Depresión: El sujeto tiene indicadores depresivos que alteran su funcionamiento normal en sus actividades cotidianas. Aparecen pensamientos sobre beber o consumir drogas para aliviar la depresión, presenta alteración del sueño, anhedonia y baja autoestima.

Pérdida del control del comportamiento: Incapacidad del individuo para controlar su propia conducta, se observa negación pero tiene conciencia de su pérdida de autocontrol. Los problemas aparecen en todas las áreas de su vida y se dificulta su recuperación, esta fase se evidencia a través de la participación irregular en las reuniones de tratamiento, rechazo abierto a la ayuda, falta de satisfacción personal, sentimientos de impotencia y desamparo.

Reconocimiento de pérdida del control: El sujeto reconoce la gravedad de sus problemas y toma conciencia que su vida se ha vuelto inmanejable. La toma de conciencia es dolorosa, en esta fase la persona se aísla, tiene pensamientos de beber y una pérdida de la autoeficacia.

Reducción de opciones: El consumidor de drogas se siente atrapado por el dolor y la incapacidad para manejar su vida, tiene opciones como la locura, el suicidio o continuar con el uso de drogas, por lo que considera que nadie ni nada lo puede ayudar.

Episodio de recaída: La persona reinicia su consumo de drogas, aunque intenta recuperar su abstinencia, experimenta culpa y vergüenza ante su incapacidad de controlar su conducta adictiva. Los síntomas más comunes en esta fase son crisis emocionales, vergüenza, culpa, pérdida de autocontrol y problemas de salud.

2.2.3 Comunidad Terapéutica

2.2.3.1 Definición de Comunidad Terapéutica

NIDA (2003) define la Comunidad Terapéutica como los ambientes residenciales libres de drogas que utilizan un modelo jerárquico y estructurado, con etapas de tratamiento y niveles cada vez de mayor responsabilidad personal y social. Se utiliza la influencia entre compañeros para ayudar a cada sujeto a aprender y asimilar las normas sociales, desarrollando habilidades sociales adaptativas. La herramienta básica es la autoayuda, que implica que las personas en tratamiento son los principales contribuyentes al proceso de cambio y la autoayuda mutua entendida como asumir una responsabilidad parcial en la recuperación de sus compañeros.

Becoña y Cortés definen la Comunidad Terapéutica como:

Centros de carácter residencial, cuyo objetivo es la deshabitación, rehabilitación y reinserción de las personas con problemas de drogodependencias. Dentro de las mismas se lleva a cabo un tratamiento integral, que comprende intervenciones psicológicas, médicas y educativas, dirigidas en último término, al desarrollo de un estilo de vida adecuado a un entorno social normalizado. Este modelo está dirigido a pacientes que habitualmente presentan una importante desestructuración psicológica, familiar y/o social que dificulta de forma notable el desarrollo de un tratamiento exitoso en su medio habitual y que han fracasado de forma repetida en el ámbito ambulatorio. (Becoña y Cortés, 2011, p.218)

Los miembros de la Comunidad Terapéutica (personal asistencial, administrativo y residentes en tratamiento) interactúan con un método para influenciar positivamente en el cambio de las actitudes, percepciones y comportamientos asociados al consumo de drogas. La Comunidad Terapéutica tiene un diseño que busca enfatizar la convivencia terapéutica dentro de la residencia. Cuando un adicto ingresa a la institución recibe una inducción y participa en todas las actividades terapéuticas que tienen como finalidad asimilar nuevas actitudes, comportamientos y responsabilidades (NIDA, 2003).

2.2.3.2 Características de las Comunidades Terapéutica

El tratamiento en la Comunidad Terapéutica (CT) se divide en tres etapas fundamentales (NIDA, 2003):

Etapa 1: La inducción y el tratamiento temprano ocurren durante los primeros 30 días, para adaptar a la persona en la filosofía de la CT. El residente nuevo aprende las políticas y los procedimientos básicos; establece una relación de confianza con sus compañeros y el personal de la CT; con apoyo empieza una evaluación personal de sus fortalezas y debilidades. Comprende la naturaleza de la adicción y debe comenzar a comprometerse con el proceso de recuperación.

Etapa 2: El tratamiento primario utiliza un modelo estructurado a través de niveles progresivos en función de objetivos terapéuticos. La CT utiliza estrategias para cambiar actitudes, percepciones y comportamientos de la persona relacionados con el uso de drogas, se enfoca en sus necesidades sociales, educativas, vocacionales, familiares y psicológicas.

Etapa 3: Se busca facilitar la separación de la persona de la CT y su reinserción a la sociedad. Un residente que termina el tratamiento con alta terapéutica debe obtener un empleo o puede retomar sus estudios. Los servicios después del tratamiento residencial pueden incluir consejería individual, familiar y asesoramiento educativo. El tratamiento en la CT puede incorporar grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos y se sugiere a los residentes de la CT a participar en grupos de seguimiento después del tratamiento (NIDA, 2003).

2.2.3.3 Eficacia en las Comunidades Terapéuticas

La investigación ha mostrado evidencias que apoyan que el modelo de intervención residencial Comunidad Terapéutica es un modelo de tratamiento eficaz, especialmente para las poblaciones más difíciles (De León, Hawke, Jainchill y Melnick, 2000). Sin embargo, en nuestro medio hay escasa investigación acerca de la Comunidad Terapéutica a pesar que este modelo de intervención se encuentra produciendo resultados positivos (CEDRO, 2015).

Navarro (1989) desarrolló un programa de modificación del comportamiento dirigido a la rehabilitación de pacientes dependientes de drogas en el Centro de Rehabilitación de Ñaña que tiene el modelo de Comunidad Terapéutica y los principios de la Terapia Cognitivo Conductual y realizó un seguimiento de 223 casos clínicos utilizando un instrumento de evaluación para determinar el logro de objetivos comportamentales y exámenes toxicológicos como el análisis de la Benzoilecgonina (metabolito de la cocaína), Cannabinoides (metabolito de la marihuana) y derivados opiáceos en la orina. Se obtuvo que el 60% de los pacientes que terminaron las 3 fases de tratamiento del programa permanecieron en abstinencia de consumo de drogas durante periodos desde los seis meses hasta los seis años, tiempo en el cual terminó el seguimiento.

En la evaluación de la eficacia de la Comunidad Terapéutica Proyecto Hombre de Navarra se obtuvo luego de un seguimiento que un 46,5% de la muestra entrevistada (N= 155) ha tenido alguna recaída en drogas, estas recaídas son significativamente más altas entre las personas que abandonaron el tratamiento (83,3%) en comparación con las que finalizaron el programa (23,7%). Los principales determinantes señalados en las

situaciones de recaída son los intrapersonales, especialmente los estados emocionales negativos (López, 2005).

Fiestas y Ponce (2012) realizaron una revisión sistemática de la eficacia de las Comunidades Terapéuticas en disminuir el consumo de sustancias o sus consecuencias en personas con trastornos por uso de sustancias. Los autores concluyeron que no hay suficiente evidencia científica que apoye una superioridad de la metodología de la Comunidad Terapéutica respecto a otras formas de tratamiento menos costosas, sin embargo, las Comunidades Terapéuticas en el contexto carcelario podrían ser más beneficiosas que otros modelos.

2.2.4 Definición conceptual de términos

Afrontamiento

El afrontamiento son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar demandas internas o externas específicas, que son evaluadas como desbordantes o excedentes en relación a los recursos de la persona. Asimismo mejora las condiciones ambientales nocivas y disminuye el potencial patógeno de la situación estresante (Lazarus y Folkman, 1986).

Riesgo de recaída

Serie de síntomas leves y severos que emergen progresivamente en el sujeto como el estrés, la negación, el cambio en el comportamiento, el rompimiento en la estructura social, la pérdida del autocontrol y la reducción de opciones que elevan el riesgo de recaída y el adicto finaliza reiniciando su conducta adictiva (Gorski y Miller ,1982; citado por Álvarez, 2011, párr. 20).

Comunidad Terapéutica

Modelo de intervención residencial libre de drogas bajo un modelo jerárquico con etapas de tratamiento que reflejan niveles progresivos de responsabilidad personal y social, constituye un agente primario de cambio aplicándose el principio de la autoayuda, que compromete a la persona en su proceso de cambio (NIDA, 2003).

2.3 HIPÓTESIS

2.3.1 Hipótesis General

- ✓ Existe relación entre los estilos de afrontamiento y el riesgo de recaída en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana.

2.3.2 Hipótesis Específicas

- ✓ Existe relación entre el Estilo de Afrontamiento orientado a la Tarea y el riesgo de recaída en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana.
- ✓ Existe relación entre el Estilo de Afrontamiento orientado a lo Social/Emocional y el riesgo de recaída en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana.
- ✓ Existe relación entre el Estilo de Afrontamiento Evitativo y el riesgo de recaída en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana.
- ✓ Existe relación entre las estrategias de afrontamiento y el riesgo de recaída en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana.

- ✓ Existen diferencias significativas en los estilos de afrontamiento en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima, según las variables edad, sexo y grado de instrucción.

- ✓ Existen diferencias significativas en el nivel de riesgo de recaída en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima, según las variables edad, sexo y grado de instrucción.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Tipo de investigación

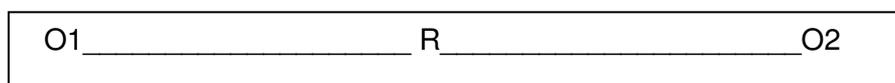
Según los autores Kerlinger y Lee (2002) la presente investigación es de tipo no experimental y su diseño es Ex Post Facto, es decir, la investigación se realiza una vez producido los acontecimientos que se quieren estudiar.

Siguiendo la clasificación que presentan Sánchez y Reyes (2006) según la naturaleza de los problemas, el método de estudio de la investigación es de tipo sustantiva ya que pretende responder a los problemas teóricos y busca describir los eventos de la realidad con el fin de obtener información que favorezca una teoría científica.

3.2 Diseño de investigación

Para Hernández, Fernández y Baptista (2014) el término diseño se refiere al plan o estrategia para obtener información con el fin de responder al planteamiento del problema, la presente investigación tiene el diseño no experimental porque se realiza un estudio sin la manipulación deliberada de variables. Por su dimensión temporal o el número de momentos en el tiempo en los cuales se recolectan datos tiene un diseño transeccional o transversal dado que su propósito es recolectar datos en un solo momento, en un tiempo único.

Este estudio presenta un diseño correlacional dado que tiene como fin analizar la relación entre dos variables en un contexto específico y en un momento determinado, los diseños correlacionales describen relaciones entre dos o más conceptos o variables en una muestra o contexto en particular (Hernández et al., 2014). En este caso, se busca determinar la relación entre los estilos de afrontamiento y el riesgo de recaída en un grupo de adictos residentes en Comunidades Terapéuticas de Lima. Este estudio lo podemos diagramar de la siguiente manera:



Dónde:

- O1: Los estilos de afrontamiento
- O2: El riesgo de recaída
- R: Relación entre las variables

Para Alarcón (2008) esta investigación presenta un diseño descriptivo relacional y transversal. Desde esta perspectiva se busca establecer el nivel de relación o asociación que puede existir entre las dos variables de estudio, así como analizar las variables de segundo orden como sexo, edad y grado de instrucción.

3.3 Población

La población designada para el estudio está conformada por adictos residentes varones y mujeres, quienes realizan un tratamiento profesional por consumo de drogas, bajo la modalidad de internamiento en las Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana,

que se encuentran inscritas en la Asociación de Comunidades Terapéuticas del Perú (ACTP) y están bajo la supervisión del Ministerio de Salud del Perú.

3.4 Muestra

La muestra está conformada por 240 adictos residentes de ambos sexos, quienes se encuentran internados en ocho Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana, autorizadas por el Ministerio de Salud y afiliadas a la Asociación de Comunidades Terapéuticas Peruanas ACTP.

Para obtener la muestra se accedió a las siguientes instituciones:

- C. T. “Fuente de Agua Viva”.
- C. T. “Opción de Vida”.
- C.T. “Restauración LIFE”.
- C.T. “ATP Vida”.
- C.T. “Escuela de Vida”.
- C.T. “San José”.
- C.T. “Vida Mujer”
- C.T. “Centro de Rehabilitación de Ñaña”

3.4.1 Tipo de Muestreo

El muestreo según Kerlinger y Lee (2002) es de tipo propositivo, ya que se busca obtener una muestra que cumpla con ciertos criterios ya establecidos (adicción, edad, residente en Comunidad Terapéutica, etc.). Se llevó a cabo un muestreo de tipo no

probabilístico o dirigido, ya que la selección de la muestra no obedeció a criterios aleatorios, sino que busca intencionalmente participantes que cumplan con los criterios de inclusión de la muestra (Hernández et al., 2014).

El tipo de muestreo no probabilístico o intencionado es un muestreo donde la muestra queda integrada por individuos que el investigador considera representativos de la población en estudio (Alarcón, 2008). Asimismo, Hernández et al. (2014) mencionan que el muestro no probabilístico es útil cuando no se requiere tanto una representatividad de elementos de una población sino una cuidadosa elección de casos con ciertas características.

3.4.2 Descripción de la muestra

En nuestro país la modalidad de tratamiento residencial Comunidad Terapéutica es una alternativa para la rehabilitación del adicto a sustancias psicoactivas o comportamentales, donde se fomenta el residente desarrolle una motivación para el cambio. Existen varios tipos de Comunidades Terapéuticas, por ejemplo, la Comunidad Terapéutica religiosa tiene como eje central de tratamiento la religión y el desarrollo espiritual, la Comunidad Terapéutica tradicional dirigida por adictos rehabilitados teniendo como lema “solo un adicto puede recuperar a otro adicto”, la Comunidad Terapéutica semi profesional conformada por ex adictos quienes incorporan a profesionales en su equipo terapéutico como médicos psiquiatras, psicólogos y educadores. Finalmente, tenemos la Comunidad Terapéutica profesional dirigida por profesionales de la salud mental que cuenta con un programa de tratamiento

estructurado con un modelo biopsicosocial, en algunos casos esta modalidad incorpora adictos rehabilitados previamente capacitados (López, 2005).

La muestra presenta las siguientes características:

En la Figura 1, se observa que del total de la muestra estudiada, el 14.60% pertenece al sexo femenino y el 85.40% al sexo masculino.

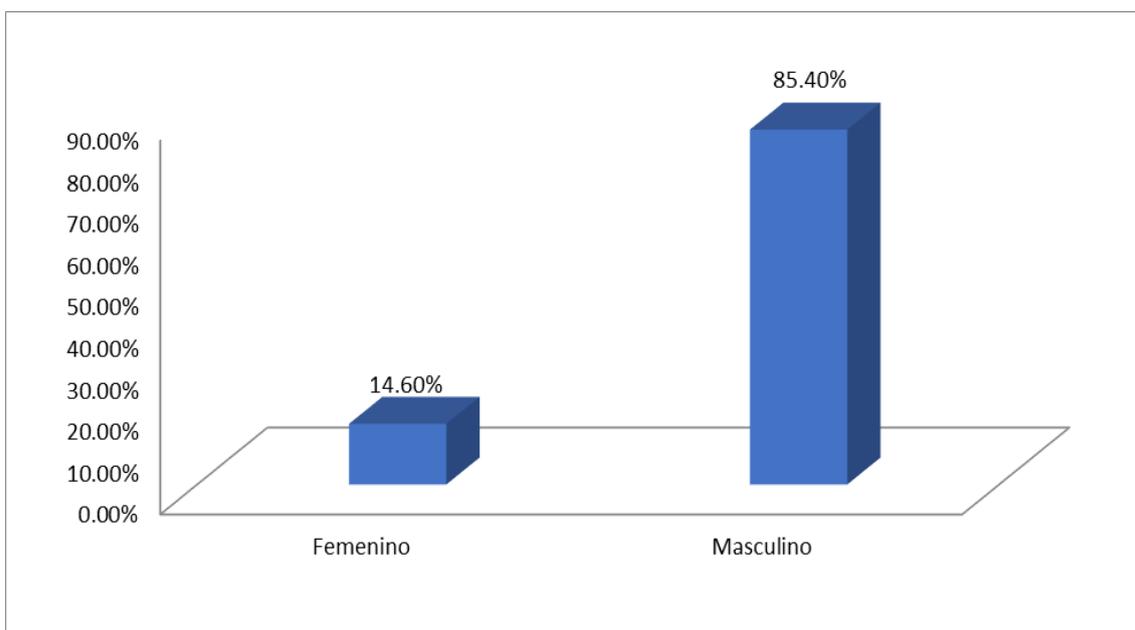


Figura 1. Porcentaje de la muestra según sexo

En cuanto a la Figura 2, encontramos los grupos de edades de la muestra estudiada, donde el 43.80% representa a las personas de 18 a 25 años, el 27.90% a las personas de 26 a 35 años, el 15% a las personas de 36 a 45 años, 10.40% a las personas de 46 a 60 años y finalmente, el 2.90% a personas con más de 61 años.

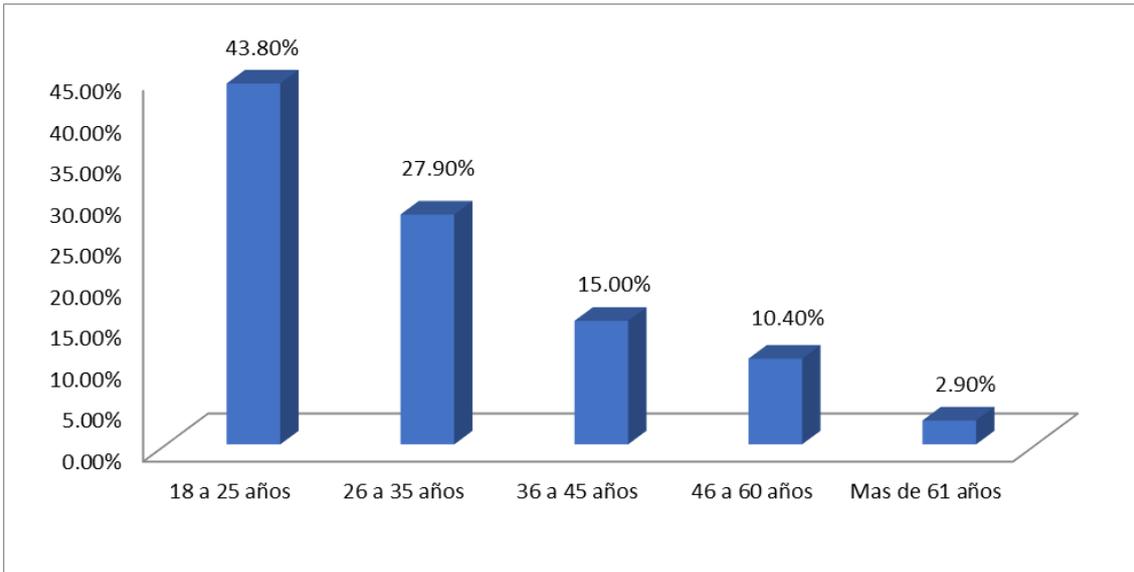


Figura 2. Porcentaje de los grupos de edad en la muestra estudiada

Respecto a la figura 3, se analiza el porcentaje de la droga adictiva que consume la muestra estudiada, el 16.70% consume alcohol, el 19.20% marihuana, el 20% cocaína, el 17.10% PBC, el 4.60% consume PBC más marihuana, el 3.80% corresponde a la ludopatía, el 15.80% a la poliadicción, el 1.70% al consumo de crack, el 0.80% al consumo de benzodiazepinas y finalmente el 0.40% de la muestra consume ketamina.

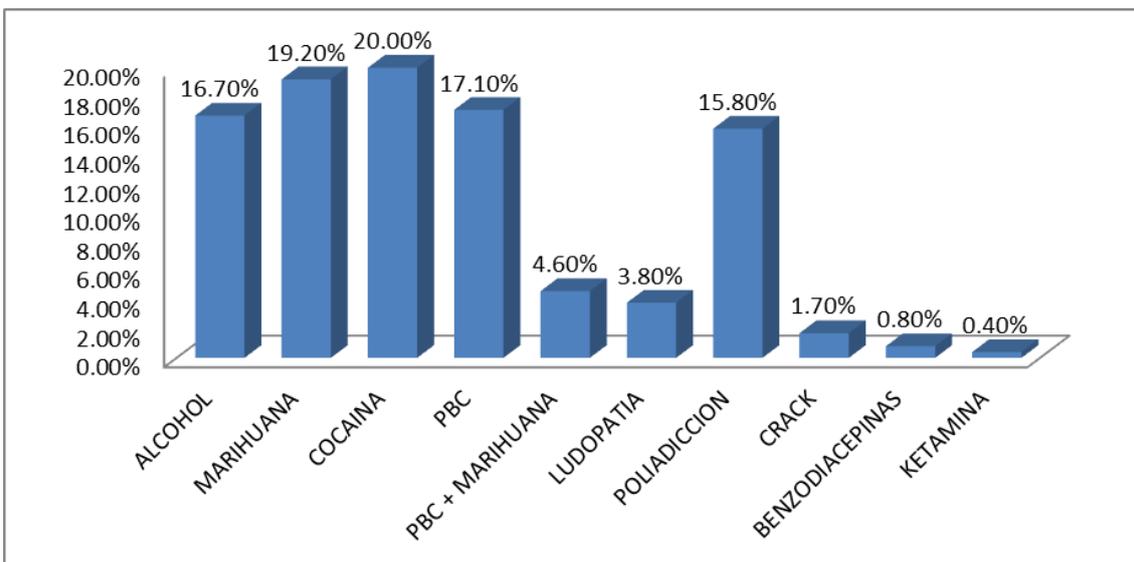


Figura 3. Porcentaje del consumo de droga adictiva en la muestra estudiada

Respecto a la Figura 4, se observa que el 17.10% presenta un consumo menor de 2 años, el 28.80% un tiempo de consumo entre 2 a 5 años, el 22.10% un tiempo de consumo de 6 a 10 años, el 13.30% de 11 a 15 años y el 18.80% presenta un tiempo de consumo mayor a 16 años.

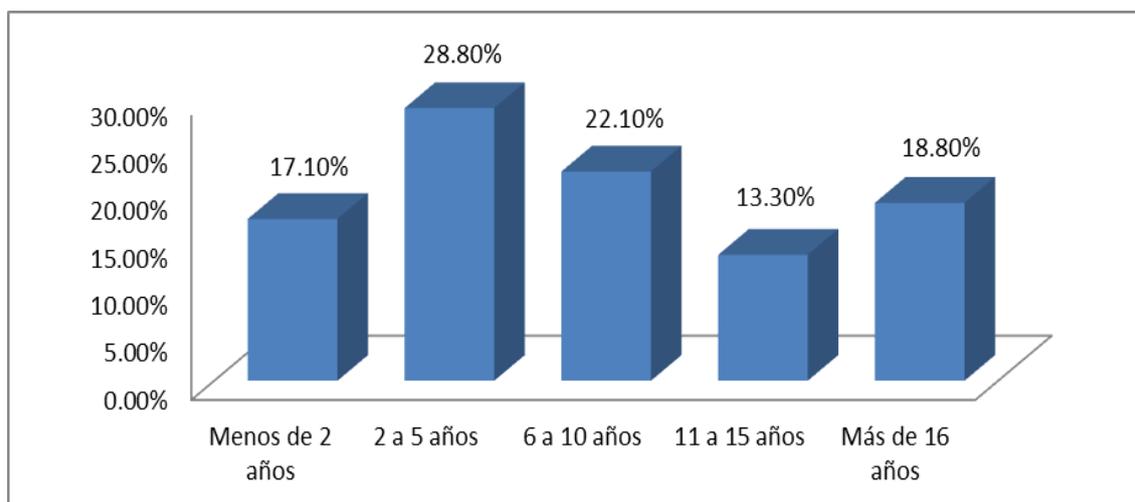


Figura 4. Porcentaje del tiempo de consumo en la muestra estudiada

En cuanto a la Figura 5, observamos la distribución de la muestra según los tipos de Comunidades Terapéuticas que participan en la investigación. La Comunidad Terapéutica A corresponde a una institución privada profesionalizada con un componente espiritual que integra un equipo multidisciplinario, la Comunidad Terapéutica B es una organización privada que está conformada exclusivamente por profesionales de la salud mental, la Comunidad Terapéutica C es una institución privada dirigida por profesionales y adictos rehabilitados y cuenta con un programa terapéutico que incluye un componente espiritual. La Comunidad Terapéutica D es una institución privada conformada por adictos rehabilitados y capacitados en la temática de adicciones e integra a un equipo de psicólogos. La Comunidad Terapéutica E es una organización que recibe financiamiento extranjero para la atención de adictos y cuenta con equipo multidisciplinario. La Comunidad Terapéutica F es una organización con un

componente espiritual, recibe financiamiento de una institución religiosa y cuenta con un equipo profesional que integra adictos rehabilitados. La Comunidad G es una institución privada sin fines de lucro que está conformada exclusivamente por profesionales de la salud mental. Finalmente, la Comunidad Terapéutica F es un centro especializado público en la temática de las adicciones que tiene un equipo profesional altamente capacitado y con experiencia comprobada en el tratamiento de las conductas adictivas.

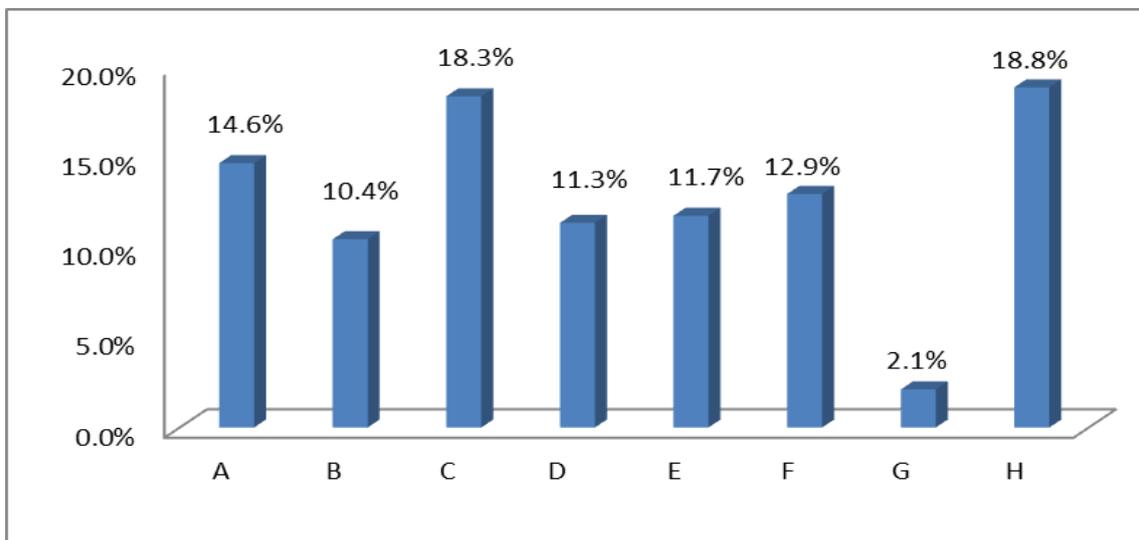


Figura 5. Porcentaje de la muestra según los tipos de Comunidad Terapéutica

3.4.3 Criterios de Selección de la Muestra

Los criterios de inclusión para la selección de la muestra tienen las siguientes características:

- ✓ Sujetos varones y mujeres mayores de 18 años.
- ✓ Grado de instrucción secundaria incompleta como mínimo.
- ✓ Pacientes con el diagnóstico de adicción.
- ✓ Adictos que no tienen diagnóstico de algún trastorno psicótico (Ejemplo: Esquizofrenia) u orgánico.

- ✓ Voluntarios a participar en la investigación mediante la firma de un consentimiento escrito.
- ✓ Sujetos que se encuentran en tratamiento residencial bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica.

Los criterios de exclusión para la selección de la muestra tuvieron las siguientes características:

- ✓ Pacientes que no desean participar en la investigación.
- ✓ Sujetos menores de edad.
- ✓ Grado de instrucción primaria incompleta o completa.
- ✓ Presencia de algún trastorno psicótico u orgánico (Ejemplo: Esquizofrenia).
- ✓ Sujetos que se encuentran en tratamiento ambulatorio en alguna institución.

3.5 Variables de estudio

Afrontamiento

Definición Operacional: Puntaje obtenido mediante el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento COPE elaborado por Carver y colaboradores. El rango de puntuación es de 60 (mínimo posible) y 240 (máximo posible).

Indicadores: El Cuestionario consta de 15 estrategias que se agrupan en 3 dimensiones o estilos de afrontamiento (Carver et al., 1989; Chau, 1999; Cassaretto y Chau, 2016).

a. Estilo de Afrontamiento Orientando a la Tarea o Aproximación

Afrontamiento Activo: Proceso de ejecutar acciones directas incrementando los esfuerzos con el objetivo de disminuir las consecuencias negativas, apartar o evitar el estresor.

Planificación: Análisis cognitivo sobre cómo afrontar la situación estresante organizando estrategias de acción, pensado en el acontecimiento y estableciendo la mejor estrategia para afrontar el problema.

Contención del afrontamiento: Consiste en esperar a que se presente la mejor oportunidad para afrontar y manejar el estresor.

Supresión de actividades: Suspender o abandonar actividades o proyectos para evitar la distracción con la finalidad de manejar el estresor.

Reinterpretación positiva y crecimiento: Evaluar el problema de manera positiva brindándole connotaciones favorables a la experiencia en sí misma.

Aceptación: Proceso de afrontamiento que tiene dos aspectos, el primero se realiza durante la fase de evaluación primaria cuando el sujeto acepta el problema y el segundo proceso consiste en aceptar convivir con el estresor porque es inmodificable.

b. Estilo de Afrontamiento Orientado a lo Social/Emocional

Enfocar y liberar emociones: Focalizarse en las consecuencias emocionales desagradables y expresar abiertamente estas emociones.

Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales: Buscar apoyo, consejo e información en las personas para solucionar el problema.

Búsqueda de apoyo social por razones emocionales: Buscar apoyo, empatía y comprensión de los demás para disminuir la reacción emocional negativa.

c. Estilo de Afrontamiento Orientado a la Evitación

Desentendimiento mental: El sujeto permite que varias actividades distraigan su evaluación cognitiva de la dimensión del problema.

Desentendimiento conductual: Disminución del esfuerzo dirigido al estresor y dándose por vencido y dejando que estresor continúe perturbando la vida del sujeto.

Negación: Rehusarse a creer que el estresor existe o comportarse como si el evento estresante no existiera.

Existen tres estrategias que no pertenecen a los tres estilos originales y que en diversas investigaciones se localizan en estilos diferentes. Estas estrategias son el afrontamiento religioso, el uso del humor y el uso de sustancias (Cassaretto y Chau, 2016).

Riesgo de Recaída

Definición Operacional: Puntaje Obtenido mediante el Cuestionario de Riesgo de Recaída – AWARE 3.0 elaborado por Gorski y Miller. El rango de puntuaciones es de 28 (puntuación más baja posible) a 196 (máxima puntuación posible). Cuanto mayor sea la puntuación, el individuo reporta más señales de advertencia de una recaída.

Indicadores: La variable es unidimensional.

Variables sociodemográficas

Edad: 18 a 70 años.

Sexo: Ambos.

Grado de instrucción: Secundaria incompleta, secundaria completa, superior incompleto, superior completa, superior post grado.

Estado civil: Soltero, casado, viudo, divorciado, separado, conviviente.

Ocupación: Estudio, trabajo, ninguna actividad, actividades ilícitas.

Droga adictiva: alcohol, marihuana, cocaína, pasta básica de cocaína, “mixtos” (marihuana más PBC), crack, ludopatía, benzodiazepinas, ketamina, poli adicción.

3.6 Instrumentos de estudio

3.6.1 Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE)

Ficha Técnica

Nombre	:	Cuestionario de Estimación del Afrontamiento
Autor	:	Carver, Scheier y Weintraub, 1989
País de origen	:	Estados Unidos.
Adaptación	:	Chau y Cassaretto (2016)
Institución	:	Pontificia Universidad Católica del Perú
Administración	:	Individual y colectiva
Aplicación	:	Adultos
Calificación	:	Para responder a cada ítem, se toma una escala de cuatro puntos: 1 = Casi nunca hago esto, 2 = A veces hago esto,

3 = Usualmente hago esto, 4 = Hago esto con mucha frecuencia. Las puntuaciones oscilan entre 60 y 240.

Área : Afrontamiento al estrés (estilos y estrategias)

Esta es una prueba multidimensional, que busca identificar las diferencias en los estilos y estrategias de afrontamiento. Fue desarrollado en 1989 por Carver, Scheier y Weintraub. En su versión más actual está conformado por 60 ítems, que se califican en un formato likert (Cassaretto y Chau, 2016). El instrumento consta de 15 escalas que se agrupan en las dimensiones tradicionales de la Teoría Transaccional del Estrés, el COPE posee dos formatos en los que se evalúa el Afrontamiento Situacional y el Afrontamiento Disposicional, en la presente investigación se utiliza el COPE en su forma disposicional.

Para la presente investigación se utiliza la más reciente adaptación realizada por Cassaretto y Chau (2016) en base al estudio de 300 alumnos universitarios de ambos sexos. Los puntajes alfa de Cronbach obtenidos oscilan entre 0.54 (estrategia de desentendimiento mental) y 0.91 (estrategia de uso del humor). En lo referente a la validez, el análisis factorial exploratorio con rotación oblicua obtuvo un KMO de 0.80 ($P < 0.001$) y una varianza de 65% que explica los 15 factores. Algunos rangos de las correlaciones ítem-test para las diferentes estrategias son: 0.14-0.46 para la estrategia de afrontamiento activo, 0.69-0.89 para la estrategia de humor, 0.62-0.81 para la estrategia de uso de drogas y 0.58-0.74 para la estrategia de planificación. Para evaluar la validez de la prueba, se realizó un análisis factorial exploratorio, tal como el desarrollado por Carver et al. en 1989. Se utilizó un análisis con rotación oblicua y extracción de componentes principales, mediante estas técnicas se comprobó la pertinencia del uso del

mismo ya que se alcanzaron los valores adecuados [KMO = 0.798, p = 0.01; $\chi^2 = 8529.48$; gl= 1770, p < 0.01].

En relación a las propiedades psicométricas del COPE con población adicta en nuestro contexto, Rodríguez (2012) encontró valores de alfa de Cronbach en acudir a la religión (0.90), búsqueda de soporte social emocional (0.77) y búsqueda de soporte social instrumental (0.77). Las demás estrategias obtuvieron coeficientes entre 0.58 y 0.75, a excepción de las estrategias de desentendimiento conductual (0.41) y desentendimiento cognitivo (0.37). Asimismo, Guevara et al. (2001) obtuvieron en el análisis de la consistencia interna, valores del alfa de Cronbach relativamente altos para acudir a la religión (0.80), búsqueda de soporte social emocional (0.78), búsqueda de soporte social instrumental (0.71) y afrontamiento activo (0.71). Las demás estrategias obtuvieron coeficientes entre 0.50 y 0.60, a excepción de las estrategias de negación (0.46) y evadir el afrontamiento (0.43). Finalmente, Chipana (2016) en una investigación con alcohólicos utilizando el COPE encontró un alfa de Cronbach para la prueba total de 0.87. Las estrategias enfocar y liberar emociones (0.79), soporte social emocional (0.77) y supresión (0.77), obtuvieron las puntuaciones más altas. Los resultados para las demás estrategias fluctuaron entre 0.54 y 0.73, a excepción de postergación del afrontamiento (0.49) y desentendimiento conductual (0.48).

El COPE tiene una estrategia denominada uso de sustancias, pero la muestra de la investigación se encuentra en abstinencia de drogas por estar en un proceso de tratamiento residencial, esta característica hizo que todas las respuestas fueran constantes, por lo que se decidió no usar dicha escala.

3.6.2 Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0

Ficha Técnica

Autor	:	T. Gorski y M. Miller.
Año de creación	:	1986 (escala original), 2000 (versión actual).
País de origen	:	Estados Unidos.
Administración	:	Individual y colectiva.
Aplicación	:	Adultos, sin tiempo limitado, sin embargo, su desarrollo tarda 15 minutos aproximadamente.
Área	:	Señales de alerta de recaídas.
Significación	:	Evalúa el nivel de riesgo de recaída en adicciones.
Calificación	:	La puntuación se obtiene sumando el total de respuestas marcadas, pero invirtiendo los puntajes en los ítems 8, 14, 20, 24, 26.
Interpretación	:	Cuanto mayor sea la puntuación, el individuo reporta más señales de advertencia de una recaída. El rango de puntuaciones es de 28 (puntuación más baja posible) a 196 (máxima puntuación posible).

El Cuestionario AWARE (*Advance warning of relapse*) fue diseñado como una medida de las señales de alerta de la recaída. En un estudio de recaída después del tratamiento por abuso o dependencia del alcohol, los investigadores encontraron que la puntuación del cuestionario AWARE es un buen predictor de la aparición de recaídas ($r = 0,42$, $p < 0,001$). Con los análisis posteriores, los investigadores perfeccionaron la escala reduciendo los ítems de 37 en la versión original a 28 ítems en la versión actual. Dichos

ítems se encuentran agrupados en un solo factor y presentan una alta consistencia interna (alfa de Cronbach 0,92 hasta 0,93). Se analizó la confiabilidad a través del coeficiente de estabilidad test-retest mediante intervalos de 2 meses por 1 año, hallándose la fiabilidad en $r = 0.80$. Las puntuaciones de los sujetos evaluados predijeron significativamente los deslices y recaídas posteriores. Las tasas de recaída para los individuos con los puntajes más altos, según lo previsto por las ecuaciones de regresión, fueron 33-46% superiores a los de los individuos con las puntuaciones más bajas (Miller y Harris, 2000). Los ítems están dispuestos en el orden de aparición de los signos de alerta, como plantea Gorski. Sin embargo, Miller y Harris (2000) no hallaron pruebas de que los signos de advertencia se producen realmente en este orden en tiempo real.

Valles (2016) realizó unos baremos para población adicta de Lima Sur y obtuvo una validez de contenido según V de Aiken, con valores máximos de 1.00 y mínimo 0.80, indicando que todos los ítems se mantienen, además se tomó en cuenta las observaciones de los jueces, por lo que se modificó los ítems 1, 3, 6, 7, 10, 11, 17, 18, 22 y 28. Con respecto a la validez según Prueba Binomial, se obtuvo el índice binomial ($p < 0.05$), apreciándose que hay concordancia entre los jueces, por lo tanto, la prueba conformada por 28 ítems tiene validez de contenido. La confiabilidad se realizó a través del Coeficiente de alfa de Cronbach, indicando un nivel muy alto o excelente (0.925) de confiabilidad por consistencia interna. Además, con la finalidad de poder interpretar los resultados que se obtengan con este instrumento en población adicta de Lima Sur, se diseñó un baremo para la misma.

3.6.3 Ficha Sociodemográfica

Para la presente investigación se elabora una ficha de datos personales donde se consideran aspectos sociodemográficos y características del consumo de sustancias psicoactivas referidas a edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, ocupación, droga de inicio, drogas consumidas, droga adictiva, tiempo de consumo, tratamientos previos en adicciones, tiempo de internamiento en la Comunidad Terapéutica, tiempo máximo de abstinencia, antecedentes policiales, etc. Dicho instrumento fue revisado por un grupo de jueces quienes son expertos en el tratamiento de las adicciones, posteriormente se realizó una aplicación piloto con 20 sujetos.

3.7 Técnicas de recolección de datos

La presente investigación tuvo dos etapas que se detallan a continuación:

a. Aplicación del piloto del estudio

En esta primera etapa de la investigación, se coordinó con una Comunidad Terapéutica el permiso correspondiente para aplicar la ficha sociodemográfica y los dos cuestionarios con adictos residentes que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión. Esta aplicación piloto se realizó con 20 sujetos y permitió realizar una serie de ajustes en la Ficha de Datos y estimar el tiempo promedio para responder los cuestionarios, asimismo conocer los ítems que pudiesen presentar una mayor dificultad al momento de ser resueltos.

b. Aplicación de los instrumentos a la muestra

La aplicación final de los instrumentos se realizó durante cuatro semanas planificando las fechas con las autoridades de las Comunidades Terapéuticas que participaron en la investigación. Se aplicó en grupos de diez adictos residentes y se solicitó la colaboración de los participantes, señalando el carácter voluntario, confidencial y anónimo del estudio.

Cada sujeto firmó un consentimiento informado que garantiza la confiabilidad de los datos suministrados. Seguidamente, se entregaron la ficha de datos y los cuestionarios. El tiempo promedio de aplicación de los instrumentos fue de 30 minutos.

3.8 Técnica de procesamiento y análisis de datos

Se analizan los datos mediante el paquete estadístico SPSS versión 24. Se realiza la Prueba de Normalidad para conocer el tipo de distribución de la muestra mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov, donde se buscó identificar el tipo de distribución que presenta la muestra y se obtuvo una distribución no normal, por consiguiente, el análisis inferencial se realiza utilizando estadísticos no paramétricos.

Se realiza el análisis y descripción de la muestra en relación a los estilos de afrontamiento y el riesgo de recaída. Para cada variable de estudio se realiza el análisis descriptivo que corresponde al cálculo de medias, frecuencias, desviaciones estándar y porcentajes.

Para el análisis de correlación entre las variables de investigación estilos y estrategias de afrontamiento con el riesgo de recaída se utiliza el coeficiente de correlación de Spearman (Rho) con las correspondientes pruebas de significación al nivel de 0.05.

A continuación, se efectúa un análisis de comparación de medianas para determinar las diferencias de acuerdo a las variables sociodemográficas como edad, sexo y grado de instrucción utilizando el estadístico U de Mann-Whitney y el Kruskal- Wallis, debido a las distribuciones no paramétricas.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Resultados del análisis descriptivo sobre estrategias y estilos de afrontamiento

En la figura 6, se observa la media de las diferentes estrategias empleadas por la muestra estudiada, siendo la reinterpretación positiva y crecimiento la más usada con una media de 11.02 (D.E=2.5), seguida de las estrategias de afrontamiento religioso con una media de 10.70 (D.E=3.6) y planificación con una media de 10.47 (D.E=2.7). Las estrategias menos usadas en el grupo encuestado son las estrategias relacionadas con el uso del humor con una media de 7.80 (D.E=2.7) y el desentendimiento conductual con una media de 7.45 (D.E=2.3).

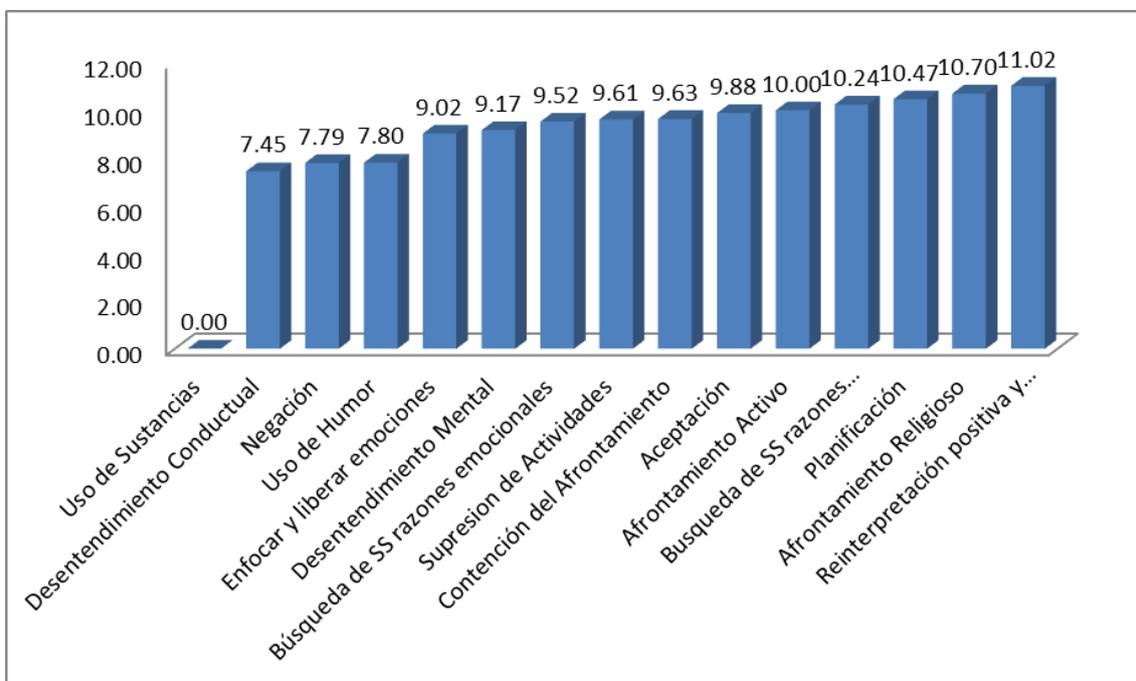


Figura 6. Descripción de la media de las estrategias de afrontamiento

En la figura 7, encontramos la media de los diferentes estilos de afrontamiento utilizados por la muestra, siendo el estilo de afrontamiento dirigido a la tarea el mayor, dado que posee una media de 60.61, seguido del estilo de afrontamiento social y emocional con una media de 28,78 y finalmente el estilo de afrontamiento evitativo con una media de 24.40.

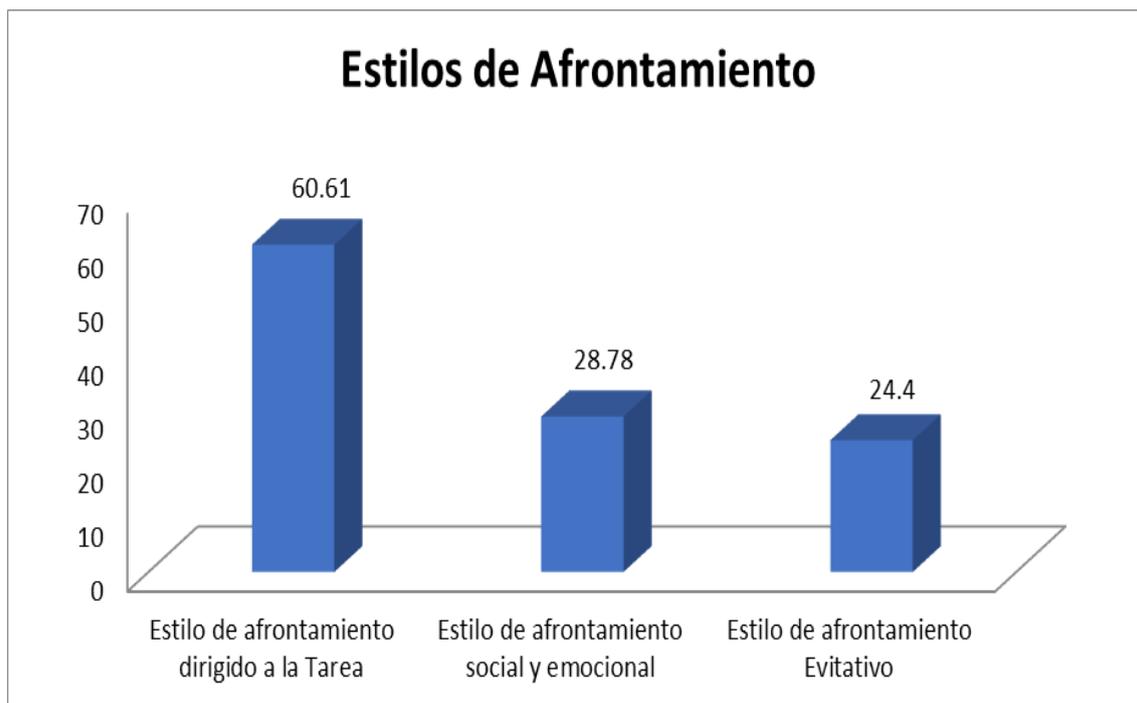


Figura 7. Descripción de la media de los estilos de afrontamiento

4.2 Resultados del análisis descriptivo sobre el riesgo de recaída

La figura 8, nos indica que el 8.3% de la muestra se ubica en un nivel muy bajo de riesgo de recaída, el 9.6% en el nivel bajo, el 65% se ubica en el nivel promedio, el 14,2% en el nivel alto y finalmente el 2,9% en el nivel muy alto.

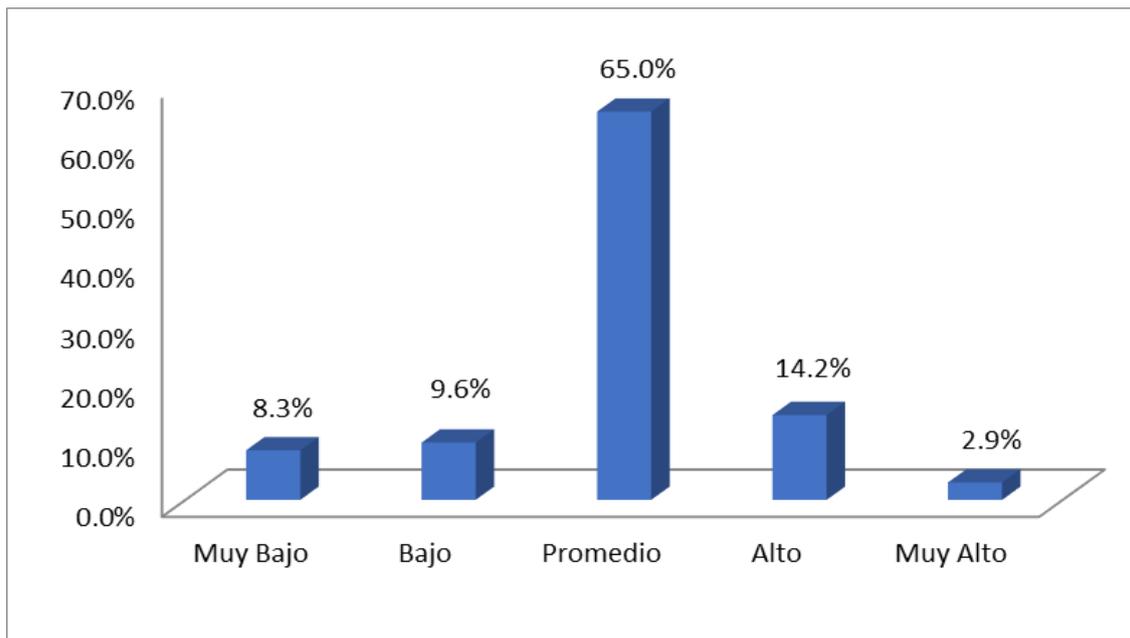


Figura 8. Nivel del riesgo de recaída en la muestra estudiada

4.3 Análisis de la bondad de ajuste a la distribución de la muestra

En la tabla 3, se presentan los resultados obtenidos respecto al análisis de la bondad de ajuste a la curva normal de las estrategias de afrontamiento. Este análisis fue realizado a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov donde se busca identificar el tipo de distribución que presenta la muestra. Se halló que los niveles de significancia son menores a 0.05, lo cual indica que poseen una distribución no normal y el análisis inferencial se realiza utilizando estadísticos no paramétricos.

Tabla 3

Prueba de normalidad estadística Kolmogorov-Smirnov para datos del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento - COPE

		Afrontamiento Activo	Planificación	Contención del Afrontamiento	Supresión de Actividades	Reinterpretación positiva y crecimiento	Aceptación	Enfocar y liberar emociones	Búsqueda de SS razones instrumentales	Búsqueda de SS razones emocionales	Desentendimiento Mental	Desentendimiento Conductual	Negación	Afrontamiento Religioso	Uso de Humor	Uso de Sustancias
N		240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240
Parámetros normales (a,b)	Media	10.00	10.47	9.63	9.61	11.02	9.88	9.02	10.24	9.52	9.17	7.45	7.79	10.70	7.80	8.05
	Desviación estándar	2.435	2.749	2.334	2.275	2.524	2.51	2.531	2.806	2.83	2.10	2.33	2.42	3.608	2.739	3.67
Máximas diferencias extremas	Absoluta	.108	.084	.103	.124	.095	.137	.107	.084	.110	.129	.098	.091	.088	.113	.160
	Positivo	.108	.084	.103	.124	.095	.137	.107	.084	.110	.129	.098	.091	.071	.113	.160
	Negativo	-.060	-.070	-.093	-.098	-.083	-.086	-.067	-.073	-.074	-.081	-.094	-.088	-.088	-.087	-.136
Estadístico de prueba		.108	.084	.103	.124	.095	.137	.107	.084	.110	.129	.098	.091	.088	.113	.160
Sig.		,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c

Respecto al análisis de la normalidad del Cuestionario de Riesgo de Recaída en la tabla 4 se permite apreciar que los estadísticos de la prueba de Kolmogorov-Smirnov identifican el tipo de distribución que presenta la muestra. Se halló que los niveles de significancia son menores a 0.05, lo cual indica que poseen una distribución no normal, por tanto, el análisis inferencial se realiza utilizando estadísticos no paramétricos.

Tabla 4

Prueba de normalidad estadística Kolmogorov- Smirnov para datos del Cuestionario de Riesgo de Recaída -AWARE 3.0

		Cuestionario de Riesgo de Recaída
N		240
Parámetros normales (a, b)	Media	87,58
	Desviación Estándar	26,098
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,110
	Positivo	,110
	Negativo	-,057
Estadístico de prueba K-S		,110
Sig. asintótica (bilateral)		,000 ^c

4.4 Resultados de las correlaciones en la muestra

En la tabla 5, observamos una relación indirecta y significativa (Rho de Spearman = -0,323 y $p \leq 0.05$), lo cual señala que a mayor uso del Estilo de Afrontamiento dirigido a la Tarea menor es el riesgo de recaída.

Tabla 5

Correlación entre el Estilo de Afrontamiento dirigido a la Tarea con el riesgo de recaída

	Riesgo de recaída	
	Rho de Spearman	p
Estilo de Afrontamiento dirigido a la Tarea	-,323**	,000

En cuanto al estilo de Afrontamiento Emocional/Social con el riesgo de recaída, en la tabla 6 se muestra que la relación entre ambas variables no es significativa (Rho de Spearman = -0,56 y $p \geq 0.05$).

Tabla 6

Correlación entre el estilo de Afrontamiento Emocional y Social con el riesgo de recaída

	Riesgo de recaída	
	Rho de Spearman	p
Estilo de Afrontamiento Emocional y Social	-,056	,315

En la tabla 7 se encontró una relación directa y significativa (Rho de Spearman = 0,414 y $p \leq 0.05$), lo cual indica que a mayor uso del Estilo de afrontamiento Evitativo mayor es el riesgo de recaída.

Tabla 7

Correlación entre el estilo de Afrontamiento Evitativo y el riesgo de recaída

	Riesgo de recaída	
	Rho de Spearman	p
Estilo de Afrontamiento Evitativo	,414**	,000

En cuanto a la tabla 8, observamos las relaciones directas y significativas entre las variables, es decir, a mayor uso de la estrategia de enfocar y liberar emociones (Rho de Spearman= 0.145 y $p \leq 0.05$), la estrategia de desentendimiento mental (Rho de Spearman= 0.154 y $p \leq 0.05$), la estrategia del uso de humor (Rho de Spearman = 0.192 y $p \leq 0.05$), la estrategia de negación (Rho de Spearman= 0.308 y $p \leq 0.05$) y la estrategia de desentendimiento conductual (Rho de Spearman= 0.422 y $p \leq 0.05$), mayor será el riesgo de recaída.

Así también encontramos relaciones inversas y significativas donde se observa que a mayor uso de la estrategia de búsqueda de SS razones instrumentales (Rho de Spearman= -0.177 y $p \leq 0.05$), la estrategia de supresión de actividades (Rho de Spearman= -0.259 y $p \leq 0.05$), la estrategia de planificación (Rho de Spearman= -0.324 y $p \leq 0.05$), la estrategia de afrontamiento activo (Rho de Spearman= -0.341 y $p \leq 0.05$) y la estrategia de reinterpretación positiva y crecimiento (Rho de Spearman= -0.354 y $p \leq 0.05$), menor será el riesgo de recaída.

Finalmente, entre las estrategias de contención del afrontamiento, la estrategia de aceptación, la estrategia de búsqueda de SS razones emocionales y la estrategia de afrontamiento religioso, con el riesgo de recaída, no se presenta una relación significativa ($p \geq 0.05$).

Tabla 8

Relación entre las estrategias de afrontamiento y el riesgo de recaída

	Riesgo de recaída	
	Rho de Spearman	p
Afrontamiento Activo	-,341**	,000
Planificación	-,324**	,000
Contención del Afrontamiento	-,036	,468
Supresión de Actividades	-,259**	,000
Reinterpretación positiva y crecimiento	-,354**	,000
Aceptación	-,116	,074
Enfocar y liberar emociones	,145*	,025
Búsqueda de SS razones instrumentales	-,177**	,006
Búsqueda de SS razones emocionales	-,072	,269
Desentendimiento Mental	,154*	,017
Desentendimiento Conductual	,422**	,000
Negación	,308**	,000
Afrontamiento Religioso	-,031	,636
Uso de Humor	,192**	,003

4.5. Análisis Complementario

En cuanto la tabla 9, encontramos un valor $Z=-1,154$ y un valor $p=0,248$, donde señala que no existe diferencias significativas respecto a los Estilos de Afrontamiento dirigido a la Tarea entre ambos sexos.

Tabla 9

Diferencia de estilo de Afrontamiento dirigido a la Tarea según sexo

	Sexo	N	Rango promedio	Z	p
Estilo de Afrontamiento dirigido a la Tarea	Masculino	205	118.36	-1.154	.248
	Femenino	35	133.01		

La Tabla 10, nos muestra un valor $Z=-1,672$ y un valor $p=0,094$, lo cual indica que no existen diferencias significativas respecto a los estilos de Afrontamiento Social y Emocional entre ambos sexos.

Tabla 10

Diferencia de estilo de Afrontamiento Social y Emocional según sexo

	Sexo	N	Rango promedio	Z	p
Estilo de Afrontamiento Social y Emocional	Masculino	205	117.41	-1.672	.094
	Femenino	35	138.61		

Respecto a la tabla 11, se observa un valor $Z=-1,506$ y un valor $p=0,132$, lo cual señala que no existen diferencias significativas respecto a los estilos de Afrontamiento Evitativo entre ambos sexos.

Tabla 11

Diferencia de estilo de Afrontamiento Evitativo según sexo

	Sexo	N	Rango promedio	Z	p
Estilo de Afrontamiento Evitativo	Masculino	205	123.28	-1.506	.132
	Femenino	35	104.20		

En la Tabla 12, se obtiene un valor Kruskal-Wallis= 6,137 y $p=0,189$, el cual determina que no existe diferencias significativas respecto a los estilos de Afrontamiento dirigido a la Tarea entre los cuatro grupos de edad de la muestra.

Tabla 12

Diferencia de estilo de Afrontamiento dirigido a la Tarea según edad

	Edad	N	Rango promedio	Kruskal-Wallis	p
Estilo de Afrontamiento dirigido a la Tarea	18 a 25 años	105	125.10	6,137	.189
	26 a 35 años	67	111.60		
	36 a 45 años	36	127.32		
	46 a 60 años	25	103.20		
	Más de 61 años	7	163.36		

La Tabla 13, encontramos un valor Kruskal-Wallis= 4,506 y $p=0,342$, el cual indica que no existe diferencias significativas respecto a los Estilos de Afrontamiento Social y Emocional entre los cuatro grupos de edad de la muestra.

Tabla 13

Diferencia de estilo de Afrontamiento Social y Emocional según edad

	Edad	N	Rango promedio	Kruskal-Wallis	P
Estilo de Afrontamiento Social y Emocional	18 a 25 años	105	129.30	4,506	.342
	26 a 35 años	67	116.04		
	36 a 45 años	36	117.79		
	46 a 60 años	25	98.70		
	Más de 61 años	7	122.93		

Respecto a la Tabla 14, observamos un valor Kruskal-Wallis= 3,843 y $p=0,428$, por lo tanto, no existe diferencias significativas respecto a los estilos de Afrontamiento Evitativo entre los cuatro grupos de edad de la muestra.

Tabla 14

Diferencia de estilo de Afrontamiento Evitativo según edad

	Edad	N	Rango promedio	Kruskal-Wallis	P
Estilo de Afrontamiento Evitativo	18 a 25 años	105	116.48	3,843	.428
	26 a 35 años	67	129.21		
	36 a 45 años	36	124.17		
	46 a 60 años	25	102.72		
	Más de 61 años	7	142.14		

En la Tabla 15, encontramos un valor Kruskal- Wallis= 0,342 y $p=0,783$, el cual explica que no existe diferencias significativas respecto a los estilos de Afrontamiento dirigido a la Tarea según grado de instrucción de la muestra estudiada.

Tabla 15

Diferencia de estilo de Afrontamiento dirigido a la Tarea según grado de instrucción

	Grado de instrucción	N	Rango promedio	Kruskal-Wallis	P
Estilo de Afrontamiento dirigido a la Tarea	Secundaria Incompleta	51	125.71	0.342	.783
	Secundaria Completa	59	119.24		
	Superior Incompleta	79	117.07		
	Superior Completa	41	127.37		
	Superior Postgrado	10	100.35		

En cuanto a la tabla 16, se obtiene un valor Kruskal- Wallis= 0.361 y $p=0,342$, por lo tanto, no existe diferencias significativas respecto a los estilos de Afrontamiento Social y Emocional según grado de instrucción de la muestra estudiada.

Tabla 16

Diferencia de estilo de Afrontamiento Social y Emocional según grado de instrucción

	Grado de instrucción	N	Rango promedio	Kruskal-Wallis	P
Estilo de Afrontamiento Emocional	Secundaria Incompleta	51	134.66	0.361	.342
	Secundaria Completa	59	122.57		
	Superior Incompleta	79	108.84		
	Superior Completa	41	123.24		
	Superior Postgrado	10	116.95		

La Tabla 17, nos muestra un valor Kruskal- Wallis= 0,104 y $p=0,329$, el cual señala que no existe diferencias significativas respecto a los estilos de Afrontamiento Evitativo según grado de instrucción de la muestra estudiada.

Tabla 17

Diferencia de estilo de Afrontamiento Evitativo según grado de instrucción

	Grado de instrucción	N	Rango promedio	Kruskal-Wallis	p
Estilo de Afrontamiento Evitativo	Secundaria Incompleta	51	137.61	0.104	.329
	Secundaria Completa	59	114.82		
	Superior Incompleta	79	113.04		
	Superior Completa	41	123.55		
	Superior Postgrado	10	113.15		

Respecto a la Tabla 18, observamos un valor $Z=-0,129$ y un valor $p=0,897$, el cual determina que no existe diferencias significativas respecto al riesgo de recaída entre ambos sexos.

Tabla 18

Diferencias a nivel de riesgo de recaída según sexo

	Sexo	N	Rango promedio	Z	p
Riesgo de recaída	Masculino	205	120.74	-.129	.897
	Femenino	35	119.10		

En la Tabla 19, obtenemos un valor Kruskal Wallis=5,564 y un valor $p=0,234$, por lo tanto, no existe diferencias significativas respecto al riesgo de recaída entre los cuatro grupos de edad de la muestra.

Tabla 19

Diferencias a nivel de riesgo de recaída según edad

	Edad	N	Rango promedio	Kruskal-Wallis	p
Riesgo de recaída	18 a 25 años	105	118.06	5,564	.234
	26 a 35 años	67	131.76		
	36 a 45 años	36	103.33		
	46 a 60 años	25	116.62		
	Más de 61 años	7	151.43		

En cuanto a las diferencias según grado de instrucción, en la tabla 20 encontramos un valor $p=0,455$, el cual señala que no existe diferencias significativas respecto al riesgo de recaída según grado de instrucción de la muestra estudiada.

Tabla 20

Diferencias a nivel de riesgo de recaída según grado de instrucción

	Grado de instrucción	N	Rango promedio	Kruskal-Wallis	p
Riesgo de recaída	Secundaria Incompleta	51	128.96	3,653	.455
	Secundaria Completa	59	113.47		
	Superior Incompleta	79	113.01		
	Superior Completa	41	131.04		
	Superior Postgrado	10	134.80		

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación, de carácter correlacional, examina la relación entre los estilos de afrontamiento y el riesgo de recaída en adictos residentes en Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana. El estudiar ambas variables en una población con consumo problemático de drogas es considerado relevante dado que el afrontamiento está relacionado con el inicio y mantenimiento de la conducta adictiva (Gomez-Fraguela et al., 2006). Asimismo, en el tratamiento de las adicciones el riesgo de recaída siempre está presente en los sujetos porque la adicción tiene como característica principal ser una enfermedad crónica (Marlatt, 1993; Gorski, 1986; Prochaska et al., 2013).

A continuación, se presentan los resultados de los datos recopilados para responder a los objetivos de la investigación.

Respecto al afrontamiento se encuentra que una de las estrategias más usadas por los adictos residentes en Comunidades Terapéuticas es la reinterpretación positiva y crecimiento, la cual implica evaluar el problema de manera positiva otorgando connotaciones favorables a la experiencia, este resultado es similar al reportado por Rodríguez (2012) y Chipana (2016) en muestras con adictos en tratamiento. Por consiguiente, el uso de ésta estrategia facilitaría la posibilidad de otorgarle un significado terapéutico al proceso de internamiento residencial y sería un predictor para realizar un apropiado tratamiento unido a la motivación al cambio. Otra de las estrategias más utilizadas por la muestra estudiada es el afrontamiento religioso donde el sujeto acude a la religión ante eventos estresantes para aliviar las consecuencias negativas de los estresores y facilitar la resolución de sus problemas. Este hallazgo

coincide con otros estudios (Guevara et al., 2001; Cieza y Meléndez, 2013; Criollo y Guerrero, 2015) realizados con adictos en Comunidades Terapéuticas quienes encontraron que una de las estrategias de afrontamiento más utilizadas era acudir a la religión. Una explicación para este resultado sería que en las Comunidades Terapéuticas existe un componente espiritual en el tratamiento, los adictos residentes tienen la libertad de practicar su religión y existen actividades terapéuticas para fortalecer la espiritualidad, bajo la premisa de que la fuerza espiritual ayuda a transformar la vida del adicto.

Entre las estrategias menos utilizadas se encuentra el desentendimiento conductual entendido como la disminución del esfuerzo dirigido al estresor o cuando el sujeto se da por vencido dejando que el estresor continúe perturbando su vida. Este hallazgo coincide con los estudios realizados por Guevara et al. (2001) y Rodríguez (2012). Dicho estrategia es reemplazada por estrategias más apropiadas en los programas de tratamiento en Comunidad Terapéutica porque los adictos tienen que interactuar dentro de un ambiente estructurado que influye positivamente en el cambio de sus actitudes, percepciones y comportamientos asociados al consumo de drogas, se hacen responsables de su adicción y tienen que generar soluciones a sus problemas (NIDA, 2003).

Sobre los estilos de afrontamiento se obtiene que el estilo evitativo es el menos usado en esta población, este resultado concuerda con algunos estudios (Rodríguez, 2012; Guevara et al., 2001) y tiene resultados contrarios a otras investigaciones (Pedrero et al., 2008; Gómez-Fraguela et al., 2006). Estos resultados pueden explicarse, entre otros motivos, por el efecto del tratamiento residencial de la Comunidad Terapéutica sobre

los adictos internados, es pertinente mencionar que los sujetos evaluados contaban entre un mes y doce meses de internamiento, así que es muy posible que la variable tiempo de internamiento puede haber modificado el uso de los estilos de afrontamiento en los adictos, por consiguiente, es posible que los sujetos se encuentren utilizando con mayor frecuencia el estilo de afrontamiento dirigido a la tarea en desmedro del afrontamiento evitativo. En esta línea Prochaska et al. (2013) refieren que en la etapa de mantenimiento el adicto en rehabilitación ha desarrollado una motivación hacia el cambio y puede mejorar el uso del afrontamiento ante el riesgo de una recaída.

Respecto al nivel de riesgo de recaída en la muestra de estudio, se observa que el nivel promedio es el predominante (65%). Para comprender este hallazgo la teoría refiere que la adicción es una enfermedad crónica y el adicto en tratamiento requiere varios intentos para lograr su rehabilitación, porque la recaída es frecuente según diversos estudios (Cummings et al., 1980; Marlatt y Gordon, 1985; Prochaska et al., 2013; Saavedra, 1993; Fiestas y Ponce, 2012). Asimismo, la muestra analizada corresponde a sujetos que se encuentran internados en las Comunidades Terapéuticas, estos residentes presentan un deterioro en su ámbito personal, familiar, social (Graña, 1994; Fiestas y Ponce, 2012) y una calidad de vida muy por debajo en comparación con las poblaciones normales (Anicama et al., 2001).

En la presente investigación, se obtiene una correlación inversa entre el Estilo de Afrontamiento dirigido a la Tarea con el riesgo de recaída, es decir que a mayor uso del Estilo de Afrontamiento dirigido a la Tarea menor será el riesgo de recaída. Este resultado concuerda con la Teoría de Folkman y Lazarus (1988) para quienes la solución planificada de problemas parece ser la respuesta más efectiva ante situaciones

de estrés que pueden provocar conductas de riesgo como el consumir drogas. Asimismo, coincide con el estudio de McConnell et al. (2014) quienes hallaron que afrontar de manera activa el problema reduce la probabilidad de consumir sustancias. Al respecto, Marlatt y Gordon (1985) mencionan en su modelo que los programas de prevención en recaídas tienen que incluir el entrenamiento en afrontamiento hacia los problemas y planificar acciones que prevengan recaídas. Por otra parte, se encontró una correlación directa que nos indica que a mayor uso del Estilo de Afrontamiento Evitativo mayor será el riesgo de recaída en los adictos que realizan tratamiento en la Comunidad Terapéutica, este resultado es semejante al trabajo de Pedrero et al. (2008) quienes mencionan que el consumo de sustancias se relacionaría con el intento de escapar de situaciones estresantes. Asimismo, el Modelo de Afrontamiento al Estrés (Wills y Hirky, 1996) afirma que el consumo de drogas tiene relación con el Afrontamiento tipo Evitativo como el regular los estados emocionales negativos, el olvidarse temporalmente de las dificultades y el buscar soluciones mágicas a los problemas. Este hallazgo es el que se observa con más frecuencia en el trabajo diario con adictos, quienes al ser entrevistados después de una recaída, refieren haber utilizado drogas para evitar y escapar de las situaciones estresantes.

Asimismo, no se halló relación entre el Estilo de Afrontamiento Emocional y el riesgo de recaída, otros autores (Míguez y Becoña, 1997; Lizárraga, 2004) mencionan que la presencia de estados emocionales negativos aumenta la posibilidad de recaída y la teoría sobre prevención de recaídas nos dice los adictos tienen una dificultad para manejar sus emociones. El Afrontamiento dirigido a la Emoción busca disminuir las reacciones emocionales que causa el estresor y se podría hipotetizar que este resultado se debe a que los sujetos evaluados se encuentran en pleno proceso de tratamiento en una

Comunidad Terapéutica, tienen abstinencia a drogas y han modificado el uso del Afrontamiento Emocional, sin embargo, se requieren hacer más investigaciones para consolidar el hallazgo. Aquí es importante mencionar que la teoría nos refiere que no existe un estilo de afrontamiento mejor que otro, ya que lo más importante es la elección del estilo de afrontamiento según el tipo de situación estresante, por ejemplo, ante eventos que pueden modificarse sería mejor el estilo orientado a la tarea y ante situaciones que no se pueden cambiar se utilizaría el Estilo Emocional por ser más adaptativo (Lazarus y Folkman, 1986; Pedrero et al., 2008).

Se encontró relación entre las estrategias de afrontamiento y riesgo de recaída. Los resultados mostraron que las estrategias de afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades, reinterpretación positiva y crecimiento, así como razones instrumentales poseen una relación inversa, es decir, a mayor uso de estas estrategias, menor será el riesgo de recaída. Las estrategias afrontamiento activo y planificación parece ser la respuesta más efectiva ante situaciones de estrés, dado que son incompatibles con la aparición de emociones negativas que pueden ser un factor de riesgo hacia conductas de riesgo como la recaída (Folkman y Lazarus, 1988; López, 2005; Pugo, 2012). En los programas de tratamiento de las Comunidades Terapéuticas se deben analizar las estrategias que utilizan los adictos para afrontar sus estresores, y enseñarles a utilizar estrategias más apropiadas para proteger su abstinencia (Pedrero et al., 2008). Podemos postular que el uso de estas estrategias por los adictos en rehabilitación unido a otras variables como la autoeficacia y la motivación al cambio disminuyen la probabilidad de reiniciar el consumo de drogas, más aún si están bajo un programa de Terapia Cognitivo Conductual (Sugarman et al., 2010; Prochaska et al., 2013).

Se encuentra una relación directa entre las estrategias enfocar y liberar emociones, desentendimiento mental, desentendimiento conductual, negación así como el uso de humor, es decir, a mayor uso de estas estrategias mayor será el riesgo de recaída. Estas cuatro estrategias conforman el estilo de evitación y coinciden con el modelo de Wills y Hirky (1996) quienes proponen que la motivación para consumir drogas tiene relación con las estrategias de afrontamiento tipo evitativo como regular los estados emocionales negativos y olvidarse temporalmente de los problemas. Los adictos tienen en los estados emocionales negativos uno de los principales factores de riesgo hacia la recaída (Cummings et al., 1980; Marlatt y Gordon, 1985). Adicionalmente, se ha encontrado en otras investigaciones que las estrategias enfocar y liberar emociones y desentendimiento conductual son utilizadas por adictos con menor tiempo de abstinencia (Chipana, 2016). Estos resultados evidencian que el adicto prefiere soluciones rápidas a sus problemas y si no lo obtiene se refugia en las drogas para escapar de sus estresores.

No se encuentra una relación entre las estrategias de contención del afrontamiento, razones emocionales, aceptación y afrontamiento religioso, con el riesgo de recaída; respecto a esta última estrategia, este resultado es opuesto a la teoría que nos sugiere que existe una relación inversa entre religiosidad y uso de drogas. Sin embargo, esta relación puede ser afectada significativamente por los métodos para medir ambos constructos y por las características de las muestras (Shields et al., 2007). Es importante considerar que la Comunidad Terapéutica promueve la espiritualidad como una herramienta en el tratamiento y evita hablar de religión, asimismo un grupo de los encuestados no profesa ninguna religión.

Respecto a la variable sociodemográfica género, no se obtiene relación significativa entre los estilos de afrontamiento y el sexo de los participantes, este resultado es semejante al obtenido por Pedrero et al. (2008) y Gómez-Fraguela et al. (2006) quienes con muestras similares no obtuvieron diferencias entre la forma de afrontar situaciones en función al género. En contraparte, Weaver et al. (2000) mencionan que la sintomatología depresiva y el estrés psicosocial se relacionan con el afrontamiento en mujeres adictas. Es preciso mencionar que la mujer afronta situaciones estresantes particulares por su rol en la sociedad actual. En el uso de drogas las mujeres con un consumo problemático tienden a utilizar estrategias de afrontamiento como enfocar y liberar emociones y desentendimiento mental, asimismo se focalizan en las consecuencias emocionales negativas que experimentan y son más expresivas (Chau, 1999).

No se encuentra relación entre el afrontamiento y la edad de los participantes, a pesar de este resultado, sería interesante poder comparar este resultado con estudios en adolescentes, dado que ellos se encuentran en un proceso de maduración física y psicológica. La evidencia nos dice que las drogas alteran el desarrollo neurocognitivo (OPS, 2005) y esto es más significativo en los adolescentes. Por tanto, sería importante conocer cómo ellos utilizan el afrontamiento ante estresores psicosociales. Tampoco se encontró relación con el grado de instrucción y el uso de estilos de afrontamiento. Sin embargo, se requieren más investigaciones para tener una conclusión más sólida.

En relación al riesgo de recaída y la variable sexo no se obtiene relación en la muestra estudiada, este resultado coincide al obtenido por Valles (2016) y Lizárraga (2004) quienes tampoco encontraron relación al género de los participantes. A pesar de estos

resultados es preciso mencionar que en el tratamiento de las adicciones la oferta está más dirigida a la población masculina, los servicios residenciales son mayoritariamente de varones (OPD, 2012) y la intervención para población femenina es limitada por parte de entidades públicas y privadas. En los últimos años se están haciendo algunos esfuerzos para que las mujeres con consumo problemático tengan acceso a una atención profesional apropiada. Un ejemplo de esta iniciativa es el Proyecto *Grow* que realiza capacitación técnica al personal de salud mental del Ministerio de Salud en el tratamiento de las adicciones desde la perspectiva de género.

Sobre la edad de la muestra y el riesgo de recaída tampoco se obtiene relación al igual que otros estudios como Lizárraga (2004) y Brandon et al. (1990, citado por Miguez y Becoña, 1997, p.407) parece que no hay evidencia de esta relación y por tanto la edad no tiene tanta importancia en el proceso de recaída. Asimismo, hay que considerar que en el Perú, uno de cada dos personas que presentan una demanda de tratamiento tiene una edad entre los 19 a 35 años (OPD, 2012). Finalmente, hay que recordar que la calidad de vida de los adictos está muy por debajo de lo hallado en las poblaciones normales y se deteriora conforme avanza la edad (Anicama et al., 2001). La teoría nos dice que existen factores como los estados emocionales negativos, los síntomas físicos como el *craving* y el déficit en el autocontrol que son más significativos en la prevención de recaídas y tienen que tomarse en cuenta en la intervención profesional (Marlatt y Gordon, 1985; Gorski, 1986; Graña, 1994; Cortes y Pascual, 2005).

Sobre el grado de instrucción y el riesgo de recaída tampoco se halla relación, pero en contraparte, Valles (2016) encontró que el nivel educativo influye en el riesgo de recaída y Rojas (2007) determinó que si sería un factor de riesgo hacia el consumo de

cocaína. Estos resultados aún no son concluyentes y sería necesario realizar más investigaciones. Por otra parte, es preciso comentar que en el trabajo clínico con adictos es importante que estos posean pensamiento abstracto para tomar conciencia del problema adictivo y puedan desarrollar una visión crítica para tomar decisiones apropiadas que faciliten la motivación hacia el cambio.

Se considera importante el haber analizado la relación entre el afrontamiento y el riesgo de recaída en una muestra de 240 adictos que realizan un tratamiento residencial en las principales Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana, esta población experimenta situaciones estresantes adicionales por su adicción y necesita adaptarse a las demandas actuales que su entorno le exige, entre ellos se obtuvo una tendencia mayor al estilo de afrontamiento dirigido a la tarea y un nivel promedio de riesgo de recaída. Si se realiza una intervención psicológica para mejorar el uso de estrategias se va contribuir a disminuir el riesgo de recaída (Marlatt y Gordon, 1985; Prochaska et al., 2013).

Los resultados obtenidos en esta investigación son sugerentes y pueden orientar en la elaboración de futuros programas que incluyan el entrenamiento en las estrategias de afrontamiento ya que si el adicto utiliza apropiadamente el afrontamiento, el riesgo de recaída será menor, dado que el sujeto poseerá una sensación de control positivo y percibirá que es capaz de afrontar las adversidades de la vida cotidiana según lo mencionan en varios estudios (Pugo, 2012; Rodriguez, 2012; Pedrero et al., 2008; Rojas, 2008; Gómez-Fraguela et al., 2006; Llorens et al., 2004; Guevara et al., 2001; Gaspar y Martínez, 2008; Prochaska et al., 2013). Asimismo, DEVIDA (2015) propone líneas de investigación en la lucha contra las drogas para el periodo 2016-2021 y

menciona que en el tratamiento de personas que consumen drogas es necesario conocer los factores predictores que influyen en el proceso y resultados del tratamiento, así como analizar y abordar el estigma y la discriminación a las personas drogodependientes, temas aún pendientes de investigación en nuestro medio.

Por último, este trabajo presenta algunas limitaciones, como haber tenido una muestra no probabilística de tipo intencional, dado que no se tuvo acceso a todas las Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana. Por lo tanto, es importante indicar que los resultados obtenidos no pueden ni deben ser generalizados a todo adicto que se encuentra en tratamiento de Comunidad Terapéutica. La relación encontrada entre los estilos de afrontamiento y riesgo de recaída requiere más investigaciones con población consumidora de drogas que permitan corroborar la validez de las hipótesis planteadas en el presente estudio.

CONCLUSIONES

1. La muestra presenta entre las estrategias de afrontamiento más utilizadas la reinterpretación positiva y crecimiento, el afrontamiento religioso y la planificación. Entre las menos usadas en el grupo encuestado se encuentra el uso del humor y el desentendimiento conductual.
2. El estilo orientado a la tarea es utilizado con mayor frecuencia por los participantes, seguido del estilo de afrontamiento social y emocional. El estilo de afrontamiento evitativo es el menos utilizado.
3. El nivel de riesgo de recaída promedio es el predominante en la muestra analizada.
4. En relación del estilo orientado a la tarea y el riesgo de recaída, existe una correlación inversa, es decir, a mayor uso del estilo de afrontamiento dirigido a la tarea menor será el riesgo de recaída.
5. Respecto al estilo orientado a lo social/emocional y el riesgo de recaída, la relación entre ambas variables no es significativa.
6. En relación del estilo evitativo y el riesgo de recaída, existe una correlación directa, es decir, a mayor uso del estilo de afrontamiento dirigido a la tarea mayor será el riesgo de recaída.

7. Existe una correlación inversa entre las estrategias de afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación así como razones instrumentales; con el riesgo de recaída.

8. Se encontró una relación directa entre las estrategias enfocar y liberar emociones, desentendimiento mental, desentendimiento conductual, negación, uso de humor; con el riesgo de recaída.

9. No existe una relación entre las estrategias de contención del afrontamiento, razones emocionales y afrontamiento religioso; con el riesgo de recaída.

10. Respecto a los estilos de afrontamiento en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima y las variables edad, sexo y grado de instrucción no se encuentran diferencias significativas.

11. No se obtienen diferencias significativas en el nivel de riesgo de recaída en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima, según las variables edad, sexo y grado de instrucción.

RECOMENDACIONES

1. Desarrollar programas de prevención de recaídas según el perfil del consumidor de drogas en nuestro país, los resultados hallados en la presente investigación pueden colaborar en este propósito y estos programas deben estar basados en enfoques terapéuticos para confirmar su efectividad.
2. Realizar más investigaciones comparando el riesgo de recaída con otras variables como motivación al cambio, autoeficacia, soporte social y personalidad.
3. Desarrollar investigaciones sobre afrontamiento al estrés en población adolescente con consumo problemático de drogas y compararlos con adolescentes no consumidores para analizar si existen semejanzas o diferencias. Se sugiere analizar variables como conducta antisocial y funcionamiento familiar.
4. Se recomienda que en las futuras investigaciones, la muestra sea más representativa. Asimismo, se podría realizar un censo con el apoyo de Dirección de la Salud Mental del Ministerio de Salud y de la Asociación Peruana de Comunidades Terapéuticas para obtener datos más completos que incluyan los tipos de Comunidad Terapéutica y programas de tratamiento que permitan conocer la realidad en la atención de adictos en nuestro país.

5. Es necesario continuar investigando las características del consumo de drogas en la población femenina dado que existen muy pocos estudios al respecto. Dado que, la teoría recomienda incluir la variable género en los programas de intervención y por tanto, se requiere conocer los aspectos relevantes en el perfil de la mujer adicta en el Perú.

6. Capacitar a los profesionales que trabajan en las Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana sobre los programas de prevención de recaídas considerando la variable afrontamiento y otras significativas.

7. Realizar investigaciones con población consumidora de drogas investigando la variable espiritual, dado que es un componente presente en los programas de las Comunidades Terapéuticas y se requiere conocer su importancia utilizando metodología científica.

REFERENCIAS

- Alarcón, R. (2008). *Métodos y Diseños de Investigación del Comportamiento*. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Álvarez, A. (2011). El proceso de recaída en el alcoholismo. *Revista del hospital psiquiátrico de La Habana*, 8(2). Recuperado de <http://www.revistahph.sld.cu/hph0211/hph12211.html>
- Anicama, J., Mayorga, E. y Henostroza, C. (2001). Calidad de Vida y Recaídas en adictos a sustancias psicoactivas. *Revista Psicoactiva*, 19(1), 7-27.
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5*. Madrid: Panamericana.
- Barra, E. (2003). *Psicología de la Salud*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo Ltda.
- Becoña, E. y Cortés, M. (2011). *Manual de Adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia: Socidrogalcohol. Recuperado de <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>
- Beck, A., Wright, F., Newman, C. y Liese, B. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Brocos, C. (2016). *Afrontamiento y Autoeficacia en internas en un centro penitenciario modelo de Lima*. Tesis de grado. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Carver, C., Scheier, M. y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Casas, M. y Gossop, M. (1993). *Tratamientos Psicológicos en drogodependencias: Recaída y Prevención de Recaídas*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. y Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la PUCP*, 21(2), 364-392.
- Cassaretto, M (2009). *Relación entre las cinco grandes dimensiones de la personalidad y el afrontamiento en estudiantes preuniversitarios de Lima Metropolitana*. Tesis de maestría. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Peru.
- Cassaretto, M. y Chau, C. (2016). Afrontamiento al Estrés: Adaptación del Cuestionario COPE en Universitarios de Lima. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 42 (2), 95-109. Recuperado de http://www.aidep.org/03_ridep/R42/Art9.pdf
- Casullo, M. y Fernández-Liporace, M. (2001). Estrategias de afrontamiento en estudiantes adolescentes. *Revista del Instituto de Investigaciones*, 6(1), 25-49.
- Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas [CEDRO] (2010). *Epidemiología de drogas en población urbana del Peru. Monografía de Investigación No. 26*. Lima: CEDRO.
- Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas [CEDRO] (2015). *El Problema de las Drogas en el Perú 2015*. Lima: CEDRO.
- Cieza, S. y Meléndez, L. (2013). *Modos de afrontamiento y soporte social en adictos de un centro de rehabilitación*. Tesis de grado. Universidad Señor de Sipán, Chiclayo, Perú.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas [DEVIDA] (2012). *Encuesta Nacional del consumo de drogas. Población general Perú, 2010*. Lima: DEVIDA.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas [DEVIDA] (2014). *I Estudio sobre prevención y consumo de drogas en la población general de Lima Metropolitana y el Callao 2013*. Lima: DEVIDA.

- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas [DEVIDA] (2015). *Agenda Nacional de investigación para la lucha contra las drogas 2016-2021*. Lima: DEVIDA.
- Cortés, M. y Pascual, F. (2005). *Incumplimiento de Propósitos en Drogodependencias*. Barcelona: Zambon Group.
- Chau, C. (1999). Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios: motivaciones y estilos de afrontamiento. *Revista Persona de la Universidad de Lima*, (2), 121-161. Recuperado de [http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf_bdfde.nsf/imagenes/FC7B53EF6F7EC7DF05256F39004DF270/\\$file/chau.pdf](http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf_bdfde.nsf/imagenes/FC7B53EF6F7EC7DF05256F39004DF270/$file/chau.pdf)
- Chiauzzi, E. (1991). *Preventing relapse in the addictions: A biopsychosocial approach*. Nueva York: Pergamon.
- Chipana, F. (2016). *Afrontamiento y espiritualidad en adultos varones pertenecientes a alcohólicos anónimos*. Tesis de grado. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Criollo, M. y Guerrero, J. (2015). *Estrategias de afrontamiento en varones drogodependientes en proceso de rehabilitación en Comunidad Terapéutica*. (Tesis de grado, Universidad de Cuenca). Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/22165>
- Cueva, N. y Guerrero, E. (2016). *Estrategias de afrontamiento en pacientes dependientes al alcohol y cocaína, internos en el Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, Centro de Reposo y Adicciones CRA*. (Tesis de grado, Universidad del Azuay). Recuperado de <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/6470>
- Cummings, C., Gordon, J. y Marlatt, G. (1980). Relapse: Prevention and prediction. In Miller (Ed.) *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity* (291-321), Nueva York: Pergamon Press.

- De León, G., Hawke, J., Jainchill, N. y Melnick, G. (2000). Therapeutic communities: Enhancing retention in treatment using "Senior Professor" staff. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 19:375-382.
- Del Aguila, D. (2016). *Afrontamiento y satisfacción con la vida en relación al consumo de sustancias en jóvenes universitarios*. Tesis de grado. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Endler, N. and Parker, J. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Fernández-Abascal, E., Palmero, F., Choliz, M. y Martínez, F. (1997). *Estilos y estrategias de afrontamiento*. Cuadernos de práctica de Motivación y Emoción. Madrid: Pirámide.
- Fiestas, F. y Ponce, J. (2012). Eficacia de las Comunidades Terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: Una revisión sistemática *Revista Peruana de Medicina Experimental de Salud Publica* 29(1):12-20. DOI: 10.17843/rpmesp.2012.291.303
- Folkman, S. y Lazarus, R. (1988). Coping as a Mediator of Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, (54), 466-475.
- Gaspar, C. y Martínez, K. (2008). Situaciones de consumo, afrontamiento y autoeficacia en relación con las recaídas en adolescentes consumidores de alcohol. *Revista Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma Aguascalientes*, (41), 47-52. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67404108>
- Gómez-Fraguela, J., Luengo, A., Romero, A., Villar, P., Sobral, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of clinical and health Psychology*, 6 (3), 581-597. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33760305.pdf>
- Gorski, T. (1986). Relapse prevention planing: A new recovery tool. *Alcohol Helth Res World*, 11 (1), 8-11.

- Gorski, T. (2013). *Passages through recovery: An action plan for preventing relapse*. Hazelden Publishing. Minnesota.
- Grant, M. y Hadgson, R. (1992). *Respuestas a los problemas de drogas y alcohol en la comunidad. Manual para los agentes de atención primaria de salud con orientaciones para los instructores*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Graña, J. (1994). *Conductas adictivas: Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Madrid: Debate.
- Guevara, G., Hernández, H. y Flores, T. (2001). Estilos de afrontamiento al estrés en pacientes drogodependientes *Revista de Investigación en Psicología*, 4 (1), 53-65.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ta ed. México DF: McGraw Hill.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw-Hill.
- Kreek, M., Nielsen, D., Butelman, E. and LaForge, K. (2005). Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. *Nature Neuroscience*, (8), 1450-1457. DOI: 10.1038/nn1583
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. y Lazarus B. (2000). *Pasión y Razón: La comprensión de nuestras emociones*. Barcelona: Paidós.
- Lazarus, R. (2007). Stress and emotion: A new Synthesis. En A. Monat., R. Lazarus y G.Reevy (Eds.), *The praeger handbook of stress and coping* (33-52). London: Greenwood Publishing Group.

- Leukefeld, C. y Tims, F. (1989). Relapse and recovery in drug abuse: research and practice. *The international journal of the addictions*, 24 (3), 189-201.
- Lizarraga, I. (2004). *Determinantes de recaída del dependiente a sustancias psicoactivas*. Tesis de maestría. Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú.
- López, J. (2005). *Evaluación de la eficacia de la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre de Navarra*. (Tesis de doctorado, Universidad Pública de Navarra). Recuperado de www.proyectohombrenavarra.org/07documentacion/tesisjope.pdf
- Llorens, N., Perelló, M. y Palmer, A. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*, 16 (4), 45-63. Recuperado de <http://www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/4034.pdf>
- Marlatt, G. y Gordon, J. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guildford Press.
- Marlatt, G. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En Casas, M. y Gossop, M. (Eds.) *Recaída y prevención de recaídas*, Barcelona: Neurociencias.
- Martínez E. (2009). *Prevención de recaídas: Un libro de herramientas para la recuperación*. Bogotá: Colectivo Aquí y Ahora.
- McConnell, M., Memetovic, J. y Richardson, C. (2014). Coping style and substance use intention and behavior patterns in a cohort of BC adolescents. *Addictive Behaviors*, 39, 1394-1397. DOI: 10.1016/j.addbeh.2014.05.018
- McKay, M., Davis, M. y Fanning, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.

- McKay, J., Rutherford, M., Cacciola, J., Kabasakalian, R and Alterman, A. (1996). Gender differences in the relapse experiences of cocaine patients. *Journal New Mental Disease*, 184(10), 616-22.
- Míguez, M. y Becoña, E. (1997). El proceso de recaída y sus causas en ex fumadores. *Adicciones*, 3, 405-435.
- Miller, W. y Harris, R. (2000). A simple scale of Gorski's warning signs for relapse. *Stud Alcohol*, 61(5), 759-65. Resumen. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11022817>
- National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2001). *Principios de Tratamientos para la Drogadicción: Una Guía Basada en Investigaciones*. Recuperado de <http://www.nida.nih.gov/PODAT/Spanish/PODATIndex.html>.
- National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2003). *Therapeutic community*. Recuperado de <http://archives.drugabuse.gov/pdf/RRTherapeutic.pdf>
- Navarro, R. (1989). Desarrollo de un Programa de Modificación del Comportamiento dirigido a la Rehabilitación de Pacientes Dependientes de Drogas, Tratamiento y Seguimiento de 223 Casos Clínicos. *Psicoactiva*, 3 (2) 3 – 34.
- Observatorio Peruano de Drogas [OPD] (2009). *Análisis de resultados de la red de información de demanda de tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas 2005 – 2007*. Lima: OPD-DEVIDA.
- Observatorio Peruano de Drogas [OPD] (2012). *Red de información de demanda de tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas: RIDET*. Recuperado de <http://www.devida.gob.pe/2012/10/boletin-informativo-octubre-2012-ridet/>

- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] (2013). *Pasta Básica de Cocaína. Cuatro décadas de historia, actualidad y desafíos*. Lima: UNODC.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] (2015). *Informe Mundial sobre las Drogas 2015. Resumen Ejecutivo*. Autor. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales. CIE-10*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014). *Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud 2014*. Luxemburgo: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2005). *Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas*. Washington D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2015). *Informe sobre situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas*. Washington D.C.: Autor. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/7708>
- Pedrero, E., Rojo, G. y Puerta, C. (2008). Estilos de afrontamiento del estrés y adicción. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(4), 256-270.
- Prochaska, J., Norcross, J. and DiClemente, C. (2013). Applying the stages of change. *Psychotherapy in Australia*, (19) 2, 10-15. Recuperado de http://www.psychotherapy.com.au/fileadmin/site_files/events/pdfs/APPLYING_THE_STAGES_OF_CHANGE_JOHN_NORCROSS.pdf
- Pugo, C. (2012). *Estilos de afrontamiento en pacientes alcohólicos que pertenecen al grupo Esperanza por una Nueva Vida*. (Tesis de grado, Universidad Central del Ecuador). Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1852/1/T-UCE-0007-40.pdf>

- Quintana, A., Montgomery, W. y Malaver, C. (2009) Modos de afrontamiento y conducta resiliente en adolescentes espectadores de violencia entre pares. *Revista de investigación en Psicología*, 12 (1), 153-171.
- Rodríguez, E. (2004). *Efectos de un Programa de Psicoterapia Cognitivo- Conductual en el Bajo nivel de autoconcepto y en los estadios de cambio de pacientes dependientes a sustancias psicoactivas*. Tesis de doctorado. Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú.
- Rodríguez, A. (2012). *Afrontamiento y soporte social en un grupo de adictos de un hospital psiquiátrico de Lima*. Tesis de grado. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Rojas, M. (2007). *Creencias e ideas irracionales en mujeres y varones consumidores de cocaína: Una mirada desde el enfoque cognitivo*. Tesis de maestría. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.
- Rojas, H. (2008). *Autoeficacia de afrontamiento a estímulos de alto riesgo en pacientes con abuso o dependencia a sustancias psicoactivas: factores asociados*. Tesis de maestría. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.
- Saavedra, A. (1993). Relación entre los datos de la investigación con las perspectivas de rehabilitación. En Anicama, J. (Ed.) *Drogas: producción, comercialización, prevención, control y rehabilitación*. (185-195) Lima, Perú: CEDRO.
- Saavedra, C. (2008). *Locus de control y género en un grupo de pacientes consumidores de sustancias psicoactivas varones y mujeres que asisten a consulta externa de un Hospital de Salud Mental en la ciudad de Lima*. Tesis de maestría. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2006). *Metodología y diseño de la investigación científica*. Lima: Visión Universitaria.

- Sandín, B. (2009). El Estrés. En Belloch, A.; Sandín, B. y Ramos, F. (Eds.), *Manual de Psicopatología*. ed.rev. Volumen II (pp. 3-42). Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.
- Shields, J., Broome, K., Delany, P., Fletcher, B. y Flynn, P. (2007). Religión and Substance Abuse Treatment: Individual and Program Effects. *Journal For The Scientific Study Of Religion*, 46(3), 355-371. Doi:10.1111/j.1468-5906.2007.00363.x
- Skinner, E. and Zimmer-Gembeck, M. (2007). The development of coping. *Annu. Rev. Psychol.*, 58, 119-144.
- Sugarman, D., Nich, C. y Carroll, K. (2010). Coping strategy use following computerized cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24 (4), 689. DOI: 10.1037/a0021584
- Tejero, A., Trujols, J. y Casas, M. (1993). Prevención de recaídas: Su aplicación en un contexto clínico. En Casas, M. y Gossop, M. (Eds). *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaídas y Prevención de recaída*, (295-350), Barcelona, España: Neurociencias.
- Trujols, J., Tejero, A. y Casas, M. (1996). El fenómeno de las recaídas en el tratamiento de las conductas adictivas y su repercusión en la dinámica asistencial. *Adicciones*, 8 (3), 349 – 367.
- Valles, J. (2016). *Autoeficacia y Riesgo de Recaída en adictos residentes en Comunidades Terapéuticas de Lima Sur*. Tesis de grado. Universidad Autónoma del Perú, Lima, Perú.
- Weaver, G., Turner, N. and O'Dell, K. (2000). Depressive symptoms, stress, and coping among women recovering from addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, (18), 161-167.

Wills, T. y Hirky, A. (1996). Coping and substance abuse: A theoretical model and review of the evidence. In Zeichner, M and Endler, N. (Eds.) *Handbook of coping: Theory Research and Applications* (pp. 279–302) New York: Wiley.

Zeidner, M. y Endler, N. (1996). *Handbook of coping: Theory, research, applications*. Nueva York, EEUU: John Wiley & Sons.

ANEXO N° 1

Consentimiento Informado

Título: Afrontamiento y Riesgo de Recaída en adictos residentes en Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana

Investigador: Cristian Solano Melo

Esta investigación se formula a partir de conocer la problemática de las adicciones y observar su alto índice de recaídas en los sujetos que realizan un tratamiento profesional en las Comunidades Terapéuticas. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder una ficha de datos y dos cuestionarios. Asimismo, su participación en este estudio es voluntaria. **La información que se recoja será anónima y confidencial**, sólo se utilizará con fines académicos. El tiempo aproximado para recoger la información será de 20 minutos y si tiene alguna duda sobre ésta investigación puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación.

Reconozco que la información que yo provea en esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier, sin que esto represente perjuicio alguno para mi persona.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación Sí _____ No _____

Firma del Participante

Firma del Investigador

Fecha: _____

ANEXO N°2

CUESTIONARIO DE ESTIMACIÓN DEL AFRONTAMIENTO (COPE)

FORMA DISPOSICIONAL

Estamos interesados en conocer la forma cómo responden las personas cuando se enfrentan a diferentes tipos de problemas o dificultades que les complican la vida. Hay muchas maneras de manejar esos problemas. Este cuestionario le pide señalar qué es lo que **generalmente** Ud. hace o siente cuando está en este tipo de acontecimientos estresantes. Naturalmente, en situaciones diferentes reacciona en forma diferente, pero piense qué es lo que **habitualmente** hace en esas circunstancias.

A continuación, encontrará una serie de afirmaciones sobre cómo actuar o sentir en esas situaciones. Señala en cada una de ellas si coinciden o no con su propia forma de actuar o sentir, de acuerdo a lo siguiente:

- | |
|--|
| 1= Casi nunca hago esto |
| 2= A veces hago esto |
| 3=Usualmente hago esto |
| 4= Hago esto con mucha frecuencia |

Elija sus respuestas cuidadosamente y responda de la forma más sincera que le sea posible. Responda todos los ítems. Recuerde, no hay respuestas correctas o incorrectas, **de modo que** elija la respuestas que más se ajusten a usted, no la que usted piense que la mayoría de la gente diría o haría. Indique lo que Ud. **generalmente hace o siente cuando experimenta situaciones difíciles o estresantes.**

	FRASES	1 Casi nunca hago esto	2 A veces hago esto	3 Usual mente hago esto	4 Hago esto con mucha frecuencia
1	Intento desarrollarme como persona como resultado de la experiencia.				
2	Me concentro en el trabajo u otras actividades sustitutivas para alejar el tema de mi mente.				
3	Me altero y dejo aflorar todas mis emociones.				
4	Trato de conseguir consejo de alguien más sobre qué hacer.				
5	Concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de la situación.				
6	Me digo a mi mismo(a): “Esto no es real”				
7	Confío en Dios.				
8	Me río acerca de la situación.				
9	Admito que no puedo lidiar con el problema y				

	dejo de intentar resolverlo.				
10	Me contengo a mismo(a) de hacer algo apresuradamente.				
11	Hablo de mis sentimientos con alguien.				
12	Consumo alcohol o drogas para sentirme mejor.				
13	Me acostumbro a la idea de que el hecho sucedió.				
14	Hablo con alguien para saber más de la situación.				
15	Evito distraerme con otros pensamientos o actividades.				
16	Sueño despierto(a) con otras cosas diferentes.				
17	Me altero y soy realmente consciente de la situación.				
18	Pido la ayuda de Dios.				
19	Hago un plan de acción.				
20	Hago bromas sobre la situación.				
21	Acepto que el hecho ha sucedido y que no puede cambiarse.				
22	No hago nada hasta que tenga más clara la situación.				
23	Intento conseguir apoyo emocional de amigos o familiares.				
24	Dejo de intentar alcanzar mi meta.				
25	Tomo medidas adicionales para intentar liberarme del problema.				
26	Intento evadirme un rato bebiendo alcohol o tomando drogas.				
27	Me niego a creer que haya sucedido.				
28	Dejo aflorar mis sentimientos.				
29	Intento ver el problema de una forma diferente para que parezca más positivo.				
30	Hablo con alguien que puede hacer algo concreto acerca del problema.				
31	Duermo más de lo habitual.				
32	Trato de idear una estrategia sobre lo que debo de hacer.				
33	Me concentro en el manejo del problema y si es necesario, dejo de lado otras cosas.				
34	Consigo la compasión y comprensión de alguien.				
35	Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en ello.				
36	Bromeo sobre ello.				
37	Renuncio a intentar lo que quiero.				
38	Busco algo bueno en lo que está sucediendo.				
39	Pienso en cómo podría manejar mejor el problema.				

40	Actúo como si realmente no hubiera sucedido				
41	Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar demasiado pronto.				
42	Intento evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos de manejar la situación.				
43	Voy al cine o veo televisión para pensar menos en ello.				
44	Acepto que es una realidad que el hecho ha sucedido.				
45	Ante un problema pregunto que hicieron a las personas que han tenido experiencias similares.				
46	Siento que me altero mucho y expreso demasiado todo lo siento.				
47	Llevo a cabo una acción directa en torno al problema.				
48	Intenta encontrar consuelo en mi religión.				
49	Me obligo a mí mismo(a) a esperar el momento oportuno para hacer algo.				
50	Hago bromas de la situación.				
51	Reduzco la cantidad de esfuerzo que dedico a resolver el problema.				
52	Hablo con alguien acerca de cómo me siento.				
53	Utilizo alcohol o drogas para ayudarme a superarlo.				
54	Aprendo a vivir con el problema.				
55	Dejo de lado otras actividades para poder concentrarme el problema.				
56	Pienso profundamente acerca de qué pasos tomar.				
57	Actúo como si nunca hubiera ocurrido.				
58	Hago lo que hay que hacer, paso a paso.				
59	Aprendo algo de la experiencia.				
60	Rezo más de lo habitual.				

ANEXO N°3

CUESTIONARIO DE RIESGO DE RECAIDA AWARE 3.0

Lea las siguientes afirmaciones y en cada una encierre un número (de 1 a 7), con un círculo, para indicar cuan verdadero ha sido dicho enunciado para usted recientemente. Por favor, encierre un sólo un número por cada enunciado.

	Nunca	Pocas veces	A veces	Relativamente a menudo	A menudo	Casi siempre	Siempre
1. Me siento nervioso o inseguro de mis recursos para mantenerme libre de drogas.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tengo muchos problemas en mi vida que afectan mi estado emocional.	1	2	3	4	5	6	7
3. Tiendo a actuar impulsivamente.	1	2	3	4	5	6	7
4. Soy reservado y me siento solo.	1	2	3	4	5	6	7
5. Me enfoco mucho en un(as) área(s) de mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
6. Me siento triste, desanimado o deprimido.	1	2	3	4	5	6	7
7. Me dedico a hacerme ilusiones sobre el consumo.	1	2	3	4	5	6	7
8. Los planes que hago tienen éxito.	1	2	3	4	5	6	7
9. Tengo dificultad para concentrarme y prefiero imaginar cómo podrían ser las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
10. Lo que suelo realizar no me sale bien.	1	2	3	4	5	6	7
11. Me siento confundido sobre volver a consumir.	1	2	3	4	5	6	7
12. Me irrito o molesto con mis amigos.	1	2	3	4	5	6	7
13. Me siento enojado o frustrado.	1	2	3	4	5	6	7
14. Tengo buenos hábitos alimenticios.	1	2	3	4	5	6	7
15. Me siento atrapado y estancado, sin salida.	1	2	3	4	5	6	7
16. Tengo dificultad para dormir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Tengo largos períodos de tristeza intensa.	1	2	3	4	5	6	7
18. Me da igual, suceda lo que suceda.	1	2	3	4	5	6	7
19. Siento que las cosas están tan mal, que podría consumir drogas.	1	2	3	4	5	6	7
20. Soy capaz de pensar con claridad.	1	2	3	4	5	6	7
21. Siento lástima de mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7
22. Pienso reiteradamente en consumir drogas.	1	2	3	4	5	6	7
23. Miento a otras personas.	1	2	3	4	5	6	7

24. Me siento seguro y lleno de esperanzas.	1	2	3	4	5	6	7
25. Me siento enojado con el mundo en general.	1	2	3	4	5	6	7
26. Estoy haciendo lo posible para mantenerme en abstinencia.	1	2	3	4	5	6	7
27. Me temo que estoy perdiendo la razón.	1	2	3	4	5	6	7
28. Estoy consumiendo o tengo deseos de consumir drogas sin control.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO N°4

FICHA DE DATOS PERSONALES

Las respuestas y datos que usted proporcione en esta ficha, serán completamente confidenciales y anónimas, sólo se usarán para el propósito de una investigación. Por favor, conteste las preguntas con la mayor sinceridad posible:

1. Edad: 18 a 25 años () 26 a 35 años () 36 a 45 años ()
46 a 60 años () Más de 61 años ()
2. Sexo: M () F ()
3. Grado de instrucción: Secundaria Incompleta () Secundaria Completa ()
Superior Incompleta () Superior Completa () Superior Post Grado ()
4. Estado civil: Soltero () Casado () Viudo () Divorciado ()
Separado () Conviviente ()
5. Vive actualmente con: Solo () Padre(s) () Padres y hermanos ()
Hermanos () Pareja () Pareja e hijo(s) () Sólo Hijos ()
Otros Familiares y/o personas ()
6. Ocupación: _____
7. Droga de inicio: _____
8. ¿Qué tipo de drogas legales o ilegales consume? (puede marcar más de una):
Alcohol () Tabaco () Marihuana () Cocaína () PBC ()
Mixtos (PBC + Marihuana) () Bombos o turco (cocaína + marihuana) () Inhalantes ()
Tranquilizantes () Alucinógenos (LSD, Ayahuasca, etc.) () Anfetaminas ()
Éxtasis () Ketamina () Heroína ()
Otras drogas, especifique: _____
9. Droga(s) adictiva(s) problemas(s): _____
10. Tiempo de consumo (señalar el tiempo de la adicción principal):
a. Menos de 2 años () b. 2 a 5 años () c. 6 a 10 años () d. 11 a 15 años ()
e. Más de 16 años ()
11. Tratamientos previos por adicciones: SI () NO ()
12. Intentos de dejar la droga problema: Nunca () 1 vez ()
2 vez () Más de 3 veces ()
13. Tiempo máximo de abstinencia: _____
14. Antecedentes policiales: SI () NO ()
15. Tiempo de internamiento en la Comunidad Terapéutica: 1 y 59 días () 2 a 4 meses ()
5 a 6 meses () 7 a 9 meses () 10 a 12 meses () Mas de 12 meses ()
16. Nombre de la Comunidad Terapéutica: _____

ANEXO N°5

En cuanto al análisis factorial confirmatorio, se comprobó los índices de ajuste a este tipo de análisis, cumpliendo así el permiso con un valor de medida KMO=0,877 y una prueba de especificidad de Bartlett estadísticamente significativo ($p=.00$).

En cuanto a los factores, se obtuvieron tres, donde se evidenció una varianza acumulada de 46,62%, las estrategias fueron categorizadas de acuerdo al mayor peso factorial. Durante el análisis encontramos que algunas estrategias no pertenecen al factor o estilo original, esto se da debido a que las características de la muestra son diferentes.

Tabla 21
Análisis factorial confirmatorio

	Factor		
	1	2	3
Afrontamiento Activo	,791		
Planificación	,805		
Contención del Afrontamiento	,608		
Supresión de Actividades	,705		
Reinterpretación positiva y crecimiento	,679		
Aceptación	,520		
Enfocar y liberar emociones		,507	
Búsqueda de SS razones instrumentales			,789
Búsqueda de SS razones emocionales			,626
Desentendimiento Mental		,447	
Desentendimiento Conductual		,630	
Negación		,653	