

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD

Carrera de **PSICOLOGÍA**

“ESTIMACIÓN DE AFRONTAMIENTO Y RIESGO
DE RECAÍDA EN ADULTOS
DROGODEPENDIENTES DE COMUNIDADES
TERAPÉUTICAS DE LIMA METROPOLITANA”

Tesis para optar al título profesional de:

Licenciado en Psicología

Autor:

Italo Marino Beas Lecca

Asesora:

Mg. Angela Benita Dominguez Vergara

<https://orcid.org/0000-0003-2329-1990>

Lima - Perú

2023

JURADO EVALUADOR

Jurado 1 Presidente(a)	TANIA CARMELA LIP MARIN	08179761
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

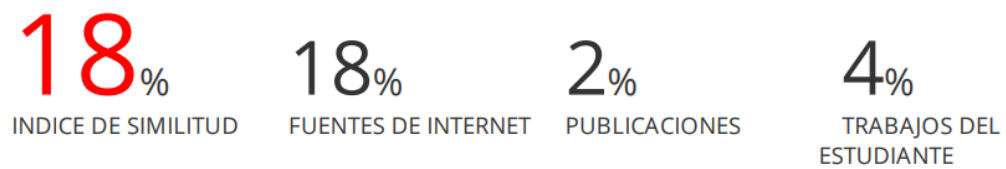
Jurado 2	NANCY ALFONSINA NEGREIROS MORA	18136825
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

Jurado 3	CRISTIAN EDUARDO SARMIENTO PÉREZ	43203074
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

INFORME DE SIMILITUD

Turnitin 2

INFORME DE ORIGINALIDAD



DEDICATORIA

A mi querida abuela Teodosea, por el ser mi claro ejemplo de lucha constante, a mi madre Aurelia Lecca por ese respaldo incondicional que me permitió llegar hasta aquí, a mi padre Marino Beas y mi hermano Edgar A. Lecca que día a día fueron mis ejemplos de superación. Finalmente a Don Goyo Quiñones por tanto apoyo y cariño brindando.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a los docentes de la carrera de Psicología de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada del Norte, en especial a mis docentes de psicología de las adicciones Mg. Jose Manuel Martinez y Dr. Miguel Angel Vallejos.

También agradezco a mi ilustre Asesora de tesis Mg. Angela Dominguez, por guiar esta investigación y formar parte de otro objetivo alcanzado.

Al Sr. Pedro Caceda Soriano, por su contribución como presidente de la Sociedad Peruana de Comunidades Terapéuticas.

Al Mg. Cristian Solano, quien contribuyo enormemente en culminación de este trabajo.

A mi querida mentora Maria Isabel Colmenares, por haberme brindado la oportunidad de explorar el mundo de las adicciones en Lima.

A Diana Lazarte Nole, mi compañera y más grande amor.

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

A todos ellos y ellas muchas gracias, ustedes han sido mis principales referentes en la búsqueda del entendimiento del fenómeno de la drogodependencia y fortalecieron mi formación profesional.

Tabla de contenido

Jurado calificador	2
Informe de similitud	3
Dedicatoria.....	4
Agradecimiento.....	5
Tabla de contenido	6
Índice de tablas	7
Índice de figuras	8
Resumen	9
Capítulo I: Introducción	10
Capítulo II: Metodología	25
Capítulo III: Resultados	34
Capítulo IV: Discusión y Conclusiones	36
Referencias	41
Anexos	61

Índice de tablas

Tabla 1. Relación entre la estimación de afrontamiento y el riesgo de recaída en adultos drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana	34
Tabla 2. Relación entre las dimensiones de estimación de afrontamiento y riesgo de recaída en adultos drogodependientes.....	35
Tabla 3. Características Sociodemográficas de la muestra.....	65
Tabla 4. Nivel de riesgo de recaída dependencias a sustancias psicoactivas	66
Tabla 5. Frecuencia de la estimación de afrontamiento	67
Tabla 6. Prueba de normalidad estadística Kolmogórov-Smirnov para datos del Cuestionario de Estilos de Afrontamiento - COPE.....	68
Tabla 7. Prueba de normalidad estadística Kolmogorov- Smirnov para datos del Cuestionario de Riesgo de Recaída -AWARE 3.....	69
Tabla 8. Diferencia de estilo de Afrontamiento dirigido a la tarea según edad	70
Tabla 9. Diferencia de estilo de Afrontamiento Social y Emocional según edad	71
Tabla 10. Diferencia de estilo de Afrontamiento Evitativo según edad.....	72
Tabla 11. Diferencia de Estilo de Afrontamiento dirigido a la tarea según sexo	73
Tabla 12. Diferencia de estilo de Afrontamiento Social y Emocional según el sexo.....	74
Tabla 13. Diferencia de estilo de Afrontamiento Evitativo según el sexo	75
Tabla 14. Diferencia de Estilo de Afrontamiento dirigido a la tarea según grado de instrucción	76
Tabla 15. Diferencia de estilo de Afrontamiento Social/Emocional según grado de instrucción	77
Tabla 16. Afrontamiento evitativo de acuerdo al grado de instrucción.....	78
Tabla 17. Diferencia de Riesgo de caída según edad	79
Tabla 18. Diferencias a nivel de Riesgo de recaída según grado de instrucción.....	80
Tabla 19. Diferencias a nivel de Riesgo de recaída según el Sexo	81

Índice de figuras

Figura 1. Diseño de contrastación	26
---	----

RESUMEN

La investigación realizada se planteó como objetivo determinar la relación entre la estimación de afrontamiento y el riesgo de recaída en adultos drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana. El enfoque metodológico fue cuantitativo, diseño no experimental, corte transversal y alcance correlacional. La muestra estuvo conformada por 216 adultos drogodependientes. Se utilizó Inventario de Estimación de Afrontamiento – COPE y el Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0. Entre los resultados se pudo constatar que el estilo de afrontamiento evitativo posee una relación directa y moderada con el riesgo de recaída (Rho de Spearman = .680 y $p < 0.05$), el estilo de afrontamiento dirigido a la tarea posee una relación indirecta y débil con la otra variable (Rho de Spearman = -.279 y $p < 0.05$). Mientras que, el estilo de Afrontamiento Emocional/Social no guarda relación con el riesgo de recaída en la muestra estudiada ($p > 0.05$). Se concluye que a mayor uso del estilo evitativo de afrontamiento, mayor es el riesgo de recaída, sin embargo, a mayor uso del estilo centrado en la tarea, menor riesgo de recaída en los adultos drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana.

PALABRAS CLAVES: Estimación de afrontamiento, Riesgo de recaída, drogodependientes, Comunidades Terapéuticas

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

El informe emitido por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2019) destaca que, pese a las constantes advertencias sobre el daño que las sustancias psicoactivas pueden causar a la salud física y mental, el problema del consumo de drogas continúa creciendo en todo el mundo. Se estima que en 2019, alrededor de 271 millones de personas a nivel global (aproximadamente el 5,5% de la población entre 15 y 64 años) habían consumido algún tipo de droga.

Según las estadísticas proporcionadas por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2019), alrededor de 31 millones de personas que consumen drogas sufren consecuencias negativas y pueden llegar a necesitar ayuda profesional para su tratamiento. Por otro lado, el Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID, 2019) afirma que los efectos perjudiciales para la salud derivados del consumo de estupefacientes se están extendiendo y agravando cada vez más. En América Latina, aproximadamente 35 millones de individuos padecen trastornos mentales y de comportamiento debido al abuso de drogas, lo que requiere de servicios de tratamiento especializados.

El contexto peruano no es ajeno a esta problemática, puesto que una investigación epidemiológica sobre sustancias psicoactivas llevada a cabo por el Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO, 2019) en una población urbana reveló el incremento en la incidencia del consumo de drogas en personas con edades comprendidas entre los 12 a 65 años. Además, este estudio señala que solo se pueden realizar estimaciones sobre el número de adictos en nuestro país, dado que no existe un registro de estos usuarios en hospitales o centros de tratamiento (CEDRO, 2019).

De acuerdo con la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas DEVIDA (2019) y el Ministerio de Salud (MINSA, 2019), se calcula que en el Perú existen cerca de 300 instituciones que brindan tratamiento, de los cuales el 80% se encuentran en Lima Metropolitana y el Callao, sin embargo, la mayoría de estos centros evidencian una postura reacia a formalizarse y ofrecer programas con un enfoque científico. La Asociación de Comunidades Terapéuticas Peruanas (ACTP, 2020), reveló que solo 19 de estas instituciones cumplen con los estándares necesarios y el marco legal correspondiente.

Según CEDRO (2019) aunque haya una tendencia hacia la estabilización de los criterios de consumo de sustancias psicoactivas, el problema sigue siendo significativo debido a los trastornos mentales y de comportamiento que resultan del consumo de drogas. Es así como, estos trastornos están relacionados con un impacto negativo y desgastante a nivel personal, familiar y comunitario, manifestándose en la salud mental y física, en términos de delincuencia, violencia y disgregación social (CEDRO, 2019). No obstante, la mayoría de los países, incluido el nuestro, siguen sin proporcionar un tratamiento completo y servicios de salud adecuados para disminuir las consecuencias de las drogas (CEDRO, 2019).

Por otra parte, los reportes estadísticos llevados a cabo en el 2018 por la UNODC (2019) demostraron que solo una persona de cada siete con trastornos por consumo de drogas obtuvo el tratamiento correspondiente, lo que representa una proporción parcialmente baja que no ha experimentado cambios significativos en los últimos años.

Diversos estudios, incluyendo los realizados por Castaño y Páez (2019), Rojas (2019) y García y Roche (2019), han destacado la importancia de brindar a los pacientes dependientes un entrenamiento en recursos de afrontamiento positivo al estrés, ya que muchas veces utilizan las drogas, entre ellas el alcohol como una forma de afrontar los problemas de la vida diaria.

En ese sentido, Solano (2017) ha señalado que los sujetos dependientes de sustancias psicoactivas suelen carecer de estilos y estrategias de afrontamiento adecuados, o bien, los emplean de forma inapropiada. Por ello, la falta de habilidades para afrontar el estrés y las dificultades puede muchas veces contribuir a una recaída en el consumo de drogas después de que la persona haya concluido algún programa de tratamiento especializado.

Tarzan (2017) señala que es vital que los profesionales de la salud que trabajan en la atención de la dependencia de sustancias psicoactivas tengan en cuenta las particularidades de cada paciente y ofrezcan un tratamiento personalizado que incluya la identificación de los factores de riesgo y la promoción de estrategias de afrontamiento saludables. También, es importante fomentar la continuidad del tratamiento y el seguimiento a largo plazo para prevenir recaídas y mejorar los resultados (Tarzan, 2017). El caso de iniciar un tratamiento profesional sitúa al paciente en un síndrome de abstinencia por encontrarse en un ambiente protegido como lo es una comunidad terapéutica, por lo tanto, se produce la supresión a la sustancia con el fin de desarrollar nuevos estilos de afrontamiento (Guevara, et al., 2019; Rayo, 2019).

A nivel local, CEDRO (2018) ha observado que los pacientes presentan una alta tasa de recaídas posterior al tratamiento, esta vulnerabilidad persiste durante el transcurso de la vida. Asimismo, Solano (2017) encontró que el 65% de adultos en proceso de rehabilitación en comunidades terapéuticas de Lima muestran riesgo de recaída con nivel promedio. Del mismo modo, Abramonte (2019) reporta que el 51.95% de pacientes internados en instituciones de Lima Sur evidencian riesgo de recaída promedio. De manera que, es importante tener en cuenta que existen diversos factores de riesgo asociados a las recaídas, por lo que es fundamental desarrollar estrategias de tratamiento y prevención efectivas (Solano, 2017).

Tras una revisión exhaustiva de la literatura, se puede afirmar que la oferta de tratamiento para la población afectada por el abuso y la dependencia de sustancias se presenta de manera segmentada y fragmentada (CEDRO, 2018). A pesar de que se han desarrollado programas de tratamiento en el sector privado, la oferta de atención en el sector público sigue siendo insuficiente, dado que los servicios de tratamiento en adicciones están compuestos fundamentalmente por comunidades terapéuticas particulares. Cabe resaltar que, se encontró una carencia significativa de alternativas terapéuticas diseñadas para mujeres, puesto que generalmente los programas han sido concebidos para población masculina (CEDRO, 2018).

Varios estudios coinciden en que, a pesar de que el tratamiento residencial para la dependencia de drogas puede ser exitoso, existen factores de riesgo que pueden predisponer al paciente a tener una recaída, tal como el afrontamiento a situaciones estresantes (Solano, 2019; Abramonte, 2019; Martínez et al., 2018). En efecto, si el residente no cuenta con estrategias adecuadas de afrontamiento para controlar el craving, es posible que no pueda mantener su abstinencia (Enriquez, 2018). Además, aquellos pacientes que cuenten con un conjunto de estrategias tendrán una mayor posibilidad de mantener la abstinencia y prevenir recaídas (Solano, 2017; Martínez et al., 2019).

Se han llevado a cabo múltiples estudios a nivel internacional, nacional y local sobre los estilos de afrontamiento y el riesgo de recaída. Estas investigaciones relacionadas con las variables del presente estudio proporcionan una base teórica sólida. Algunos de los estudios encontrados incluyen:

En México, Gómez et al., (2015) realizaron un estudio con 120 adolescentes del Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente, utilizando un diseño cuantitativo transversal para investigar la relación entre personalidad, estilos de afrontamiento, riesgo de consumo de

drogas, adaptación conductual y conductas delictivas. Cuatro instrumentos de medición, incluyendo el FRIDA, el EPI, el IAC y el cuestionario de formas de afrontamiento, fueron administrados. Los resultados indicaron una correlación significativa entre los estilos de afrontamiento y el riesgo de consumo de drogas ($p < \alpha$), con una correlación positiva entre la autculpa y el riesgo familiar ($p < 0.05$; $\rho = .279$) y una correlación negativa entre el afrontamiento dirigido al problema y la educación familiar sobre drogas ($p < 0.05$; $\rho = -.429$).

En su estudio en Costa Rica, Blanco y Jiménez (2015) evaluaron la relación entre factores de riesgo de recaída en el consumo de drogas y habilidades de afrontamiento en 107 adolescentes del Centro de Menores del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia. El estudio fue cuantitativo, no experimental y transversal correlacional, y se utilizaron varios instrumentos para recopilar datos. Los hallazgos revelaron una relación significativa entre situaciones precipitantes de recaída y habilidades de afrontamiento ($p < 0.05$; $\rho = -.629$).

A Nivel nacional, en el estudio de Zavaleta (2017), se examinó la relación entre el riesgo de consumo de drogas, las características de personalidad y las estrategias de afrontamiento en una muestra de 85 adolescentes infractores de ambos sexos con edades entre 14 y 20 años. Se utilizó una metodología cuantitativa, no experimental, transversal y correlacional para recolectar datos a través del ASSIST, MACI y el ACS. Los resultados del estudio indican que el riesgo de consumo de marihuana se correlaciona de manera inversa y baja con las estrategias de afrontamiento, como resolver problemas, esforzarse y tener éxito, y buscar diversiones relajantes ($p < 0.05$; $\rho = -.222$). Además, se encontró que el riesgo de consumo de marihuana también se correlaciona de manera inversa y baja con las estrategias de afrontamiento de buscar pertenencia y apoyo social ($p < 0.05$; $\rho = -.390$).

Solano (2017) investigó la correlación entre los estilos de afrontamiento y el riesgo de recaída en 240 residentes dependientes de drogas internados en Comunidades Terapéuticas. El estudio utilizó un enfoque cuantitativo, tipo de investigación no experimental, con un diseño transversal y correlacional, y se recolectaron datos mediante el COPE y el AWARE 3.0. Se encontró una correlación significativa y estadísticamente comprobable entre el riesgo de recaída y dos estilos de afrontamiento. En concreto, se demostró que el estilo orientado a la tarea estaba inversamente relacionado con el riesgo de recaída, mientras que el estilo evitativo estaba directamente relacionado con el riesgo de recaída. Los valores de p fueron menores de 0.05 y los coeficientes de correlación de Spearman fueron de -0.323 y 0.414, respectivamente.

En relación a las bases teóricas, la relación entre el estrés, la salud y la enfermedad depende en gran medida de los recursos disponibles, los cuales son considerados como atributos que pueden variar en mayor o menor medida tanto en el individuo como en su entorno (Sandín y Chorot, 2003).

La estimación de afrontamiento se define como la combinación de procesos mentales y acciones en constante evolución que se emplean para hacer frente a exigencias particulares, ya sean internas o externas, que se perciben como excedentes de las habilidades o estrategias disponibles de la persona (Lazarus y Folkman, 1986).

Tras un proceso de análisis, el sujeto examina los recursos que tiene a su disposición y opta por una estrategia para hacer frente a la situación. Se sostiene que la gestión de esta situación actúa como intermediario en la correlación entre la evaluación del entorno, la reacción emocional y la dinámica interpersonal (Folkman y Lazarus, 1991).

Lazarus y Folkman (1986) destacan la relevancia de las diferencias individuales en el proceso de afrontamiento. Existen dos perspectivas sobre cómo estas diferencias pueden influir

en el afrontamiento. La primera posibilidad, quizás la más evidente, es que existan estilos o disposiciones de afrontamiento estables que las personas utilicen en situaciones estresantes. Desde esta perspectiva, las personas no enfrentan cada contexto de afrontamiento de manera nueva, sino que utilizan un conjunto de estrategias de afrontamiento que permanecen relativamente constantes a lo largo del tiempo y las circunstancias.

Kovacheviü et al., (2018) sugirieron que el estrés puede provocar tanto estrategias de afrontamiento adaptativas como desadaptativas. El afrontamiento adaptativo se refiere a las estrategias que ayudan a las personas a enfrentar con éxito las situaciones estresantes y minimizar los posibles peligros. Por otro lado, el afrontamiento desadaptativo puede no ser beneficioso y puede incluso empeorar la supervivencia de la persona en su entorno. Las estrategias adaptativas, por otro lado, pueden contribuir al bienestar general del individuo en términos de salud, productividad, satisfacción personal y crecimiento.

De acuerdo con Folkman y Lazarus (1980) existen dos tipos de estilos de afrontamiento que se distinguen por sus objetivos y enfoques. El primero es conocido como afrontamiento centrado en el problema, que busca resolver la situación estresante o modificar la fuente del estrés. El segundo es el afrontamiento centrado en la emoción, que busca reducir o manejar el malestar emocional asociado al estrés o a la situación provocadora. La mayoría de los estresores desencadenan ambos tipos de afrontamiento, pero el afrontamiento centrado en el problema suele ser más utilizado cuando las personas creen que pueden hacer algo constructivo, mientras que el afrontamiento centrado en la emoción suele ser más utilizado cuando las personas sienten que deben soportar el estresor sin poder modificarlo.

Según Carver et al. (1989), la resolución de problemas implica un proceso cognitivo y conductual activo para abordar un problema. Este proceso incluye reconocer los diferentes

pensamientos relacionados con el problema, comprender la situación, predecir el curso de los acontecimientos, seleccionar las soluciones adecuadas, planificar la resolución del problema y finalmente, llevar a cabo este plan, tomando acciones coherentes para resolver el problema. Por el contrario, cuando se enfrenta una situación amenazante o desafiante en la que no es posible modificar las condiciones del entorno, es más probable que se utilicen estrategias de afrontamiento enfocadas en las emociones (Folkman y Lazarus, 1988).

En el contexto del uso de sustancias, un individuo puede usar drogas o alcohol como una estrategia de evitación para tratar de reducir la angustia o la depresión o, alternativamente, puede confiar en métodos activos/de acercamiento, como la resolución de problemas y la búsqueda de apoyo social, para hacer frente al estrés (Forys, McKellar y Moos (2007).

Los adictos a menudo utilizan diferentes estilos conductuales de afrontamiento, siendo el método ineficaz de evitación conductual el más común (Samoi, 2009). En una investigación realizada por Tofani y Javanbakht (2002), se encontró que los adictos usan estrategias de afrontamiento de resolución de problemas, evaluación cognitiva y apoyo social en menor grado, pero utilizan índices más altos de estrategias de afrontamiento físico y evitación emocional.

Según lo planteado por Hasan et al., (2014), los individuos adictos solían actuar impulsivamente, sin considerar las posibles consecuencias, antes de someterse a tratamiento. No obstante, tras el tratamiento, se evidenció un cambio significativo hacia una actitud más analítica y reflexiva ante los problemas. Anteriormente, estos sujetos solían evitar los problemas y fingir que no existían, mientras que posteriormente a su tratamiento aprendieron a aceptarlos y buscar soluciones para enfrentarlos.

Según Hasan et al., (2014), los individuos adictos experimentan una transformación después de recibir tratamiento, adquiriendo mayor control sobre sus pensamientos y comportamientos, enfocándose en políticas claras, buscando apoyo de sus seres queridos y la comunidad social, integrándose en ella, y desarrollando planes para mejorar su situación, como participar en foros de adictos anónimos.

Por otro lado, la recaída hace referencia a la reaparición de una afección previa que, por lo general, tiene una connotación negativa después de un período de mejoría. En el contexto de abuso o dependencia de sustancias, la recaída implica volver al comportamiento de búsqueda de sustancias y reanudar el consumo después de un período de abstinencia. El proceso de recaída comienza con la pre-caída, que es una etapa caracterizada por pensamientos abrumadores relacionados con la reversión del cambio de comportamiento o patrón de comportamiento (Scrimali y Grimaldi, 2002).

Según Montalvo, Goni, Illecas, Landa y Lorea (2007) y Stevens y Smith (2005), es común que ocurran recaídas durante el primer año después de finalizar un tratamiento para la adicción, ya que se considera una enfermedad cerebral propensa a las recaídas. Por lo tanto, se sostiene que las recaídas forman parte natural del proceso de recuperación. Aunque es esencial tener estrategias efectivas de afrontamiento para prevenir las recaídas, comprender el proceso de recaída desde una perspectiva de los mecanismos de defensa también es importante, ya que se consideran una señal de advertencia de una posible recaída (Gorski, 2001).

En el caso de aquellos que buscan tratamiento por abuso de sustancias, se ha encontrado que un reconocimiento insuficiente del problema se correlaciona con menor compromiso y retención en el tratamiento (Hiller et al., 2002; Pelissier, 2004; Ryan et al., 1996; Simpson et al., 1995; DeLeon y Jainchill, 1986; Simpson y Joe, 1993). El objetivo principal de la mayoría

de los programas de tratamiento es la prevención de recaídas, que implica mejorar la capacidad de la persona para enfrentar situaciones de alto riesgo y, así, aumentar la confianza en su habilidad para mantenerse sobrio después del tratamiento.

El modelo de Desarrollo de Recuperación ha sido creado con el propósito de apoyar tanto a las personas en proceso de recuperación como a los profesionales encargados de diseñar planes de tratamiento y evaluar el progreso (Gorski, 2001). Este modelo describe la recuperación en seis etapas: (1) transición, (2) estabilización, (3) recuperación temprana, (4) recuperación intermedia, (5) recuperación avanzada y (6) mantenimiento (Gorski y Miller, 1986). De esta forma, se busca establecer objetivos de tratamiento y medir el avance en cada una de estas etapas .

A continuación se describe cada una de las etapas propuestas por Gorski y Miller (1986):

La Etapa de transición marca el inicio del proceso de recuperación y se inicia cuando una persona experimenta por primera vez problemas relacionados con el consumo descontrolado de alcohol u otras drogas. Conforme la adicción progresa, se intentan diversas estrategias para intentar controlar el consumo, pero finalmente el paciente llega al reconocimiento de que el consumo seguro ya no es una opción viable. La lucha por el control es un síntoma de un conflicto interno sobre la identidad personal. Aquellos que niegan el alcance de su adicción pueden caer en esta fase de recuperación, creyendo que son consumidores de drogas y bebedores normales capaces de controlar su consumo. Sin embargo, a medida que la adicción avanza y se pierde el control, se hace necesario redefinir la identidad personal como adictos que no pueden controlar su consumo.

Durante la etapa de transición, es común que la persona adicta intente periodos de consumo controlado y abstinencia. Sin embargo, los periodos de abstinencia suelen ser breves y su verdadero propósito es permitir al paciente creer que aún tiene el control sobre el consumo de alcohol y drogas. Esta ilusión puede ser especialmente importante para aquellos adictos cuyo estilo de vida y consumo de drogas son considerados normales, e incluso aceptados entre su grupo social.

La etapa temprana de recuperación se distingue por la exigencia de adoptar un estilo de vida exento de sustancias químicas. Los individuos con adicciones deben familiarizarse con el problema de la adicción y el proceso de recuperación. Es fundamental que se alejen de sus compañeros adictos y establezcan relaciones que respalden su recuperación a largo plazo. Para aquellos que han estado en el sistema penal y que nunca han interactuado con personas que han dejado de consumir drogas o que llevan una vida libre de sustancias químicas, este período puede resultar particularmente difícil.

Durante la etapa tardía de la recuperación, se producen cambios en la personalidad que pueden interferir con la satisfacción. En la psicoterapia convencional, se conoce como el proceso de autorrealización, el cual implica examinar los valores y objetivos adquiridos de los padres, la cultura y los grupos sociales, y luego decidir si se mantienen, descartan o se crean nuevos. En condiciones normales, este proceso ocurre alrededor de los 20 años de edad, pero para los adictos, suele ocurrir en un lapso de 3 a 5 años durante el proceso de recuperación. Durante esta fase tardía de la recuperación, la principal causa de recaída suele ser la incapacidad para hacer frente al estrés generado por problemas no resueltos de la infancia o un estilo de personalidad disfuncional.

El período de mantenimiento de la recuperación implica un proceso continuo de crecimiento y desarrollo personal que abarca enfrentar las transiciones de la vida adulta, lidiar con problemas cotidianos y prevenir recaídas. Aunque la adicción puede tener una fisiología persistente que dura toda la vida del adicto, cualquier consumo de alcohol u otras drogas puede reactivar dicha fisiología y desencadenar una progresión psicológica y social de la enfermedad.

Durante el periodo de mantenimiento, la principal causa de recaída suele ser la incapacidad para mantener un programa de recuperación o hacer una transición importante en el estilo de vida.

Los adictos en recuperación pueden utilizar los estilos de afrontamiento de forma ineficaz al intentar evitar situaciones estresantes, especialmente si no están manejando adecuadamente sus mecanismos de defensa. Esto puede llevarlos a crear una zona de confort en la que no tienen que lidiar con el estrés, tal como lo señala Gorski (1992, 1989). Sin embargo, si su mecanismo de defensa racionaliza su comportamiento, es probable que caigan en una recaída y vuelvan a consumir drogas. Por lo tanto, es importante que los adictos en recuperación aprendan a manejar sus mecanismos de defensa de manera efectiva y desarrollen estrategias de afrontamiento saludables para enfrentar situaciones estresantes sin recurrir al uso de drogas.

El afrontamiento es un proceso adaptativo mediante el cual los individuos hacen frente a situaciones estresantes y problemas emocionales. Según investigaciones previas, el afrontamiento eficaz depende en gran medida de la percepción del individuo acerca del control que tiene sobre la situación y su capacidad para afrontarla (Solano, 2017). En este sentido, se ha observado que los adictos reincidentes pueden preferir un estilo de afrontamiento evitativo cuando sienten que los problemas están fuera de su capacidad de control. Sin embargo, es

importante tener en cuenta que este tipo de estrategia puede magnificar los problemas, incluso aquellos de menor complejidad, y generar mayores niveles de estrés (Gorski, 1992).

De acuerdo con (Gorski, 2001) la negación es una parte fundamental del problema de la adicción, y los individuos que luchan contra la adicción suelen ser hábiles en la defensa de su comportamiento de consumo de drogas, lo que conduce a una distorsión de la realidad. Estas racionalizaciones, a menudo utilizadas por los adictos en recuperación para justificar su recaída, ilustran cómo los mecanismos de defensa inmaduros de negación y racionalización se convierten en patrones de estilo defensivo que sostienen la adicción, a menudo sin la conciencia de la presencia de la negación.

La justificación teórica de este estudio se debe a su enfoque sistemático y objetivo para abordar una problemática de gran relevancia. Su propósito es responder a una interrogante que aclare la incertidumbre actual en el conocimiento. A través del análisis y la interpretación de datos empíricos, Se ha comprobado la asociación entre la evaluación de la capacidad de hacer frente a situaciones y la probabilidad de sufrir una recaída en personas adultas que están en tratamiento en una residencia, lo cual es significativo ya que hay escasos estudios sobre esta relación en nuestro medio. Además, este estudio estimula una mayor reflexión y debate académico sobre los constructos estudiados, al comparar datos empíricos con prototipos teóricos y posiblemente agregar o modificar conocimientos existentes

Los resultados obtenidos en la investigación podrían ser de gran utilidad para desarrollar programas de tratamiento de drogas más efectivos y adaptados a las necesidades individuales de los pacientes, tomando en consideración los diversos estilos de afrontamiento que éstos presentan. Además, podría contribuir a identificar oportunamente los factores que aumentan el riesgo de recaída y cuales se relacionan con un estilo de afrontamiento menos

efectivo. Esto puede ser especialmente útil para implementar medidas preventivas específicas en aquellos pacientes que presenten factores de riesgo más elevados. Además, los resultados del estudio podrían servir para orientar a los profesionales de la salud que trabajan en el campo de las adicciones acerca de qué habilidades de afrontamiento son más efectivas en la prevención de la recaída. De esta forma, podrían enfocar sus esfuerzos en desarrollar intervenciones específicas que fomenten el desarrollo de habilidades de afrontamiento eficaces en los pacientes.

1.1. Formulación del problema

Teniendo en cuenta el análisis previo de la situación problemática y las variables de investigación, se ha establecido la siguiente formulación del problema principal: ¿Cuál es la relación entre la estimación del afrontamiento y el riesgo de recaída en adultos con dependencia a drogas pertenecientes a comunidades terapéuticas de la región metropolitana de Lima? También se formularon las siguientes *preguntas específicas* para el estudio: (1) ¿Cuál es la relación entre el estilo de *afrontamiento orientado a la tarea* y el riesgo de recaída en personas con dependencia a drogas en comunidades terapéuticas de la región metropolitana de Lima? (2) ¿Cuál es la relación entre el enfoque de afrontamiento *enfocado en aspectos sociales y emocionales* y el riesgo de recaída en adultos con dependencia a drogas en comunidades terapéuticas de la región metropolitana de Lima? (3) ¿Cuál es la relación entre el enfoque de afrontamiento *evitativo* y el riesgo de recaída en adultos con dependencia a drogas en comunidades terapéuticas de la región metropolitana de Lima?

1.2. Objetivos

Con el fin de abordar estas cuestiones, se estableció el siguiente objetivo general: Determinar la relación entre los estilos de afrontamiento y el riesgo de recaída en adultos con

dependencia a drogas pertenecientes a comunidades terapéuticas de la región metropolitana de Lima. De manera análoga, se formularon los siguientes *objetivos específicos*, que complementan y profundizan el objetivo general: (O₁) Determinar la relación entre el estilo de afrontamiento orientado a la tarea y el riesgo de recaída en adultos con dependencia a drogas pertenecientes a comunidades terapéuticas de la región metropolitana de Lima. (O₂) Determinar la relación entre el estilo de afrontamiento enfocado en aspectos sociales y emocionales y el riesgo de recaída en adultos con dependencia a drogas pertenecientes a comunidades terapéuticas de la región metropolitana de Lima. (O₃) Determinar la relación entre el estilo de afrontamiento evitativo y el riesgo de recaída en adultos con dependencia a drogas pertenecientes a comunidades terapéuticas de la región metropolitana de Lima.

1.3. Hipótesis

Teniendo en cuenta el enfoque y el alcance del presente estudio, se formuló la siguiente hipótesis general, que busca responder al problema central y orientar la investigación hacia la obtención de resultados significativos: (H_i) Existe relación entre la estimación de afrontamiento y el riesgo de recaída en adultos con dependencia a drogas pertenecientes a comunidades terapéuticas de la región metropolitana de Lima. Además, se propusieron *hipótesis particulares* para abordar aspectos más específicos del estudio; (H₁) Existe relación entre el estilo de afrontamiento *orientado a la tarea* y el riesgo de recaída en adultos con dependencia a drogas pertenecientes a comunidades terapéuticas de la región metropolitana de Lima. (H₂) Existe relación entre el estilo de afrontamiento *orientado a lo social / emocional* y el riesgo de recaída en adultos con dependencia a drogas pertenecientes a comunidades terapéuticas de la región metropolitana de Lima. (H₃) Existe relación entre el estilo de afrontamiento evitativo y el riesgo de recaída en adultos con dependencia a drogas pertenecientes a comunidades terapéuticas de la región metropolitana de Lima.

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

De acuerdo con el enfoque metodológico, el presente estudio fue cuantitativo, dado que se siguió una perspectiva analítica y procedimientos ordenados, por ello se recopiló datos con el objetivo de medir los constructos a través del análisis estadístico para finalmente contrastar las hipótesis de investigación (Hernández y Mendoza, 2018).

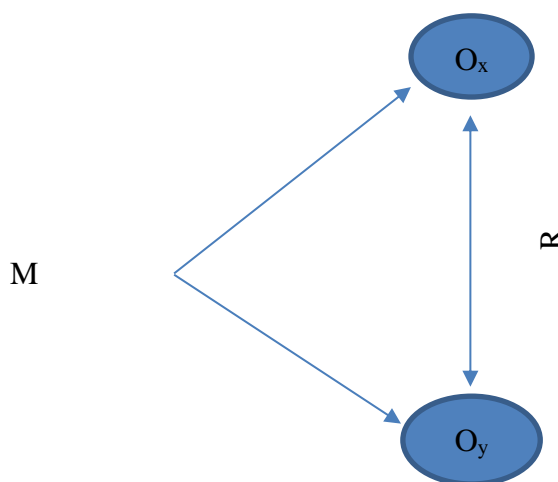
El diseño fue no experimental, puesto que las variables de este estudio no fueron manipuladas deliberadamente, así como tampoco se expuso a los participantes a circunstancias ni variables extrañas, por el contrario, se buscó observar los fenómenos en su contexto natural, sin alterar la realidad (Hernández y Mendoza, 2018).

Además, por su dimensión temporal fue de corte transeccional o transversal, debido a que tuvo como finalidad recolectar información en un tiempo determinado y entorno específico (Hernández y Mendoza 2018).

Finalmente, este estudio se realizó con un alcance correlacional, dado que, se enfocó en medir asociación entre dos variables y su fin fue identificar el grado de correlación. De acuerdo con Sanchez et al., (2018) el diseño correlacional implica la formulación de una hipótesis que postula una relación estadística entre dos variables, y la técnica de correlación se utiliza para verificar dicha hipótesis.

En cuanto a las investigaciones que utilizan el enfoque correlacional, Charaja (2004) nos presenta el siguiente esquema.

Figura 1
Diseño de contrastación



Nota. M : Drogodependientes en proceso de rehabilitación de lima metropolitana, O_x: Estimación afrontamiento, O_y: El riesgo de recaída, R: Relación entre las variables.

La población analizada comprendió aproximadamente 500 individuos de ambos sexos, quienes se encontraban en tratamiento residencial a causa de trastornos mentales y conductuales originados por el uso de sustancias psicoactivas (CIE 10: DEL F10 AL F19). Estos participantes pertenecían a ocho comunidades terapéuticas situadas en el área metropolitana de Lima. Es importante destacar que, dado que estos individuos se encuentran en una situación de salud vulnerable, resulta esencial resguardar su privacidad y prevenir cualquier forma de estigmatización. Asimismo, las entidades involucradas en este estudio poseen políticas de confidencialidad que aseguran la protección de la privacidad de sus residentes.

En relación a la muestra, se obtuvo mediante el método de muestreo no probabilístico por conveniencia, de acuerdo con Otzen y Manterola (2017), los sujetos que participaron en el estudio pasaron por un proceso de selección en base a la proximidad o accesibilidad y la intencionalidad del investigador.

A continuación, se describen los criterios de inclusión que fueron propuestos por el investigador y se aplicaron en el proceso de selección de la muestra: Se consideraron aquellos residentes que contaban con un diagnóstico en el rango de códigos F10-F19, correspondiente a trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas. Además, debían estar ingresados en comunidades terapéuticas de Lima. Asimismo, los individuos debían aceptar voluntariamente su participación en el estudio, lo cual implicaba firmar el consentimiento informado y completar la encuesta.

Los criterios de exclusión que se consideraron en este caso incluyeron pacientes sin un diagnóstico confirmado de dependencia a drogas o sustancias psicoactivas. Además, se excluyeron individuos en tratamiento por otras condiciones psiquiátricas o neurológicas que pudieran interferir en la evaluación de la dependencia a drogas. Asimismo, se descartaron aquellos bajo la influencia de sustancias psicoactivas o fármacos en el momento de la evaluación o participación en el estudio. También se tuvo en cuenta la falta de disposición o incapacidad para firmar el consentimiento informado y se excluyeron a sujetos analfabetos o con limitaciones en la comunicación que impidieran su adecuada participación en el estudio.

La muestra de estudio se compuso de 216 individuos, hombres y mujeres, con dependencia a drogas, siendo la mayoría de ellos hombres (89%). El rango de edades de los participantes osciló entre los 18 y los 71 años, con una edad promedio de entre 18 y 22 años. La mayoría de los participantes (39%) contaba con educación secundaria completa y buscaban

tratamiento residencial en diferentes comunidades terapéuticas (CT) ubicadas en Lima, las cuales están afiliadas a la ACTP y operan bajo la supervisión formal del MINSA con el objetivo de rehabilitar el diagnóstico F10-F19.

Por otro lado, se empleó la técnica evaluación psicológica, la cual consiste en utilizar una serie de métodos, incluyendo pruebas psicométricas y medidas psicológicas con el fin de recabar información objetiva y fiable de los procesos psicológicos y del comportamiento humano (Cohen y Swerdlik, 2018). A su vez, para la recopilación de información se aplicó la técnica de la encuesta directa, personal y orientada a una muestra de sujetos, que se presume representativa de un colectivo más amplio, mediante la administración de un instrumento estandarizado cuyo propósito es medir magnitudes sobre las características objetivas de la muestra (Hernández y Mendoza, 2018).

Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE)

Para medir la variable estilos de afrontamiento se empleó el instrumento elaborado por Carver et al., (1989) Cuestionario de Estimación del Afrontamiento COPE, la cual es una prueba multidimensional que examina los diferentes estilos de afrontamiento que usan las personas frente a situaciones de estrés.

Este cuestionario presenta dos versiones distintas de aplicación. Por un lado, la versión original del COPE tiene 52 reactivos que se distribuyen en 13 dimensiones, las cuales son estrategias de afrontamientos específicas que se utilizan ante circunstancias estresantes: búsqueda de apoyo social por razones emocionales, desentendimiento mental, planificación, desentendimiento conductual, afrontamiento activo, negación, enfocar y liberar emociones, supresión de actividades en competencia, restricción del afrontamiento, reinterpretación

positiva y crecimiento, búsqueda de apoyo social por razones instrumentales y acudir a la religión

El instrumento puede aplicarse en personas con 16 años o más tanto de manera colectiva como individual durante 20 minutos aproximadamente. La escala de respuesta fue tipo Likert desde Casi nunca hago esto (1) hasta Hago esto con mucha frecuencia (4) y la calificación puede oscilar entre 60 a 240.

En cuanto a la adaptación peruana, Solano (2017) evaluó la validez del COPE mediante un análisis factorial exploratorio, mediante esta técnica se corroboró la pertinencia de la aplicación de la misma, puesto que se encontraron niveles apropiados KMO (0.798), χ^2 (8529.48), p (0.01) o $p < 0.01$ y gl (1770). Mientras que, el coeficiente de Alfa de Cronbach alcanzó valores entre 0.45 y 0.92 para los diversos estilos de afrontamiento. De manera que, se observa que el instrumento presenta valores con confiabilidad aceptable por encontrarse en el rango de 0.7 y 0.9 (Oviedo y Campo, 2005), asimismo alcanza una confiabilidad moderada (Ruiz, 2002).

Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0

Se ha desarrollado una herramienta útil llamada Escala de Señales de Recaída AWARE 3.0 (The AWARE Questionnaire), que se encuentra en su tercera versión basada en el uso continuo (Miller et al., 1996). Esta prueba permite medir el nivel de riesgo de recaída en adicciones, debido a que genera un enfoque basado en evidencias.

Los signos de advertencia de recaída de Gorski son 37 y se desarrollaron originalmente como resultado de entrevistas clínicas con 117 pacientes conducidas por Gorski; en los análisis posteriores, refinamos la escala de su versión original de 37 ítems a la escala actual de 28 ítems (versión 3.0) (Miller & Harris, 2000). El instrumento puede aplicarse en adultos durante un

periodo de 15 minutos. Además, la escala de respuesta fue tipo Likert desde Nunca (1) hasta Siempre (7). La puntuación se obtuvo a través de la suma de todos los ítems, no obstante, los reactivos (8, 14, 20, 24) se invirtieron para su calificación, dado que fueron inversamente proporcional. De ahí que, se obtuvo puntuaciones entre 28 y 196. Mientras que la interpretación de los resultados consistió en mayor puntuación mayor señal de advertencia de una recaída.

Por su parte, Solano y Lopez (2017) revisaron las propiedades psicométricas del AWARE en una investigación con baremos para población de drogodependientes. Evaluaron a 240 sujetos en tratamiento residencial entre 18 y 61 años. El análisis de confiabilidad obtuvo ($\alpha = .934$). Se observa que el instrumento presenta valores que alcanza una confiabilidad aceptable por encontrarse en el rango de 0.7 y 0.9 (Oviedo y Campo, 2005), asimismo alcanza una confiabilidad moderada (Ruiz, 2002). En relación con la validez de contenido, de acuerdo con el coeficiente V de Aiken, se lograron valores máximos de 1.00 y mínimos de 0.80, lo que sugiere que todos los ítems del cuestionario se mantienen adecuados. Se logró el índice binomial ($p < 0.05$), lo que demuestra que existe acuerdo entre los jueces. Por lo tanto, la prueba compuesta por 28 ítems posee validez de contenido (Solano y Lopez, 2017).

En relación a los procedimiento de recolección de datos, en vista que las comunidades terapéuticas establecen acuerdos de confidencialidad con sus pacientes y se rigen por procedimientos que aseguran el bienestar de todos sus usuarios fue necesario brindar una serie de datos adicionales para poder contactarlos y coordinar el apoyo a la presente investigación.

En primer lugar, se envió los oficios de presentación de la investigación dirigidas a los directores de las Comunidades terapéuticas elegidas, en dicho documento se les explicó el objetivo del estudio, los instrumentos a aplicar, la modalidad de aplicación y el tiempo que se requirió; después, se estableció la fecha para las evaluaciones en dichas instituciones.

Luego, se llevó a cabo la coordinación con el personal técnico para que brinden apoyo logístico, como la gestión de los horarios y el espacio para la aplicación de los instrumentos.

Se reunió a los residentes y se procedió a explicarles en qué consistía los cuestionarios, seguidamente se efectuó la administración de la encuesta de forma colectiva, cabe señalar que en cada institución se aplicó en grupos de 25 pacientes internados. Cada participante accedió a firmar el documento informado de su consentimiento, el cual garantiza la credibilidad de la información suministrada, acto seguido, se entregó la ficha de datos sociodemográficos y las dos pruebas psicológicas durante aproximadamente 30 minutos. Luego, se revisó que todas las encuestas se encuentren completas de forma correcta.

En relación al procedimiento de análisis de datos, se inició con la elaboración de una matriz en el programa de Microsoft Excel versión 2019, donde se realizó la codificación de los datos, que consiste en verificar los cuestionarios para retirar aquellos incompletos y/o erróneamente llenados; seguidamente se asignó un número a cada uno de los cuestionarios para su identificación y se calificó las pruebas de forma ordenada y sencilla.

Luego, se exportó la base al programa estadístico SPSS versión 22 para el análisis respectivo con relación a los objetivos e hipótesis de investigación. Esta herramienta informática permitió realizar el análisis descriptivo a través de la presentación de los resultados en tablas de frecuencia, porcentajes y niveles.

A continuación, se efectuó el contraste de normalidad por medio de la prueba de Kolmogorov - Smirnov con el fin de saber el tipo de distribución de los datos, los resultados de dicho proceso determinaron que los niveles de significancia del estilo de afrontamiento dirigido a la tarea y estilo de afrontamiento social-emocional son mayores a (0.05) indican que presentan una normal distribución de la muestra a diferencia de la estrategia Afrontamiento

evitativo cuyo grado de significancia fue por debajo a (0.05). Respecto al análisis de la normalidad del AWARE, se encontró un menor grado de significancia de (0.05), demostrando una distribución no normal. Según estos resultados para el análisis inferencial se tuvo que recurrir a estadísticos de tipo no paramétricos. De ahí que, para identificar el grado de relación entre los estilos de afrontamiento y el riesgo de recaída se utilizó el estadístico Rho de Spearman, teniendo como base las pruebas de significancia para la interpretación correspondiente de los resultados ($p=0.05$).

De acuerdo a los aspectos éticos, este estudio se desarrolló bajo el Código de ética del investigador científico (UPN, 2016), la cual se encuentra en su tercera versión y está admitido por la resolución N° 104-2016-UPN-SAC. Cabe resalta que, se cumplió con las disposiciones del segundo capítulo: Deberes de los investigadores. El artículo 1°: Respeto a la autonomía describe que, se tuvo que proteger la autonomía del sujeto y de aquellos que son vulnerables, por ello se necesitó la autorización a través de un documento donde se ratifique formalmente el consentimiento para poder colaborar con la presente investigación.

Asimismo, en el artículo 2°: Beneficencia refiere que, durante todo el proceso de investigación, se tuvo que informar y preservar los derechos de los individuos que formaron parte del proyecto para salvaguardar su integridad. El artículo 3°: Responsabilidad hace hincapié, al respeto de la propiedad intelectual, por lo que se tuvo que citar y colocar su respectiva referencia en formato APA a todos aquellos autores o fuentes que se utilizaron en el proceso. El artículo 5°: Integridad científica alude que, se tuvo que guardar la información recopilada de los participantes en completa reserva, garantizando la confidencialidad de los datos personales y resultados obtenidos.

Por otro lado, se consideró las normas establecidas en el Código de Ética y Deontología (Colegio de Psicólogos del Perú, 2018), el cual fue aprobado con la Ley N°30702, bajo la resolución N° 190-2018-CDN-C.P

CAPÍTULO III: RESULTADOS

Esta sección brinda conocimiento sobre los resultados obtenidos en esta investigación según los objetivos establecidos:

Tabla 1

Relación entre la estimación de afrontamiento y el riesgo de recaída en adultos drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana

	Riesgo de recaída		
	n	Rho	p
Estimación de afrontamiento	216	-.279**	.000

Los resultados presentados en la Tabla 1 indican que se encontró una correlación negativa y significativa entre la estimación de afrontamiento y el riesgo de recaída ($p=.000$; $\rho=-.279^{**}$), con una magnitud débil de acuerdo con Hernández-Sampieri et al. (2017). Esto implica que a medida que aumenta la estimación de afrontamiento, disminuye el riesgo de recaída en los participantes del estudio.

Tabla 2

Relación entre las dimensiones de estimación de afrontamiento y riesgo de recaída en adultos drogodependientes

	Riesgo de recaída		
	n	Rho	p
Afrontamiento orientado al problema	216	-.279**	.000
Afrontamiento social/emocional	216	.035	.606
Afrontamiento evitativo	216	.680**	.000

Para analizar los objetivos específicos se optó por utilizar el método estadístico de correlación no paramétrica, rho de Spearman, con un nivel de confianza del 95%, los hallazgos arrojaron un valor de $p=.000$ y $\rho=-.279^{**}$, que corresponde a una correlación significativa, negativa débil entre la dimensión afrontamiento orientado al problema y el riesgo de recaída (Hernández-Sampieri et al., 2017), por lo tanto, si la variable afrontamiento orientado al problema aumenta por el contrario el riesgo de recaída disminuye.

También, se evidencia una correlación significativa, positiva media (Hernández-Sampieri et al., 2017) entre el riesgo de recaída y el afrontamiento evitativo ($p=.000$; $\rho=.680^{**}$), por lo tanto, si la variable afrontamiento evitativo aumenta de la misma manera sucederá con el riesgo de recaída.

Finalmente, se encontró que no existe correlación entre la dimensión afrontamiento social/emocional y riesgo de recaída ($p>0.05$).

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre los estilos de afrontamiento y el riesgo de recaída en adultos con dependencia a drogas pertenecientes a comunidades terapéuticas de la región metropolitana de Lima, los resultados señalaron que el valor $p < \alpha$, dónde $p = .000$ y el coeficiente de correlación de $\rho = -.279^{**}$ con una magnitud débil (Hernandez – Sampieri et al., 2017), lo que significa que a medida que aumenta el valor de la estimación de afrontamiento, menor será el valor de la variable riesgo de recaída. Al respecto, Solano (2017) analizó una muestra conformada por adultos drogodependientes y halló resultados muy similares ($p < \alpha$), dado que concluye que existe una relación significativa entre las dimensiones de ambos constructos. El resultado anterior se explica a partir del modelo de la recuperación relacional de Gorski (2013), quien sostiene que la adicción es una enfermedad primaria que afecta al cerebro y que las personas adictas experimentan dificultades para manejar sus emociones. Por ende, tienden a recurrir a sustancias adictivas como mecanismo de afrontamiento. Además, las personas con adicciones suelen utilizar estrategias de afrontamiento ineficaces, como la evitación o la negación, en lugar de enfrentar los problemas de manera efectiva. Dichas estrategias ineficaces de afrontamiento pueden propiciar una recaída, dado que no abordan las causas fundamentales del consumo de drogas ni resuelven los problemas emocionales subyacentes. Considerando lo anteriormente señalado, el afrontamiento y el riesgo de recaída están fuertemente influenciados por las relaciones del individuo con su entorno social y por la calidad de estas relaciones. En este sentido, se ha identificado que las personas en tratamiento por adicción tienen una mayor probabilidad de recaída si carecen de apoyo social y emocional adecuado durante su proceso de recuperación. El afrontamiento de situaciones estresantes se ve afectado por la presencia o ausencia de redes de apoyo social, incluyendo amigos, familiares

y otros individuos en recuperación. La falta de apoyo social puede llevar a un aumento del estrés y a la incapacidad de manejar las situaciones desafiantes, lo que aumenta el riesgo de recaída. Además, el modelo de la Recuperación Relacional también destaca la importancia de las relaciones terapéuticas en el proceso de recuperación. El establecimiento de una relación terapéutica sólida y positiva con el terapeuta o consejero puede aumentar el afrontamiento efectivo de las situaciones estresantes, lo que a su vez reduce el riesgo de recaída.

Al analizar los objetivos específicos, se halló una correlación significativa, negativa y de magnitud débil entre riesgo de recaída y estilo centrado en la tarea. Estos resultados concuerdan con los hallazgos de Solano (2017) y Tarzan (2017) y con lo expuesto por Folkman y Lazarus (1988), donde señalan que la manera más adecuada para afrontar circunstancias que conllevan riesgo de consumir sustancias psicoactivas incluye aquellas estrategias que impliquen pensar en cómo manejarse frente al estresor, así como concentrarse en el problema. Además, destaca que el empleo de esta modalidad ayuda a la integración en la sociedad y a tener una sensación de poder sobre las exigencias del entorno. Adicionalmente, desde el modelo de la recuperación relacional de Gorski (1982) los pacientes diagnosticados con un consumo problemático de drogas se ven afectados a nivel físico, emocional, espiritual y mental, asimismo, la recuperación no solo se enfoca el mantener la abstinencia o dejar de consumir, sino también, desarrollar estrategias de afrontamiento enfocadas en resolver adecuadamente las situaciones problemáticas y desafiantes. Lo que implica que, el paciente en recuperación en una comunidad terapéutica debe desarrollar habilidades que le permitan ser capaz de identificar y manejar estímulos de riesgo que puedan aumentar la posibilidad de su recaída.

En relación con la asociación entre estilo evitativo y el riesgo de recaída se encontró que existe evidencia estadística que señala que ambos constructos tienen una correlación significativa, negativa, de magnitud media, tal resultado se asemeja a lo encontrado por Solano (2017). Para entender este hallazgo el modelo de la recuperación relacional de Gorski (1982) explica que si una persona en recuperación en una comunidad terapéutica tiene un estilo de afrontamiento evitativo, se encuentra más propenso a enfrentar dificultades que pueden desencadenar el retorno de patrones de consumo de drogas en el consumo de sustancias o comportamientos adictivos. Además, el evitar enfrentar problemas y emociones difíciles puede obstruir el desarrollo de habilidades necesarias para manejar efectivamente situaciones problemáticas y resolver problemas

También, el propósito de esta investigación fue determinar la relación entre afrontamiento social/ emocional y el riesgo de recaída, los resultados señalan que no existe correlación. De tal modo, que estos resultados se ajustan a lo expuesto encontrado por Solano (2017). Esto puede explicarse debido a que la recuperación de la adicción implica trabajar en la autoestima y en la capacidad para establecer relaciones saludables, lo que puede ser aprendido a través de diversas terapias y programas en una comunidad terapéutica. Las personas en tratamiento por adicciones aprenden a manejar sus emociones y a establecer relaciones más saludables con otros, lo que disminuye el riesgo de recaída, independientemente de su estilo emocional/social previo (Gorski y Miller, 1982). Por otro lado, de acuerdo con Lazarus y Folkman (1988) sostienen que, los estresores pueden ser los mismos para los pacientes, pero cada sujeto percibe y afronta de manera diferente. En efecto, la respuesta emocional y conductual de una persona a una situación estresante no está determinada por su estilo emocional/social per se, sino por su evaluación y afrontamiento de la situación en cuestión. Un paciente con un estilo emocional/social más positivo puede

experimentar una situación estresante de la misma manera que un paciente con un estilo más negativo, pero lo que diferencia a ambos es la forma en que cada uno afronta la situación.

En relación a las implicancias, este estudio proporciona información valiosa sobre los factores de riesgo y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los drogodependientes en las comunidades terapéuticas. Este conocimiento puede ser útil para diseñar intervenciones específicas y personalizadas que aborden las necesidades individuales de cada paciente. Adicionalmente, contribuye a generar conciencia sobre la importancia de abordar la problemática de la drogodependencia y la necesidad de brindar apoyo adecuado a quienes enfrentan este problema. Además, puede ayudar a reducir el estigma asociado a la drogodependencia al enfocarse en las estrategias de afrontamiento y la prevención de recaídas en lugar de centrarse únicamente en los aspectos negativos de la dependencia a sustancias.

Las limitaciones del presente estudio radican en que la baja cantidad de estudios previos realizados en nuestra región acerca de ambos constructos en sujetos adultos que llevan tratamiento residencial. También se presentó una limitación durante el proceso de selección de la muestra, debió recurrir al muestreo no probabilístico debido a la dificultad que representa el acceso a toda la población que se encuentra en proceso de rehabilitación. Dado que estas instituciones privadas guardan con recelo el ingreso a sus instalaciones y la confidencialidad de sus usuarios. Por lo tanto, los resultados del estudio pueden no ser generalizables a toda la población adicta, sino sólo a la muestra estudiada. Otra limitación importante radica en que la muestra no es heterogénea en cuanto a la cantidad de participantes varones y mujeres. En muchos casos, los programas de tratamiento y las comunidades terapéuticas están diseñados para hombres.

Después de realizar el análisis correspondiente y exponer los resultados obtenidos, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

Se puede concluir que en adultos drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana , existe una relación significativa y débilmente negativa entre la estimación del afrontamiento y el riesgo de recaída, lo que sugiere que cuanto más alta sea la estimación de afrontamiento, menor será el riesgo de recaída.

Se encontró una relación positiva media entre el estilo de afrontamiento evitativo y el riesgo de recaída, lo que sugiere que su mayor uso está asociado con un mayor riesgo de recaída.

Referencias

- Abramonte, K.(2019). *Motivación al cambio y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur*. (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma del Perú, Lima, Perú.
<https://hdl.handle.net/20.500.13067/843>
- Aleixandre, N., & Mallorca, P. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*, 1 (6).
<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/391>
- Alma, R., Reynaga, G., Icaza, M., Tapia, A., Rodas, L., & Rey, G. (2015). Estilos de afrontamiento a la “obsesión mental por beber” (craving) en bebedores en proceso de recuperación, *Adicciones*,38 (3), 177–183. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=60134>
- Álvarez, A. (2011). El proceso de recaída en el alcoholismo. *Revista del hospital psiquiátrico de La Habana*, 8(2). <http://www.revistahph.sld.cu/hph0211/hph12211.html>
- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson (original 2000).
- Arango, J. (2018). *Consumo De Drogas Y Estrategias De Afrontamiento Al Estrés En Estudiantes De Una Universidad Privada De Lima Sur*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Autónoma Del Perú, Lima, Perú.
<https://hdl.handle.net/20.500.13067/661>

- Baessler, J. y Schwarcer, R. (1996). "Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia Genera" l. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8
- Bandura, A. (1984). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid, Espasa-Calpe. Barcelona: Zambon Group.
- Bardales, C., & Perez, C. (2016). Afrontamiento al Estrés: Adaptación del Cuestionario COPE en Universitarios de Lima Stress Coping: Adaptation of the Questionnaire COPE in University Students of Lima Resumen, *Rev. Salud clínica*, 2, 95–109. <https://doi.org/10.21865/RIDEP42>
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/Bases_cientificas.pdf
- Becoña, E. y Calafat, A. (2006). *Los jóvenes y el alcohol*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. y Cortés, M. (2011). *Manual de Adicciones para psicólogos especialistas en*
- Blanco, T., & Jiménez, S. (2015). Factores de riesgo que influyen en la recaída de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. *Revista Costarricense de Psicología*, 34(2), 147–157. <https://doi.org/10.22544/rcps.v34i02.07>
- Blasco, J., Martínez, J., Carrasco, E., & Didia, J. (2008). Atención y craving o ganas compulsivas. Avances en su conceptualización y su implicación en la prevención de recaídas. *Adicciones*, 20(4), 365–376. <https://doi.org/10.20882/adicciones.259>

Buela, G., Caballo, V. (1991). *Manual de psicología clínica aplicada*. Siglo XXI editores.

Madrid

Cáceres, E. (2016). *Factores de personalidad y estrategias de afrontamiento en Jóvenes consumidores de marihuana*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Peru. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/7165>

Calafat, A. (2006). *La vida sin drogas*. Vigo: Nova Galicia Edicións

Canelo, G. & Serpa, A. (2018). Análisis confirmatorio del instrumento Afrontamiento al Estrés (COPE) en mujeres con violencia en relación de pareja. *Revista de Investigación en Psicología*, Vol. 21 - N.º 1 - 2018, pp. 79 – 86. DOI: <https://doi.org/10.15381/rinvp.v21i1.15114>

Carillo, S. (2016). *Reacciones Al Estrés y Estilos de Afrontamiento en pacientes con Depresión que acuden a una Institución De Salud Mental*. (tesis de maestría). Universidad De San Martín De Porres, Lima, Peru. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/1975>

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. Doi: 10.1037//0022-3514.56.2.267

Casas, M. y Gossop, M. (1993). *Tratamientos Psicológicos en drogodependencias: Recaída y Prevención de Recaídas*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

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.

<https://hdl.handle.net/20.500.12672/619>

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. DOI: 10.21865/RIDEP42_95

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. DOI: <https://doi.org/10.18800/psico.200302.006>

Casuso, L. (1996). *Adaptación de la prueba COPE sobre estilos de Afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima.*(Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima

Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (2018). *El Problema de las Drogas en el Perú 2018*. Lima: CEDRO. <http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/378/1/CEDRO.Problema%20de%20las%20drogas.2018.pdf>

Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (2018). *Epidemiología de drogas en población urbana peruana: encuesta en hogares*. Lima: CEDRO. <http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/361/3/CEDRO.Estudio%20EPI.2017.pdf>

- Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (2015). *El Problema de las Drogas en el Perú 2015*. Lima: CEDRO.
http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/201/3/El_problema_de_las_Drogas.%C3%BA%20ver.pdf
- Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (2013). *Epidemiología de drogas en población urbana del Perú*. Monografía de Investigación No. 26. Lima: CEDRO.
- Charaja, F. (2004). *Investigación científica* (Segunda edición ed.). Puno-Perú: Nuevo mundo.
- Chau, C. (1999). Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios: Motivaciones y estilos de afrontamiento. Persona. *Revista de la Facultad de Psicología*. Universidad de Lima, 2, 121-161 DOI: <https://doi.org/10.26439/persona1999.n002.702>
- Chau, C. (2004). *Determinants of alcohol use among university students. The role of stress, coping and expectancies*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- Chipana, F. (2016). *Afrontamiento y espiritualidad en adultos varones pertenecientes a alcohólicos anónimos*. (Tesis de grado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/7707>
- Cieza, S. y Meléndez, L. (2013). *Modos de afrontamiento y soporte social en adictos de un centro de rehabilitación*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Señor de Sipán, Chiclayo, Perú. <https://hdl.handle.net/20.500.12802/1580>

Comas, D. (2008). La metodología de Comunidad Terapéutica. Una apuesta de futuro.

Revista Española de Drogodependencias.

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Organización de los Estados Americanos (OEA), *Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019*, Washington, D.C., 2019.

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA). *IV Encuesta Nacional de Prevención y Consumo de Drogas 2018*. Lima, Perú; DEVIDA; 2018.

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA). *Encuesta nacional sobre el consumo de drogas en adolescentes infractores del poder judicial*. Lima, Perú; DEVIDA; 2013.

Cortés, M. y Pascual, F. (2005). *Incumplimiento de Propósitos en Drogodependencias*. Barcelona: Radom House Mondadori.

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. <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. <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/6470>

- 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 DOI:10.1016/s0740-5472(00)00124-0
- Del Aguila, D. (2016). *Afrontamiento y satisfacción con la vida en relación al consumo de sustancias de jóvenes universitarios*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú
<http://hdl.handle.net/20.500.12404/7317>
- Dutra L., Callahan K., Forman, E. y Herman, M. (2008) Core Schemas and Suicidality in a Chronically Traumatized Population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 196(1):71. doi: 10.1097/NMD.0b013e31815fa4c1. PMID: 18195645.
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Espina, M, y Calvete, E. (2017). Estilos de afrontamiento y generación de estrés interpersonal. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(1), 22-21-32. DOI: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.1.2017.16825>
- Fernández, P. (2010). *Estudio De Los Factores De Riesgo Y Protección Del Consumo De Sustancias En Adolescentes*. (Tesis Doctoral). Universidad de Alcalá. España, <http://hdl.handle.net/10017/9003>
- Fierro, A. (2017). *Estres, Afrontamiento y Adaptación*. Promolibro.
- Fiestas, F. y Ponce, J. (2012). Eficacia De Las Comunidades Terapéutica En El Tratamiento De Problemas Por Uso De Sustancias Psicoactivas: Una Revisión Sistemática. *Rev*

Peru Med Exp Salud Publica. Lima, Perú.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000100003

Finney, J. & Moos, R. (1992). The longterm course of treated alcoholism: predictors and correlates of 10-year functioning and mortality. *Journal of Studies of Alcohol*, 53, 142, 153.

Folkman, S. y Lazarus, R. (1988). Coping as a Mediator of Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, (54), 466-475.

Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping: Theoretical and research perspectives*. Londres: Routledge.

Galdós, J., & Sánchez, I. (2010). Relación del tratamiento por dependencia de la cocaína con los valores personales de apertura al cambio y conservación. *Adicciones*, 22(1), 51-58.

García, L. (10 de febrero del 2014). Solo 4 de los 400 centros para adictos a drogas tiene permisos. Diario El Comercio. <http://elcomercio.pe/sociedad/lima/solo-4-400-centros-adictos-drogas-tiene-permisos-noticia-1708412>

García, L., Oropeza, R., & Vázquez, F. (2006). Confiabilidad de la Entrevista de Recaídas para Usuarios de Sustancias Adictivas (ERSA). *Psicología Iberoamericana*. 17(2),41-48.

- García, L., Oropeza, R., & Vázquez, F. (2006). *Entrevista de recaídas en usuarios de sustancias adictivas*. (Tesis de Licenciatura). Facultad de Psicología, UNAM, México DF, México.
- Garzón, D. (2017). *Consumo de drogas en adolescentes, factores de riesgo relacionados con recaídas estudio a realizar en el hospital Teodoro Maldonado Carbo, periodo 2016 -2017*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.
- Gastelumendi, C. (2010). *Afrontamiento y personalidad en un grupo de voluntarios de una institución de lucha contra la pobreza de Lima*. (Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica). Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Gómez, V. (2017). Richard Stanley Lazarus 1922-2002. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(1), 207-209.
- 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.
- Gorski, T. y Miller, M. (1986). *Staying sober: A guide for relapse prevention*. Missouri: Independence Press.
- Gossop, M. (ed.) (1989). *Relapse and addictive behavior*. Londres: Routledge.
- Graña, J. (1994). *Conductas adictivas: Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Madrid: Debate

- Grau, L., Roncero, C., Daigre, C., Gonzalvo, B., Bachiller, D., Rodriguez, L., Casas, M. (2012). Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones*, 24(2), 115–122
<https://doi.org/10.20882/adicciones.103>
- 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.
- Guevara, Gilmar (1996) La comunidad Terapéutica: Algunos aportes; *Revista Casamen*, Lima.
- Gutiérrez, R., Medina, M., Jiménez, A., Casanova, L. & Natera, G. (2015). Estilos de afrontamiento a la “obsesión mental por beber” (craving) en bebedores en proceso de recuperación. *Salud Mental*, 38(3):177-183.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ta ed. México DF: McGraw Hill.
- Higgins, J., & Green, S. (2011). *Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones*. The Cochrane Collaboration.
- Horcajadas, A., Castillo, I., & Mangado, O. (n.d.). *Manual de psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*.
- Hunt, G y Azrin, N. (1973). A communityreinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 11(1), 91-104

- Jacobs, D.F. (1989). Illegal and undocumented: A review of teenage gambling and the plight of children of problem gamblers in America. En H. J. Shaffer; S. A. Stein; B. Gambino y T. N. Cummings (Eds.), *Compulsive gambling. Theory, research, and practice* (pp. 249-292). Lexington, MA: Lexington Books.
- Jiménez, C., Barrueco, M., Solano, S., Torrecilla, M., Domínguez, F., Díaz, J., et al. (2003). Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. *Archivos de Bronconeumología*, 39, 35-41
- Johnson, K., Pan, Z., Young, L., Vanderhoff, J., Shamblen, S., Browne T, Linfield, K., Suresh, G. (2003). *El éxito el tratamiento terapéutico de la droga en la comunidad en Perú: un estudio de resultados de seguimiento*. Instituto del Pacífico para Investigación y Evaluación, EE. UU.
- Jones, M. (1953). *The therapeutic community: A new treatment method in psychiatry*. New York Basic Books
- Kelly, J. F., Hoepner, B. B., Urbanoski, K. A., & Slaymaker, V. (2011). Predicting relapse among young adults: Psychometric validation of the advanced warning of relapse (AWARE) scale. *Addictive behaviors*, 36(10), 987-993. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.05.013
- Kerlinger, F. (1979). *Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento*. Mexico, D.F.: Nueva editorial Interamericana.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw-Hill.

Kobasa, S. (1981). Personality and constitution in the stress illness relationship, *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 368-378

Koob, G. (2003). Neuroadaptive mechanisms of addiction: studies on the extended amygdala. *European Neuropsychopharmacology*, 13, 442-452

Kovachevič MP, Pozgain I, Filakovič P, et al. (2018) Relationship between coping strategies and emotional intelligence among patients with schizophrenia. *Psychiatria Danubina* 30(3): 299–304. DOI: 10.24869/psyd.2018.299.

Lazarus, R. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of psychology*, 44, 1-21.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Lazarus, R. y Lazarus B. (2000). *Pasión y Razón: La comprensión de nuestras emociones*. Barcelona: Paidós.

Lima: Visión Universitaria.

Lizarraga, I. (2004). *Determinantes de recaída del dependiente a sustancias psicoactivas*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú

Llerena, E. (2015) *Consumo de drogas, percepción de riesgo y afrontamiento en soldados del Ejército*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Peru.

- Llorente, J; Fernández, C. (2002). Estudio de Evaluación: 10 años del Programa de Deshabitación de drogas en el C.T.M.E. de Foronda. Álava: Servicio Vasco de Salud y Hospital Psiquiátrico de Álava.
- López, J. (2005). *Evaluación de la eficacia de la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre de Navarra*. (Tesis de doctorado). Universidad Pública de Navarra.
www.proyctohombrenavarra.org/07documentacion/tesisjope.pdf
- López-Durán, A. y Becoña, E. (2006). El craving en personas dependientes de la cocaína. *Anales de Psicología*, 22, 205-211
- Manso, M., Martínez, A. Osua, C., Retegi, A., Suárez, S. (2014). Estrés y Estrategias de Afrontamiento. http://www.sc.ehu.es/ptwpefej/docencia/asesoramiento%20psicologico/trabajos/4_estres_estrategias_afrontamiento.pdf
- Marbella, A. & Acepsa, A. (2013). Variables predictivas de la alta terapéutica entre pacientes con patología dual grave atendidos en una comunidad terapéutica de drogodependencias con unidad psiquiátrica, *Adicciones*, 25, 300–308.
- Marlatt, G. & Gordon, J. (1985). Relapse prevention: *Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. (pp.137-160). Sitges: Ediciones en Neurociencias
- Martínez, E. (2009). *Prevención de recaídas: Un libro de herramientas para la recuperación*. Bogotá: Colectivo Aquí y Ahora.

- Mayhua, Y. (2016). *Tipos De Familia Y Estilos De Afrontamiento En Los Residentes De La Comunidad Terapéutica Nuevo Amanecer Del Distrito De San Jerónimo Cusco*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Alas Peruanas, Lima, Peru.
- McCrae, R., & Costa, P. (1999). A *Five-Factor theory of personality*. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 139-153). New York, NY, US: Guilford Press.
- McKay, M., Davis, M. y Fanning, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca
- Miller, W. R. y Hester, R. K. (1980). Treating the problem drinker: Modern approaches. En W. R. Miller (Ed.), *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking, and obesity* (pp. 11-141). Oxford: Pergamond Press.
- Minedu, Devida, Onnud y Cedro (2004). *Estudio epidemiológico sobre el consumo de drogas en la población escolar de secundaria de menores-2002*.
- Monras, M., Mondon, S., Jou, J. (2010). Estrategias de afrontamiento en enfermos alcohólicos. Diferencias según el consumo de benzodiacepinas, los trastornos de la personalidad y el deterioro cognitivo. *Adicciones*, 22(3), 191-198.
<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/179/177>
- Morán, C., Landero, R. y González, M. (2009). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Univ. Psychol. Bogotá*, V.9, No. 2. PP. 543-552. ISSN 1657-9267

Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, A., Suárez, N., Infante, F. y Grotberg, E. (1998).

Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud,

Fundación W.K. Kellogg

National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2009). *Enfoques para el tratamiento de la drogadicción*. SAMHSA.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2018). *Informe Europeo Sobre drogas*. Lisboa: OEDT.

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.
<http://www.devida.gob.pe/2012/10/boletin-informativo-octubre-2012-ridet/>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] (2018). *Informe Mundial sobre drogas 2017*.
https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS] (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional De enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. 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 (2005). *Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas*. Washington D.C.: OPS.

Ortega, A., y Salanova, M. (2016). Evolución de los modelos sobre el afrontamiento del estrés: hacia el coping positivo. *AgoraSalut*, 3(30), 285-293.

Parsian, N. y Dunning, T. (2009). Developing and validating a questionnaire to measure spirituality: psychometric process. *Glob J Health Sci*;1(1):2-11.

Pearce, S. y Pickard, H. (2012). How therapeutic communities work: Specific factors related to positive outcome. En: *International Journal of Social Psychiatry*.

Pedrero, E., Puerta, C., Segura, I. y Martínez, S. (2004). Evolución de la sintomatología psicopatológica de los drogodependientes a lo largo del tratamiento. *Trastornos Adictivos*, 6, 174-189.

Pedrero, E., Rojo, G. y Puerta, C. (2008). Estilos de afrontamiento del estrés y adicción. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(4), 256-270.

Peña, E. (2016). *Estrés Laboral y Estilos de Afrontamiento en trabajadores administrativos de la Municipalidad de Lima Metropolitana, 2017*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Cesa Vallejo, Lima, Peru. Recuperado de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/3347>

Perea, J & Oñan, S. (2011). Impulsividad como predictor de recaída en el abandono de tabaco. *Anales de Psicología*, 27(1), 1-6.

- Petry, N., Alessi, S., Marx, J., Austin, M. y Tardiff, M. (2005). Vouchers versus prizes: Contingency management treatment of substance abusers in community settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73,1005-1014
- Poemape, L. (2018). *Trastornos de la personalidad en dependientes de alcohol y pasta básica de cocaína de un centro terapéutico de puente piedra*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Privada del Norte, Lima, Perú.
- Portilla, K. (2016). *Factores de riesgo de recaída en drogodependientes post desintoxicación hospitalaria en el Hospital Regional Docente de Trujillo, 2009 – 2013*. (tesis de maestría en salud pública). Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú.
- psicología clínica en formación*. Valencia: Socidrogalcohol. Recuperado de <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>
- 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.
- Saavedra, M. (2013). *Afrontamiento al estrés en consumidores de drogas internados en comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Federico Villareal. Lima, Peru.
- Sánchez, E., Secades, R., Gómez, F., Romaguera, F., García, O., Yanez, E., Fernández, G. (2010). Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína. *Adicciones*, 22(1), 59–64.

- Sánchez, H. y Reyes, C. (2006). *Metodología y diseño de la investigación científica*.
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2015). *Metodología y Diseños en la Investigación Científica*. Lima: Business Support Aneth SRL.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 141–157. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-65.pdf
- Secades, R. y Fernandez, J. (2013). Como mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*.12(2), 353-363. Recuperado de http://www.adicciones.es/ficha_art_new.php?art=322.
- Snyder, C. R. (1999). *Coping. The psychology of what works*. New York: Oxford University Press.
- Solano, C. & Copez-Lonzoy, A. (2017). Análisis preliminar del cuestionario señales de recaída (AWARE) en drogodependientes peruanos. *Interacciones*, 3(2), 87-93. doi: 10.24016/2017.v3n2.65
- 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, Lima, Peru. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/6629>
- 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.

Sutherland, I. y Shepherd, J. P. (2001). Social dimensions of adolescent substance abuse.”

Addiction, 96, 445-458.

Tamayo, M. (2004). *El proceso de la investigación científica*. Balderas, Mexico: Limusa.

Tarzan, B. & Benítez, T. (2017). El afrontamiento ante situaciones de riesgo de recaída en

poliadicotos adultos medios. *Santiago*, (142), 172+.

[https://link.gale.com/apps/doc/A534956254/IFME?u=egn&sid=googleScholar&](https://link.gale.com/apps/doc/A534956254/IFME?u=egn&sid=googleScholar&xid=98f5d555)

[xid=98f5d555](https://link.gale.com/apps/doc/A534956254/IFME?u=egn&sid=googleScholar&xid=98f5d555)

Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud*. México: Mcgraw-Hill/Interamericana Editores,

S.A. de C.V.

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of a definition. *Monographs*

of the Society for Research in Child Development, 59, 25-52.

Torrejón, C. (2011) *Estrés y afrontamiento en universitarios migrantes*. (Tesis para optar el

título de Licenciada en Psicología Clínica). Pontificia Universidad Católica del

Perú, Lima, Perú

Valderrama, S. (2013). *Pasos para elaborar proyectos de Investigación Científica* (2ª ed.).

Lima: San Marcos.

Valles, V. (2018). Autoeficacia y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades

terapéuticas. *Acta psicológica peruana*, 1(1), 67 - 82.

<http://revistas.autonoma.edu.pe/index.php/ACPP/article/view/46>

Van Wormer, K. y Rae, D. (2009) *Tratamiento de la adicción: una perspectiva de*

fortalezas (2nd ed.). *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 34 (3).

- Viñas, F., González, M., García, Y., Malo, S., y Casas, F. (2015). Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 31(1), 226-233.
<https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.1.163681>
- Wagner, E.F., Myers, M.G. y Inch, J.L. (1999). Stress-coping and temptation-coping as predictors of adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 24 (6), 769–779,
- Wills, A. y Hirky, E. (1996). *Coping and substance abuse: A theoretical model and review of the evidence*. In M. Zeichner & N. S. Eudler (Eds.), *Handbook of coping: Theory Research and Applications*, 279–302. New York: Wiley
- Wills, A. y Shiffman, S. (1985). Coping and substance use: A conceptual framework. In S. Shiffman & T. A. Wills (Eds.), *Coping and Substance Use*, 3-24. San Diego, CA: Academic Press
- Witkiewitz, K. y Marlatt, G. A. (2004). Relapse preventions for alcohol and drug problems: That was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59, 224–235.
<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.59.4.224>
- Zavala, L., Rivas, R., Andrade, P., y Reidl, L. (2018). Validación del instrumento de estilos de afrontamiento de Lazarus y Folkman en adultos de la ciudad de México. *Revista Internacional de Psicología y Educación*, 10(2), 15
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80212387009>
- Zeidner, M. y Endler, N. (1996). *Handbook of coping: Theory, research, applications*. Nueva York, EEUU: John Wiley & Sons.

Anexos

Anexo 1. Matriz de Consistencia Interna

Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Metodología
¿Cuál es la relación entre la estimación del afrontamiento y el riesgo de recaída en adultos con dependencia a drogas pertenecientes a comunidades terapéuticas de la región metropolitana de Lima	Determinar la relación entre los estilos de afrontamiento y el riesgo de recaída en adultos con dependencia a drogas pertenecientes a comunidades terapéuticas de la región metropolitana de Lima.	Existe relación entre la estimación de afrontamiento y el riesgo de recaída en adultos con dependencia a drogas pertenecientes a comunidades terapéuticas de la región metropolitana de Lima.	Tipo y diseño de investigación: Enfoque metodológico cuantitativo, diseño no experimental, corte transversal y alcance correlacional.
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas	<p>La muestra del estudio se obtuvo por un muestreo no probabilístico debido a que los participantes fueron seleccionados en función a su accesibilidad o a criterio personal e intencional del investigador.</p> <p>Técnica La encuesta directa</p> <p>Instrumento: Inventario de Estimación de Afrontamiento - COPE.</p> <p>Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0</p> <p>Análisis de datos: sistema informático de estadística SPSS en su versión 22I. Análisis descriptivo Análisis inferencial: prueba de normalidad. Estadístico no paramétrico Coeficiente de correlación rho de Spearman</p>
¿Cuál es la relación entre el estilo de afrontamiento orientado a la tarea y el riesgo de recaída en personas con dependencia a drogas en comunidades terapéuticas de la región metropolitana de Lima	Determinar la relación entre el estilo de afrontamiento orientado a la tarea y el riesgo de recaída en adultos con dependencia a drogas pertenecientes a comunidades terapéuticas de la región metropolitana de Lima	Existe relación entre el estilo de afrontamiento orientado a la tarea y el riesgo de recaída en adultos con dependencia a drogas pertenecientes a comunidades terapéuticas de la región metropolitana de Lima	
¿Cuál es la relación entre el enfoque de afrontamiento enfocado en aspectos sociales y emocionales y el riesgo de recaída en adultos con dependencia a drogas en comunidades terapéuticas de la región metropolitana de Lima?	Determinar la relación entre el estilo de afrontamiento enfocado en aspectos sociales y emocionales y el riesgo de recaída en adultos con dependencia a drogas pertenecientes a comunidades terapéuticas de la región metropolitana de Lima	Existe relación entre el estilo de afrontamiento orientado a lo social / emocional y el riesgo de recaída en adultos con dependencia a drogas pertenecientes a comunidades terapéuticas de la región metropolitana de Lima	
¿Cuál es la relación entre el enfoque de afrontamiento evitativo y el riesgo de recaída en adultos con dependencia a drogas en comunidades terapéuticas de la región metropolitana de Lima?	Determinar la relación entre el estilo de afrontamiento evitativo y el riesgo de recaída en adultos con dependencia a drogas pertenecientes a comunidades terapéuticas de la región metropolitana de Lima.	Existe relación entre el estilo de afrontamiento evitativo y el riesgo de recaída en adultos con dependencia a drogas pertenecientes a comunidades terapéuticas de la región metropolitana de Lima.	

Anexo 2. Matriz de Operacionalización de estilos de afrontamiento

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala	Escala de respuesta
Estilos de afrontamiento	La estimación de afrontamiento se define como la combinación de procesos mentales y acciones en constante evolución que se emplean para hacer frente a exigencias particulares, ya sean internas o externas, que se perciben como excedentes de las habilidades o estrategias disponibles de la persona (Lazarus y Folkman, 1986).	El Inventario de Estimación de Afrontamiento – COPE (forma disposicional) es una prueba multidimensional que permite evaluar las diferentes formas o estilos de afrontamiento que utiliza la gente ante eventos estresantes Carver, et al. (1989).	Afrontamiento dirigido a la tarea	-Afrontamiento activo -Planificación -Supresión de actividades en competencia -Restricción del afrontamiento -Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales	1, 2, 3, 4, 5, 14, 15, 16, 17, 18, 27, 28, 29, 30, 31, 40, 41, 42, 43, 44	Ordinal	Escala tipo Likert 1 = Casi nunca hago esto 2 = A veces hago esto 3 = Usualmente hago esto 4 = Hago esto con mucha frecuencia
			Afrontamiento social y emocional	-Búsqueda de apoyo social por razones emocionales -Reinterpretación positiva y crecimiento -Aceptación -Acudir a la religión -Enfocar y liberar emociones	6, 7, 8, 9, 10, 19, 20, 21, 22, 32, 33, 34, 35, 36, 45, 46, 47, 48, 49		
			Afrontamiento evitativo	-Negación -Desentendimiento conductual Desentendimiento mental	11, 12, 13, 24, 25, 26, 37, 38, 39, 50, 51, 52		

Anexo 3. Matriz de Operacionalización de riesgo de recaída

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala	Niveles y rangos
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).	El Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0 (The AWARE Questionnaire) es una escala de señales que mide el riesgo de recaída en adicciones (Gorski y Miller ,1982).	Unidimensional	-Cambios de actitud -Cambios en el pensamiento -Cambios en el comportamiento -Cambios en el humor	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28	Ordinal	Muy bajo (28-61) Bajo (62-95) Promedio (96-129) Alto (130-163) Muy alto (164-196)

Anexo 4. Consentimiento informado



Facultad de Ciencias de la Salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Presentación:

Señor/joven, tenga usted muy bueno(a) s días/tardes, soy estudiante de la **Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada Del Norte**. El motivo de esta visita es para darle a conocer que me encuentro desarrollando una investigación sobre “**Estimación de afrontamiento y riesgo de recaída en adultos drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana**”, cuyo resultado será muy importante para contribuir en el cuidado de personas que están en proceso de recuperación de la adicción por drogas, y logren un mejor estilo de vida; con este motivo solicitamos su participación en el indicado proyecto.

Si usted acepta participar, en el indicado estudio, se le pedirá responder una ficha de datos y dos cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. Asimismo, su participación en este estudio es estrictamente **voluntaria**. La información que se recoja será **confidencial** y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán **anónimas**.

Si usted acepta participar, en el indicado estudio, sírvase firmar y/o colocar su huella digital en el presente documento en señal de conformidad.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación

Sí _____ No _____

Fecha: ____/____/____

Anexo 5. Análisis estadístico complementar

Tabla 3
Características Sociodemográficas de la muestra

Variables	Categorías	f	%
Sexo	Masculino	193	89%
	Femenino	23	11%
Edades	18 a 22 años	64	30%
	23 a 28 años	53	25%
	29 a 34 años	36	17%
	35 a 40 años	23	11%
	41 a 46 años	12	6%
	47 a 52 años	9	4%
	52 a 58 años	11	5%
	59 a 64 años	6	3%
Grado de instrucción	65 a 71 años	2	1%
	Primaria incompleta	1	1%
	Primaria completa	15	7%
	Secundaria incompleta	36	17%
	Secundaria completa	84	39%
	Superior incompleta	61	28%
	Superior completa	35	16%

Nota. Se presenta las características sociodemográficas de la muestra.

Tabla 4

Nivel de riesgo de recaída en adultos con dependencias a sustancias psicoactivas que se encuentran en comunidades terapéuticas de la ciudad de Lima

Riesgo de recaída	Frecuencia	Porcentajes
Muy bajo	53	24.5%
Bajo	64	29.6%
Promedio	80	37.0%
Alto	13	6.0%
Muy alto	6	2.8%

La Tabla 4 muestra que el 37.0% de los participantes se encuentra en un nivel de riesgo de recaída Promedio, mientras que el 29.6% está en un nivel Bajo y el 24.5% se ubica en el nivel Muy bajo. Por otro lado, el nivel de riesgo se clasifica en Alto para el 6.0% de la muestra y en Muy alto para el 2.8% restante.

Tabla 5

Frecuencia de la estimación de afrontamiento en adultos drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana

Estilos de afrontamiento	Frecuencia	%
Afrontamiento social/emocional	77	35.64%
Afrontamiento orientado al problema	83	38.42%
Afrontamiento evitativo	56	25.92%
Total	216	100%

La Tabla 5 refleja que el 38.42% de los participantes de la muestra empleó el estilo de afrontamiento orientado a la tarea como principal estrategia de enfrentamiento, mientras que el 35.64% optó por el estilo de afrontamiento social y emocional. Por otro lado, el estilo de afrontamiento evitativo fue utilizado por el 25.92% de la muestra.

Tabla 6

Prueba de normalidad estadística Kolmogórov-Smirnov para datos del Cuestionario de Estilos de Afrontamiento - COPE

		Estilos de Afrontamiento – COPE		
		Afrontamiento dirigido a la tarea	Afrontamiento social y emocional	Afrontamiento evitativo
	n	216	216	216
Parámetros normales	Media	54.23	59.83	30.63
	Desviación estándar	9.26	9.97	7.64
Estadístico de prueba K-S		.058	.051	.103
Sig. Asintótica (bilateral)		.74	.200*	.000

Nota. K-S_a= Kolmogorov-Smirnov con corrección de significación de Lilliefors; Sig.= Nivel de significancia.

En la Tabla 6, 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 de los estilos de Afrontamiento dirigido a la tarea y el Afrontamiento social y emocional son mayores a 0.05, lo cual indica que poseen una distribución normal; a diferencia de la estrategia Afrontamiento evitativo cuyo nivel de significancia es menor a 0.05 y se utilizará estadísticos no paramétricos.

Tabla 7

Prueba de normalidad estadística Kolmogorov- Smirnov para datos del Cuestionario de Riesgo de Recaída -AWARE 3

Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0		
	n	216
	Media	71.24
Parámetros normales ^{a, b}	Desviación estándar	25.81
Estadístico de prueba K-S		.107
Sig. asintótica (bilateral)		.000

Nota. K-Sa= Kolmogorov-Smirnov con corrección de significación de Lilliefors; Sig.= Nivel de significancia.

Respecto al análisis de la normalidad del Cuestionario de Riesgo de Recaída en la Tabla 7 se permite apreciar que los estadísticos de la prueba de Kolmogórov-Smirnov identifican el tipo de distribución que presenta la muestra. Se halló que el nivel de significancia es menor a 0.05, lo cual indica que poseen una distribución no normal, por tanto, el análisis inferencial se realiza utilizando estadísticos no paramétricos.

Tabla 8
Diferencia de estilo de Afrontamiento dirigido a la tarea según edad

	Edad	n	Media	F	p
Estilo de Afrontamiento dirigido a la Tarea	17 a 22 años	64	53.37	.807	.372
	23 a 28 años	53	54.26		
	29 a 34 años	36	55.77		
	35 a 40 años	23	54.04		
	41 a 46 años	12	54.25		
	47 a 52 años	9	59.22		
	52 a 58 años	11	55.54		
	59 a 64 años	6	49.50		
	65 a 71 años	2	40.00		

La Tabla 8, encontramos un valor $F = .807$ y $p = .372$, el cual indica que no existe diferencias significativas respecto al Estilo de Afrontamiento dirigido a la tarea entre los grupos de edad de la muestra.

Tabla 9

Diferencia de estilo de Afrontamiento Social y Emocional según edad

	Edad	n	Media	F	p
	17 a 22 años	64	59.78		
	23 a 28 años	53	59.81		
	29 a 34 años	36	63.11		
Estilo de Afrontamiento Social y Emocional	35 a 40 años	23	55.13	3.147	.081
	41 a 46 años	12	57.66		
	47 a 52 años	9	66.77		
	52 a 58 años	11	60.54		
	59 a 64 años	6	55.83		
	65 a 71 años	2	47.50		

La Tabla 9 encontramos un valor $F = 3.147$ y $p = .081$, el cual indica que no existe diferencias significativas respecto al Estilo de Afrontamiento Social y Emocional entre los grupos de edad de la muestra.

Tabla 10
Diferencia de estilo de Afrontamiento Evitativo según edad

	Edad	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	<i>p</i>
Estilo de Afrontamiento Evitativo	17 a 22 años	64	107.91	7.98	.435
	23 a 28 años	53	122.22		
	29 a 34 años	36	107.46		
	35 a 40 años	23	92.41		
	41 a 46 años	12	78.25		
	47 a 52 años	9	95.67		
	52 a 58 años	11	123.09		
	59 a 64 años	6	110.33		
	65 a 71 años	2	121.25		

Respecto a la Tabla 10, observamos un valor Chi-cuadrado = 7.98 y $p=.435$, por lo tanto, no existe diferencias significativas respecto al estilo de Afrontamiento evitativo entre los grupos de edad de la muestra

Tabla 11
Diferencia de Estilo de Afrontamiento dirigido a la tarea según sexo

	Sexo	N	M	F	<i>p</i>
Estilo de Afrontamiento dirigido a la Tarea	Masculino	193	53.83	.048	.828
	Femenino	23	57.60		

En la Tabla 11, encontramos un valor Chi-cuadrado= .048 y $p= .828$, el cual explica que no existe diferencias significativas respecto al estilo de Afrontamiento dirigido a la Tarea según sexo de la muestra estudiada.

Tabla 12
Diferencia de estilo de Afrontamiento Social y Emocional según el sexo

	Sexo	n	M	F	p
Estilo de Afrontamiento Social y Emocional	Masculino	193	59.58		
	Femenino	23	61.95	.629	.429.

En cuanto a la Tabla 12, se obtiene un valor $F = .629$ y $p = .429$, por lo tanto, no existe diferencias significativas respecto al estilo Afrontamiento Social y Emocional según el sexo de la muestra estudiada.

Tabla 13
Diferencia de estilo de Afrontamiento Evitativo según el sexo

	Sexo	n	Rango promedio	U de Mann-Whitney	p
Estilo de Afrontamiento evitativo	Masculino	193	111.39	1661.500	.049

La Tabla 13, nos muestra un valor U de Mann-Whitney= 161.500 y $p= .049$, el cual señala que existen diferencias significativas respecto al estilo de Afrontamiento evitativo según el sexo de la muestra estudiada.

Tabla 14

Diferencia de Estilo de Afrontamiento dirigido a la tarea según grado de instrucción

	Grado de instrucción	n	M	F	p
Estilo de Afrontamiento dirigido a la Tarea	Secundaria incompleta	36	53.41	.739	.393
	Secundaria completa	84	52.14		
	Superior incompleta	61	57.32		
	Superior completa	35	54.71		

En la Tabla 14, se encontró un valor Chi-cuadrado= .739 y p= .393, el cual explica que no existe diferencias significativas respecto al estilo de Afrontamiento dirigido a la Tarea según grado de instrucción de la muestra estudiada.

Tabla 15

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

	Grado de instrucción	n	M	F	p
	Secundaria incompleta	36	61.66		
Estilo de Afrontamiento Social y Emocional	Secundaria completa	84	58.41	.354	.554
	Superior incompleta	61	60.62		
	Superior completa	35	60.00		

En cuanto a la Tabla 15, se obtiene un valor $F = .354$ y $p = .554$, por lo tanto, no existe diferencias significativas respecto al estilo Afrontamiento Social y Emocional según grado de instrucción de la muestra estudiada.

Tabla 16

Afrontamiento evitativo de acuerdo al grado de instrucción

	Grado de instrucción	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	p
Estilo de Afrontamiento evitativo	Secundaria incompleta	36	124.10	6.522	.089
	Secundaria completa	84	109.33		
	Superior incompleta	61	110.55		
	Superior completa	35	86.89		

La Tabla 16 se muestra un valor Chi-cuadrado= 6.522 y $p= .089$, el cual señala que no existe diferencias significativas respecto al estilo de Afrontamiento evitativo según grado de instrucción de la muestra estudiada.

Tabla 17

Diferencia de Riesgo de caída según edad

	Edad	N	Rango promedio	Chi-cuadrado	<i>p</i>
Riesgo de caída	17 a 22 años	64	113.15	6.83	.55
	23 a 28 años	53	118.18		
	29 a 34 años	36	99.78		
	35 a 40 años	23	88.48		
	41 a 46 años	12	88.88		
	47 a 52 años	9	103.61		
	52 a 58 años	11	124.00		
	59 a 64 años	6	114.58		
	65 a 71 años	2	126.75		

Con respecto al Riesgo de recaída, en la Tabla 17 se encontró un valor Chi-cuadrado= 6.83 y $p= .55$, el cual señala que no existe diferencias significativas respecto a esta variable según edad de la muestra.

Tabla 18
Diferencias a nivel de Riesgo de recaída según grado de instrucción

	Grado de instrucción	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	<i>p</i>
Riesgo de Recaída	Secundaria incompleta	36	130.82	10.064	.018
	Secundaria completa	84	109.07		
	Superior incompleta	61	108.70		
	Superior completa	35	83.81		

Respecto a la Tabla 18, observamos un valor Chi-cuadrado= 10.064 y un valor $p = .018$, el cual determina que existen diferencias significativas respecto al riesgo de recaída según grado de instrucción.

Tabla 19
Diferencias a nivel de Riesgo de recaída según el Sexo

	Sexo	n	Rango promedio	U de Mann-Whitney	<i>p</i>
Riesgo de Recaída	Masculino	193	111.44	1651.500	.045
	Femenino	23	83.80		

Respecto a la Tabla 19, observamos un valor Chi-cuadrado= 10.064 y un valor $p = .018$, el cual determina que existen diferencias significativas respecto al riesgo de recaída según el sexo de la muestra estudiada.