



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de Psicología

“Estadios de Cambio y Estrategias de afrontamiento en residentes dependientes a SPA internados en comunidades terapéuticas de Lima Norte”

Tesis para optar el título profesional de:

Licenciado en psicología

Autor:

Juan Israel Ambrosio Melgarejo

Asesor:

Mg. Eduardo Manuel Yépez Oliva

Lima - Perú

2020

ACTA DE AUTORIZACIÓN PARA SUSTENTACIÓN DE TESIS

El asesor Eduardo Manuel Yépez Oliva, docente de la Universidad Privada del Norte, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera profesional de **PSICOLOGÍA**, ha realizado el seguimiento del proceso de formulación y desarrollo de la tesis del estudiante:

- Ambrosio Melgarejo, Juan Israel

Por cuanto, **CONSIDERA** que la tesis titulada: Estadios de Cambio y Estrategias de afrontamiento en residentes dependientes a SPA internados en comunidades terapéuticas de Lima Norte para aspirar al título profesional de: **Licenciado en psicología** por la Universidad Privada del Norte, reúne las condiciones adecuadas, por lo cual, **AUTORIZA** al o a los interesados para su presentación.

Mg. Eduardo Manuel Yépez Oliva
Asesor

ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS

Los miembros del jurado evaluador asignados han procedido a realizar la evaluación de la tesis del estudiante: Juan Israel Ambrosio Melgarejo para aspirar al título profesional con la tesis denominada: Estadios de cambio y estrategias de afrontamiento en residentes dependientes a SPA internados en comunidades terapéuticas de Lima Norte.

Luego de la revisión del trabajo, en forma y contenido, los miembros del jurado concuerdan:

Aprobación por unanimidad

Aprobación por mayoría

Calificativo:

Excelente [20 - 18]

Sobresaliente [17 - 15]

Bueno [14 - 13]

Calificativo:

Excelente [20 - 18]

Sobresaliente [17 - 15]

Bueno [14 - 13]

Desaprobado

Firman en señal de conformidad:

Mg. Mauro Héctor Cerón Salazar
Jurado
Presidente

Mg. Karim Elisa Talledo Sánchez
Jurado

Mg. Johnny Erick Enciso Rios
Jurado

DEDICATORIA

Va dedicado a las personas que me apoyaron en mi camino de investigador y que creyeron
que podría dedicarme a ello.

Investigar es difícil cuando la educación de calidad cuesta.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero agradecer a mis padres, quienes siempre han creído en mi capacidad para ser un profesional consciente de mi realidad social, por todo el apoyo moral, económico y emocional que me han brindado estos 5 años, e incluso desde que tomé la idea descabellada idea de estudiar psicología.

Por otro lado, quiero agradecer a mis tíos, tías, primos y demás familiares con los cuales tuve charlas un tanto filosóficas sobre el comportamiento humano, su complejidad y mi accionar como profesional contribuyendo a la sociedad peruana. Esto me permitió tener panoramas más claros sobre mis intereses.

También, quiero agradecerme, por tener paciencia conmigo y por luchar para continuar creyendo y aceptar las dificultades como retos. Este camino no ha sido nada sencillo.

Por último, quiero agradecer a las personas que me apoyaron durante la realización de este trabajo, tanto con explicaciones y materiales que me permitieron entender mejor lo que es investigar. Sin esas personas y con el sistema educativo tan deficiente no me hubiese reconciliado con la ciencia e investigación.

Los buenos maestros escasean en estos tiempos.
Muchas gracias.

Tabla de contenidos

ACTA DE AUTORIZACIÓN PARA SUSTENTACIÓN DE TESIS	2
ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS	3
DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
ÍNDICE DE TABLAS	7
ÍNDICE DE FIGURAS	8
ÍNDICE DE ECUACIONES	Error! Bookmark not defined.
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	11
1.1. Realidad problemática	11
1.2. Formulación del problema	29
1.3. Objetivos.....	29
1.4. Hipótesis	30
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA	31
2.1. Tipo de investigación	31
2.2. Población y muestra (Materiales, instrumentos y métodos)	31
2.3. Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos	31
CAPÍTULO III. RESULTADOS	44
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	65
REFERENCIAS	76
ANEXOS	78

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	36
Tabla 2.....	37
Tabla 3.....	38
Tabla 4.....	38
Tabla 5.....	41
Tabla 6.....	43
Tabla 7.....	44
Tabla 8.....	49
Tabla 9.....	57
Tabla 10.....	59
Tabla 11.....	60
Tabla 12.....	64

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.....	47
Figura 2	47
Figura 3	48
Figura 4	48
Figura 5	49
Figura 6	49
Figura 7	50
Figura 8	50
Figura 9	51
Figura 10	51
Figura 11	52
Figura 12	52
Figura 13	53
Figura 14	53
Figura 15	54
Figura 16	54
Figura 17	55
Figura 18	55
Figura 19	56
Figura 20	61
Figura 21	63
Figura 22	65
Figura 23	66

RESUMEN

Objetivo: Identificar la relación que existe entre los estadios de cambio y estrategias de afrontamiento.

Método: Se utilizó un diseño empírico, de estrategia asociativa y predictiva. El muestreo fue intencional. Participaron 209 varones residentes de comunidades terapéuticas en Lima norte, internados por adicción a sustancias psicoactivas (SPA). Se excluyeron del estudio aquellos que no habían sido desintoxicados, presentaban trastornos de ideas delirantes u organicidad. Para evaluar los estadios de cambio y las estrategias de afrontamiento se utilizaron 2 instrumentos, la Escala de Evaluación del cambio (URICA) y el Cuestionario de estimación de afrontamiento (COPE), respectivamente.

Resultados: Se encontró una débil correlación entre estadios de cambio y estrategias de afrontamiento. Además, se observó que todos los estadios tenían relaciones directamente proporcionales con algunas estrategias, aunque precontemplación fue el único estadio en el que también se encontró correlaciones inversamente proporcionales. Por otro lado, la mayoría de los participantes se encontraba en el estadio contemplativo; además, la mayoría de los participantes eran jóvenes y habían iniciado su consumo en la adolescencia. Por último, se encontró que la estrategia más usada es el afrontamiento religioso y la menos usada es desentendimiento conductual.

Palabras clave: Trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, Estadios de cambio, Estrategias de afrontamiento, Comunidades terapéuticas.

ABSTRACT

Aim: Identify the relationship between stages of change and coping strategies.

Methods: Was used an Empirical design, with associative and predictive strategy. Sampling was intentional. Participated 210 male residents of therapeutic communities in northern Lima, who were interned for substances use disorders. Were excluded who were not detoxified, had delusional ideas or organist disorders. For asses the stage of change and strategies of coping, used University of Rhode Island Change Assessment scale and coping Assessment questionnaire, respectively.

Results: A weak correlation was found between stages of change and coping strategies. Furthermore, it was observed that all stages had directly proportional relationships with some strategies, although pre-contemplation was the only stage in which inverse correlations were found. On the other hand, the majority of participants were in the contemplative stage; likewise, most participants were young and had begun use substances in adolescence. Finally, it was found that the most used strategy is religious coping and the least used is behavioral disengagement.

Keywords: Substances use disorders, Stages of change, coping strategies, Therapeutic communities.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

El consumo de drogas es un problema global. Afecta a nivel de salud, política y economía (Becoña Iglesias, 2000). La oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito ([UNODC], 2017) estima que alrededor del 5% de la población adulta mundial, han consumido drogas por lo menos una vez en la vida.

En Perú la situación no es diferente al contexto global. En primer lugar, porque a Perú se le considera como un país productor de drogas, en donde además de ofertarlas a precios bajos, existe un fácil acceso de los pobladores a las drogas (CEDRO, 2015).

En segundo lugar, en Perú hay altas cifras de casos reportados por uso problemático y dependencia a las drogas. La Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA, 2014) reporta que existen aproximadamente 600 000 peruanos con uso problemático de alcohol (OH). En cuanto a dependencia a sustancia, reporta cerca de medio millón por dependencia a OH, 468 158 casos por dependencia a tabaco; 58 556 casos por dependencia a marihuana (THC); 33 280 casos por dependencia a pasta básica de cocaína (PBC); y 23 852 casos por dependencia a clorhidrato de cocaína.

En tercer lugar, la edad de inicio de consumo de drogas de los peruanos. Según DEVIDA (2014) el inicio del consumo de sustancias se da en la adolescencia. En promedio, el inicio del consumo de drogas se da entre los 12 y 14 años. En cuanto a una clasificación de drogas, se estima que el inicio de consumo de inhalantes se da a los 12.4 años; los alucinógenos, a los 12.6 años; las anfetaminas, a los 13 años; el

alcohol, tabaco y crack, a los 13.3 años; el san pedro, a los 13.6 años; la PBC, a los 14 años; el clorhidrato de cocaína a los 14.2 años; y la marihuana, a los 14.3 años.

Consciente de esta problemática el propio gobierno peruano clasifica al consumo y dependencia de drogas como un problema de salud nacional debido a la coyuntura que tiene y a los costos que le genera al país; sin mencionar la tendencia en el incremento de atenciones por adicciones en centros de salud entre 2009 y 2017 (MINSa, 2018).

Como se sabe, el consumo de drogas después de cumplir criterios clínicos puede llegar a clasificarse como adicción o dependencia. Las cuales tienen la particularidad de ser multicausales. Por ello, en el plano de atención sanitaria se han planteado una diversidad de tratamientos.

En cuanto a tratamientos psicológicos, el más usado en tratar adicciones es el tratamiento cognitivo conductual (TCC) (CEDRO, 2015). Este tratamiento apunta a la reestructuración de los esquemas y creencias que tienen los pacientes consumidores; además, busca desarrollar la capacidad de autocontrol frente a las SPA (CEDRO, 2015).

Se ha planteado pues, dentro de los TCC para las adicciones, variaciones, de los cuales la gran mayoría coincide en presentar un módulo para el entrenamiento de las habilidades o estrategias de afrontamiento al estrés (CEDRO, 2015). Los TCC para las adicciones parecen darle importancia a estas estrategias, posiblemente porque se considere al mal manejo del estrés como un motivo por el cual las personas consuman drogas (Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González, & Iruarrizaga, 1994), siendo estas

estrategias las que permitan manejar el estrés de forma adecuada (Folkman & Lazarus, 1988a). Lo particular es que algunos han señalado que estas estrategias no son específicas de alguna vivencia. En otras palabras, el uso de una determinada estrategia dependerá de la percepción que tenga cada persona de un determinado evento (Mikulic & Crespi, 2008).

Ahora, en los tratamientos resultó importante visibilizar la evolución que tenían los pacientes que pasaban por tratamiento. Como resultado de eso, fue que se observó a la motivación como uno de los indicadores que permitía de alguna manera evaluar la evolución de los pacientes tratados.

James Prochaska y Carlo Diclemenete fueron quienes teorizaron una visión del cambio, distinta a la que se había tenido hasta el momento (Álvarez, 2010). Así fue como el cambio dejó de observarse como un proceso lineal, para observarse como parte de un modelo transteórico en donde existían etapas, niveles y procesos los cuales permitían observar y comprender la complejidad del cambio. Para poder tipificar a los pacientes se crearon categorías, las cuales englobaban características generales que presentaban los pacientes al intentar cambiar: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento (Prochaska, 1999).

La intención de este trabajo es analizar que tanto las estrategias de afrontamiento se asocian con la mejoría de los pacientes. Siguiendo con esa línea es que se toma los estadios de cambio como un indicador de mejoría, en donde se puede observar que tanto el paciente está dispuesto a dejar el consumo. Por ello, este trabajo se dirige a determinar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y los estadios

de cambio de los pacientes varones dependientes a SPA quienes reciben tratamiento bajo modelo residencial internados en comunidades terapéuticas de lima norte.

Es importante adicionar que el estudio se realizará con personas internadas en comunidades terapéuticas por 2 motivos. Primero, por los pocos estudios que existen en esta población. Y segundo, porque los residentes de la comunidades terapéuticas reciben intervenciones en donde se empleaban elementos de la terapia cognitivo conductual (CEDRO, 2018).

Antecedentes

- Internacionales:

Ciobanu et al. (2020) buscaron examinar las estrategias de afrontamiento que usaron los pacientes con trastornos por consumo de sustancias, además, de evaluar la relación entre estrategias de afrontamiento, calidad de vida relacionada con la salud, ansiedad y depresión. Fue un estudio prospectivo de cohortes, se incluyeron 244 participantes, quienes fueron diagnosticado bajo criterios del DSM-4 trastornos debido al consumo de alcohol u opiáceos, eran mayores de 18 años. Como instrumentos se usó el cuestionario de estimación de afrontamiento en su forma breve, para calidad de vida usaron una encuesta breve de 12 preguntas, para depresión y ansiedad usaron una escala del hospital. Se encontró que las estrategias más empleadas fueron aceptación, planificación y autoculpa; se encontraron fuertes correlaciones entre las variables de estudio, los pacientes sin depresión o ansiedad y comorbilidad tuvieron mejores puntajes a nivel de calidad de vida; además, se concluyó que la evaluación de las estrategias de afrontamiento puede ser útil para identificar a los pacientes que requerirán atención, por otro lado, estas habilidades repercutirán en la calidad de vida

Marquez-Arrico et al. (2019) buscaron descubrir cuáles eran las diferencias en cuanto al uso de estrategias de afrontamiento en pacientes con trastornos debido al consumo de sustancias que tenían diagnósticos duales y enfermedades mentales severas. Participaron 223 varones, con edades entre 19 a 55 años, en condiciones clínicamente estables, diagnosticados bajo criterios de DSM-5, todos ellos recibían tratamiento y se tenían resultados negativos en sus exámenes toxicológicos de orina; por otro lado, se excluyeron aquellos que tenían condiciones psiquiátricas debido a enfermedades médicas. Fue un estudio de cohortes (3, 6 y 12 meses). Las estrategias fueron medidas

mediante el inventario de estrategias de afrontamiento el cual se usaron las 2 primeras escalas (8 primarias y 4 secundarias). Se encontró que existen diferencias significativas en cuanto a autocrítica y evitación de los problemas (pertenecientes a las escalas primarias). Además, aquello que habían recaído tenían en común diferencias en cuanto el apoyo social.

Muñoz-García and Arellanez-Hernández (2015) realizaron un trabajo cuyo objetivo fue comparar la ocurrencia e intensidad de estrés psicosocial y estrategias de afrontamiento que usaron, además ver que variables sociodemográficas pueden constituirse como factores predictores del consumo de drogas. El diseño fue transversal, correlacional, con un muestreo no probabilístico por conveniencia. Participaron 334 estudiantes de secundaria. Como instrumentos se utilizó la escala de ocurrencia e intensidad del estrés psicosocial, la escala de estrategias de afrontamiento al estrés psicosocial, a la cual se le añadió una sección de consumo de drogas. A nivel de resultados, se encontró que el alcohol y tabaco fueron las sustancias más consumidas, los consumidores reportaron experimentar mayor estrés personal, familiar, económico y por enfermedades, teniendo el consumo de sustancias la estrategia más frecuente de afrontamiento. Por último, se encontró que tanto la edad como el fumar tabaco como forma de afrontamiento son predictores del consumo de drogas.

Criollo Chimbo (2015) realizó un trabajo de investigación el cual tuvo como objetivo analizar las estrategias de afrontamiento que utilizan sujetos drogodependientes en las diferentes etapas de cambio dentro de su programa de tratamiento. Participaron 24 residentes varones de la comunidad terapéutica Sed de Vida CETVI, de edades entre

19 y 70 años. El diseño fue cuantitativo, exploratorio y descriptivo. Los instrumentos de recolección de datos fueron la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island y el Cuestionario de Estimación de Afrontamiento. Resultados, se encuentran como las estrategias más usadas el afrontamiento religioso, activo y planificación; además, cabe señalar que ninguno emplea estrategias de negación y desentendimiento conductual.

Litt, Kadden, Kabela-Cormier, and Petry (2008) realizaron un estudio el cual tuvo como objetivo explorar los mecanismos de cambio relacionados con el tratamiento en el uso de marihuana. Participaron 204 hombres y mujeres los cuales cumplían criterio de dependencia a THC según DSM-IV. Se evaluaron el uso de sustancias y las variables de tratamiento. Para evaluar la primera se usó La entrevista de seguimiento de la línea de tiempo (TLFB) durante admisión y meses después (8 - 14). En la segunda se analizaron retención en el tratamiento (cantidad de sesiones asistidas), abstinencia continua durante el tratamiento (TLFB), disposición para cambiar (cuestionario de preparación para cambiar), autoeficacia para detener el consumo (20 ítems modificados del cuestionario de autoeficacia para dejar de fumar), habilidades de afrontamiento (escala de estrategias de afrontamiento). Las intervenciones fueron de 3 tipos: entrenamiento en habilidades de afrontamiento, entrevista motivacional y manejo de contingencias. Resultados: a) Manejo de contingencias arrojó tasas altas de abstinencia, pero disminuía después de 5 meses; b) no hay un efecto principal de la condición del tratamiento sobre la retención del tratamiento y abstinencia continua durante el tratamiento; c) Los puntajes post tratamiento de preparación, autoeficacia y habilidades de afrontamiento se elevan pero no se destaca ningún efecto principal en el tratamiento ni en el tiempo por tratamiento, tampoco se encontraron efectos

significativos en las habilidades de afrontamiento como consecuencia del tratamiento; d) la abstinencia continua en el tratamiento se asoció con la abstinencia total en el tratamiento y la disposición al cambio; e) la abstinencia en 5 a 8 meses fue mediada por la abstinencia continua durante el tratamiento, cambio en la autoeficacia y cambio en el afrontamiento post tratamiento; f) la abstinencia de 11 a 14 meses fue mediada por el cambio en la autoeficacia, cambio en el afrontamiento 8 meses después del tratamiento y a abstinencia de 5 a 8 meses.

Llorens Aleixandre, Perelló del Río, and Palmer Pol (2004) realizaron un estudio el cual tuvo como objetivo analizar el valor explicativo de las estrategias de afrontamiento (habilidades sociales específicas a la situación de consumo y generales a situaciones interpersonales) en el consumo de bebidas fermentadas, destiladas, tabaco y THC. Las variables explicadas eran discretas: número de bebidas, de cigarrillos y cigarrillos de THC consumidos en una semana. Mientras, las variables explicativas fueron categóricas binarias: estrategias de afrontamiento consideradas como específicas y puestas en práctica para evitar el consumo; habilidades propias, las cuales eran la percepción que tenían los sujetos sobre sus habilidades frente cualquier problemática; y habilidades sociales, o percepción de habilidades de interrelación social. Resultados, cuyos valores están en función al valor antagónico, a nivel de bebidas destiladas, los sujetos que se consideran disciplinados consumen 38% menos; los que dicen tener dificultades para conocer gente nueva consumen 69% más; y los que dicen tener problemas para relacionarse con las personas del sexo opuesto consumen 45% menos. En tabaco, los que dicen tener dificultades para expresar sus sentimientos consumen 42% más; los que dicen no tener habilidades conversacionales consumen 56% menos; los que dicen tener problemas para relacionarse con los del

sexo opuesto consumen 4 veces más. En THC, los que dicen relajarse sin drogas consumen 78% menos, los que reportan tener problemas para relacionarse con las personas del sexo opuesto consumen 70% menos; “pensar en las consecuencias negativas del consumo” disminuye el consumo en 40%; y sentirse una persona disciplinada lo disminuye en 33%.

Santos Diez, González Martínez, Fons Brines, Forcada Chapa, and Zamorano García (2001) realizaron un trabajo de investigación con el cual buscaron describir los estadios y procesos de cambio que presentan los sujetos drogodependientes que demandan tratamiento en una Unidad de Conductas Adictivas ubicada en Xátiva, Valencia. Participaron 106 varones y 10 mujeres adictos a diferentes sustancias. La motivación al cambio fue evaluada al inicio del tratamiento mediante una serie de preguntas adaptadas desarrollado para fumadores por DiClemente y Prochaska; los procesos de cambio fueron evaluados por el inventario de procesos de cambio. Resultados, se encontró una predominancia de sujetos preparados para la acción de 51.7%; la intervención psicológica debe dirigirse al aumento de la atribución interna, capacidad de decisión sobre su conducta adictiva y hacia la reestructuración del ambiente.

Wunschel, Rohsenow, Norcross, and Monti (1993) realizaron una investigación la cual tuvo como objetivo analizar la relación entre estrategias de afrontamiento y el resultado del tratamiento para las personas alcohólicas que habían completado un programa de rehabilitación. Participaron 33 veteranos que cumplían criterios de dependencia al alcohol de DSM III quienes terminaron un programa de tratamiento de 28 días basado en sistema de familia, enfermedades crónicas y enfoques de

entrenamiento de habilidades. Se empleó una lista de verificación de formas de afrontamiento, información sobre el tratamiento previo y consumo de alcohol a los 6 meses, escala de dependencia al alcohol y una prueba de creencias irracionales. Resultados: a) Mantenerse a sí mismo, culparse a sí mismo y las ilusiones se asociaron con una mayor dependencia al alcohol en el pretratamiento y a un mayor riesgo de recaída a los 6 meses de seguimiento; b) aquellos que usaron más actividades sustitutas y enfoque positivo para afrontar las ganas de beber, lograron beber menos o tuvieron menos probabilidades de recaída; c) el enfoque positivo también se relaciona con una menor tendencia a evitar los problemas, una mayor disposición a aceptar soluciones imprecisas y una menor necesidad de ser visto como una persona competente; así se puede decir que el enfoque positivo será beneficioso si se asocia con la disposición a tomar medidas para enfrentar los problemas, sin preocuparse de tener soluciones perfectas o por la imagen que proyecta.

- **Nacionales**

Arango Ramos (2018) realizó una investigación la cual buscó analizar la relación entre consumo de drogas y estrategias de afrontamiento en estudiantes de una universidad privada de Lima sur. El diseño del estudio fue transversal correlacional, se utilizó un muestreo probabilístico para proporciones tomando en cuenta el ciclo académico y la carrera profesional. Participaron 615 estudiantes del primero al sexto semestre, voluntarios, de la carrera de ingeniería de sistemas y contabilidad, tanto hombres como mujeres. Se utilizó el instrumento de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancia y el cuestionario de estimación de afrontamiento. A nivel de resultados se encontró que la estrategia más frecuente fue reinterpretación positiva y crecimiento, seguido de planificación y afrontamiento activo; por otro lado, la menos usada fue el

uso de sustancias y desentendimiento conductual. Por último, se encontró una relación estadísticamente significativa de consumo de drogas con reinterpretación positiva y crecimiento, desentendimiento mental, desentendimiento conductual, negación, uso d sustancias y uso del humor.

Solano Melo (2017) realizó un trabajo de investigación el cual buscó identificar la relación entre estilos de afrontamiento y riesgos de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas. Participaron 240 adictos, entre mujeres y varones. El diseño fue no experimental, transversal y correlacional con muestreo no probabilístico intencional. Los instrumentos de recolección de datos fueron el Cuestionario de estimación de afrontamiento y el Cuestionario de Riesgo de Recaída. Los resultados señalan que las estrategias más utilizadas son la reinterpretación positiva y crecimiento; la estrategia menos utilizada es el desentendimiento conductual.

Cáceres Cebrecos (2016) realizó un trabajó cuyo objetivo fue analizar la relación entre factores de personalidad y estrategias de afrontamiento en jóvenes consumidores de marihuana. Participaron 41 varones y 10 mujeres entre 13 a 23 años, los cuales solicitaron consulta por consumo de marihuana en un programa de consejería de adicciones de Lima Metropolitana, se excluyeron a aquellos que tuvieron antecedentes policiales o recibieron atención psicológica previa al consumo de marihuana. Se utilizó el inventario de personalidad NEO-FFI, versión resumida y el cuestionario de estimación de afrontamiento. Como resultados se encontró que planificación y aceptación fueron las más usadas, al contrario que afrontamiento activo y supresión de actividades, las cuales fueron las menos usadas. Se encontró relación entre los 4 factores de personalidad con las estrategias: contención, uso del humor, liberar

emociones, uso de sustancias, desentendimiento mental y conductual, soporte instrumental y negación; además, se encontró que edad se relacionó directamente aceptación; el número de intentos por dejar de consumir, de forma inversa con búsqueda de soporte social. Por último, se encontró que planificación, aceptación y soporte emocional e instrumental se relacionan con patrones de consumo de marihuana menos problemáticos.

Llerena Henzler (2015) investigó sobre la relación entre consumo de drogas y la percepción de riesgos sobre sustancias psicoactivas, además, entre el consumo y el afrontamiento. Participaron 87 soldados de las fuerzas armadas del Perú que eran hospitalizados los cuales estaban estables físicamente y recibían tratamiento médico. Para medir los niveles de consumo y percepción de riesgo se empleó el cuestionario del protocolo de la encuesta sobre drogas en hogares; por otro lado, para medir las estrategias de afrontamiento, se empleó el cuestionario de estimación de afrontamiento. Como resultados se encuentra que el consumo de drogas no se relaciona con la percepción de riesgo, pero si con el afrontamiento. Las estrategias de afrontamiento se relacionan con el consumo de casi todas las drogas contempladas, teniendo a estas en cuenta para establecer protocolos de prevención

Marco teórico

Afrontamiento

Se define como “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Folkman & Lazarus, 1988b; Vazquez, Crespo, & Ring, 2000).

Estrés, según Folkman and Lazarus (1988a) se define en términos de la interacción sujeto ambiente, en donde el sujeto evalúa las situaciones o vivencias que ocurren. Cuando las capacidades que observa en sí mismo son consideradas como insuficientes para manejar determinada vivencia, presentándose así malestar: estrés.

El estrés tiene 4 elementos: a) los estímulos, vendrían a ser los acontecimientos externos; b) respuestas, en este caso, reacciones emocionales, cognitivas y conductuales; c) mediadores, hacen referencia a la evaluación de los estímulos; d) moduladores, son aquellos factores externos que pueden intensificar o disminuir, pero no producir, el estrés (Dahab, J., Rivadeneira, C., & Minici, A., 2010).

Mencionan que existen 3 condiciones que permiten observar este fenómeno como tal:

- 1) Descripción de los pensamientos y actos de afrontamiento que ocurren en diversos contextos específicos, con la búsqueda de un patrón relativamente estable, un rasgo;
- 2) requiere observaciones en un contexto particular, de esta manera se podrá comparar lo sucedido en un determinado contexto con otros; y 3) requiere medirse en una cantidad de segmentos en el tiempo o en una serie de contextos diferentes (Folkman & Lazarus, 1988a).

Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son definidas como acciones concretas, las cuales surgen de un proceso de evaluación. En dicho proceso, se evalúa si el organismo es capaz de lidiar con un determinado estímulo. De acuerdo con ello es que se realizarán esas acciones concretas para hacer frente a dicha situación (Castaño & León del Barco, 2010; Vazquez et al., 2000).

Inicialmente se establecieron trece estrategias (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989):

- Afrontamiento activo, hace referencia al proceso de tomar medidas activas para eliminar o eludir el factor estresante, involucra iniciar una acción directa.
- Planificación, consiste en pensar cómo hacer frente a un factor estresante, involucra ideas estrategias de acción y pensar en los pasos a seguir para manejar el problema.
- Supresión de actividades, implica tratar de evitar distraerse con otros eventos para enfocarse en lidiar con el evento estresante.
- Contención del afrontamiento, implica no actuar de manera prematura, sino esperar la oportunidad adecuada para actuar de manera efectiva.
- Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales, implica buscar asesoramiento, información o asistencia para manejar una situación estresante.
- Búsqueda de apoyo social por razones emocionales, es la búsqueda de apoyo moral, comprensión o simpatía.
- Enfocar y liberar emociones, implica tomar atención a cualquier angustia y malestar experimentado con el fin de ventilar o expresar aquellos sentimientos producidos por el malestar.
- Desentendimiento conductual, implica reducir los esfuerzos por lidiar con el evento estresante.
- Desentendimiento mental, implica el uso de actividades alternativas para alejar la mente del problema.
- Reinterpretación positiva y crecimiento, se orienta a manejar las emociones de angustia antes que tratar con el factor estresante.
- Negación, se trata de comportarse como si el factor estresante no existiese.

- Aceptación, implica un compromiso con el intento de lidiar con el evento estresante debido a la aceptación de la existencia de tal evento.
- Afrontamiento religioso, involucra acudir a la religión frente a una situación de estrés.

Además de las estrategias mencionadas, se tomaron en cuenta en el estudio: uso del humor y sustancias (SPA).

Estadios de cambio

Desde hace décadas atrás, han existido muchos teóricos que han intentado analizar cómo se produce el cambio desafiándose a observar los principios comunes que tenía el cambio: Bandura en 1976, Frank en 1976, Wachtel en 1977 y Gurman en 1978 (Prochaska & DiClemente, 1982).

Como intento de comprender el cambio es que se origina el modelo transteórico, denominado así por identificar aspectos generales en el proceso de cambio en un análisis comparativo de 18 terapias (Prochaska & DiClemente, 1982)

Este modelo es considerado tridimensional, pues proporciona una visión global, y al mismo tiempo, diferenciada del cambio; además, se la denomina así por su estructura: estadios, procesos y niveles de cambio (Mayor, 1995).

Los estadios de cambio son etapas que las personas atraviesan al intentar cambiar un comportamiento. Los autores reportan la existencia de 5 estadios, estableciendo características diferenciadoras entre ellos:

- Precontemplativo: En donde la ausencia de la conciencia del problema es la característica principal; la persona que se ubica en este estadio no se da cuenta de su comportamiento problemático o lo niega. Suelen minimizar el problema; además, tienden a sobre estimar los costos de cambiar y subestimar los beneficios del cambio. Los precontempladores no se plantean dejar el patrón de comportamiento problemático y si acuden a tratamiento es por presión.
- Contemplación: La característica principal es la falta de compromiso con el cambio. Las personas llegan a considerar la existencia de un problema en ellos; sin embargo, está presente una ambivalencia provocada por el análisis equilibrado entre costos y beneficios del cambio que generalmente llega a inmovilizarlos.
- Preparación: La característica principal es el compromiso para abandonar la conducta problema, no obstante, los cambios realizados son mínimos. En el caso de conductas adictivas, se consideraría en esta etapa a aquella persona que disminuya la dosis de su consumo sin llegar a la abstinencia; además, en las personas que se ubican en este estadio es común que tengan un plan de acción.
- Acción: La característica principal son las modificaciones observables en el estilo de vida, aspectos que impliquen compromiso de tiempo y energía.
- Mantenimiento: La característica principal es el intento por conservar y consolidar los cambios; se trabaja en evitar la recaída al comportamiento problema (McConnaughy, Prochaska, & Velicer, 1983; Prochaska, 1999; Santos Diez et al., 2001).

Por último, está presente la recaída como parte del proceso de cambio. Esta se percibe como un estadio latente, el cual se puede presentar al pasar de un estadio a otro; debido

a ello, es que el modelo percibe el cambio en forma de espiral y no como algo sucesivo lineal.

Comunidad terapéutica

Según la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (2013) la “comunidad terapéutica es un modelo de trabajo y de vida que colabora con las personas, considerándolas capaces de influir en su propio tratamiento, rehabilitación y/o recuperación y/o restauración”; además, tiene la particularidad de emplear el internamiento durante la ejecución del programa como tal.

Bajo este modelo de tratamiento se perciben los trastornos como una perturbación que afecta a todas las áreas del funcionamiento de la persona. Se percibe al residente como un ser social y psicológico, teniendo en cuenta que esencialmente es buena; sin embargo, tiene actitudes erróneas (Sánchez-Mejorada, 2013). Así, mismo, el modelo percibe la recuperación como un proceso gradual de aprendizaje en donde el cambio es multidimensional, tanto en el estilo de vida y en la identidad, para lo cual requiere de un entorno controlado en donde se apunte a trabajar en diversas áreas de la persona.

Las comunidades terapéuticas tienen su origen en las primeras décadas de la Inglaterra del siglo veinte, con el Dr. Maxwell Jones, como un intento de “transformar el hospital psiquiátrico en una comunidad más democrática y con una participación de los enfermos en tratamiento” (Sánchez-Mejorada, 2013, p. 25)

En las comunidades terapéuticas se pueden identificar dos fuerzas importantes: la de profesionales y la de operadores. Al mencionar profesionales, se hace referencia a

aquellos que tienen formación académica en el área de medicina, psicología, trabajo social, etc. Por otro lado, están los operadores, que generalmente son los adictos recuperados, ellos desempeñan tres funciones principales: a) testimonio, pues dan el mensaje de la viabilidad abandonar las drogas; b) modelo, al emitir comportamientos constructivos que fácilmente serán imitados; y c) manejo adecuado de los comportamientos manipulatorios del residente en la vida cotidiana.

Todo ello enmarca un sistema interno, una microsociedad en las comunidades, las cuales trabajan con principios educativos y psicológicos. De esta manera, la comunidad busca reproducir un grupo primario de socialización, en donde los miembros asumen roles con mucha similitud a los integrantes de una familia: las figuras paternas representadas por los miembros de mayor jerarquía, el director; y los hermanos, por los otros residentes con mayor tiempo y progreso (Navarro, Benavente y Zegarra, 2012; Comas, 2010; Sánchez-Mejorada, 2013; Llorente del Pozo & Fernández Gómez, 1999; Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, 2013).

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es relación que existe entre los estadios de cambio y las estrategias de afrontamiento en pacientes varones dependientes a SPA quienes reciben tratamiento bajo modelo residencial internados en comunidades terapéuticas de lima norte en 2018?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre los estadios de cambio y las estrategias de afrontamiento en pacientes varones dependientes a SPA quienes reciben tratamiento bajo modelo residencial internados en comunidades terapéuticas de lima norte en 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar el estadio de cambio más frecuente en el que se ubican los pacientes varones dependientes a SPA quienes reciben tratamiento bajo modelo residencial internados en comunidades terapéuticas de lima norte en 2018.
- Identificar las estrategias más frecuentes en los pacientes varones dependientes a SPA quienes reciben tratamiento bajo modelo residencial internados en comunidades terapéuticas de lima norte en 2018.
- Identificar el rango de edad más frecuente en donde se ubican los pacientes varones dependientes a SPA quienes reciben tratamiento bajo modelo residencial internados en comunidades terapéuticas de lima norte en 2018.

- Identificar el rango de edad de inicio de consumo más frecuente en los pacientes varones dependientes a SPA quienes reciben tratamiento bajo modelo residencial internados en comunidades terapéuticas de lima norte en 2018.

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis general

Existe correlación significativa entre los estadios acción y mantenimiento con las estrategias planificación, afrontamiento activo y enfocar y liberar emociones. Además, correlación significativa entre contemplación con enfocar y liberar emociones. Y entre precontemplación con negación y uso de sustancias.

1.4.2. Hipótesis específicas

- El estadio precontemplativo es donde de forma más frecuente se ubican los participantes.
- La estrategia más frecuente entre los participantes es el afrontamiento religioso.
- El rango de edad más frecuente en donde se ubican los participantes es entre 18 y 29 años.
- El rango de edad de inicio de consumo más frecuente en donde se ubican los participantes es entre 12 a 17 años.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo de investigación

El diseño de este estudio es de tipo empírica, de estrategia asociativa, específicamente de correlacional simple (Ato, López, & Benavente, 2013).

El muestreo fue no probabilístico, debido a que la elección de los participantes estuvo sujeta a características particulares seleccionadas de forma deliberada por el investigador (Kerlinger, Lee, Pineda, & Mora Magaña, 2002).

2.2. Población y muestra (Materiales, instrumentos y métodos)

La población que participó está constituida por varones dependientes a SPA quienes recibían tratamiento bajo modelo residencial en comunidades terapéuticas de lima norte entre el periodo de agosto y septiembre del 2018.

En el estudio participaron 210 varones los cuales habían pasado por un proceso de desintoxicación física, y no presentaban trastornos de ideas delirantes o trastornos mentales orgánicos.

2.3. Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos

Inicialmente se realizó un estudio piloto con la finalidad de observar si existían dificultades en la comprensión de algunos ítems o con el diseño de la ficha sociodemográfica. En el estudio piloto se aplicaron la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island y el Cuestionario de Estimación de afrontamiento en 64 participantes que pertenecían a una comunidad terapéutica.

Se observó que los participantes tuvieron dificultades para entender el formato inicial de la ficha sociodemográfica, por lo cual se modificó; además, se observó ciertas dificultades para entender las instrucciones de los instrumentos, por lo cual se tuvieron que modificar hacia algo más breve y sencillo de entender.

Instrumentos para la recolección de datos

- La Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island – URICA Instrumento desarrollado por McConnaughy, DiClemente, Prochaska y Velicer en 1983.

FICHA TÉCNICA

- ❖ **Nombre** : Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island
- ❖ **Autores** : McConnaughy, DiClemente, Prochaska y Velicer en 1983
- ❖ **Adaptación** : Basurto, 2017
- ❖ **Administración** : Individual y colectiva
- ❖ **Aplicación** : Adultos y adolescentes
- ❖ **Calificación** : Likert, puntuación del 1 al 5
- ❖ **Descripción** : Instrumento empleado para identificar cuatro de los cinco estadios propuestos por el modelo transteórico para describir el cambio de una persona. Esta escala cuenta con 32 ítems, estableciendo 8 para cada dimensión: precontemplativo, contemplativo, acción y mantenimiento.

Este instrumento cuenta con evidencias de validez y confiabilidad. A continuación, se reportarán algunas de estas evidencias:

Basurto Gonzales (2017) en su trabajo de tesis recopiló evidencias de validez y confiabilidad de URICA para población adolescente. Participaron 100 adolescentes residentes de comunidades terapéuticas diagnosticados como consumidores de SPA, quienes decidieron participar de forma voluntaria y además hayan finalizado la fase de acogida de tratamiento. Basurto opta por modificar algunos ítems por ser confusos, esto por recomendación de los 10 expertos que evaluaron el instrumento; sumando a las evidencias de validez, reporta valores de V de Aiken mayores a 0.80 y un valor de KMO de .095; también realiza un análisis factorial exploratorio, en donde a través del grafico de sedimentación, identifica 4 factores. A nivel de confiabilidad, reporta haber usado el coeficiente alfa en los 24 ítems restantes, obteniendo un valor de alfa de 0.96.

Vallejos Flores, Orbegoso Faccio, and Capa Luque (2015) realizaron un análisis de las propiedades psicométricas de URICA. En su estudio participaron 105 varones, los cuales eran dependientes a SPA, 91 pertenecían a comunidades terapéuticas y 22 eran de centro de día. Concluyeron que URICA tiene un nivel aceptable de confiabilidad, reportando coeficientes alfa de 0.74 para precontemplación, 0.69 para contemplación, 0.72 para acción y 0.69 para mantenimiento, además, a nivel de la escala total reportan un alfa de 0.81. En cuanto a la evidencia de validez, utilizaron análisis por componentes principales, con rotación varimax, donde se establecen 4 componentes los cuales explican el 42.3% de la varianza.

Por otro lado, el presente estudio reporta evidencias de validez y confiabilidad sobre URICA. Para ello, se realizó un análisis factorial confirmatorio para el modelo de 32 ítems con 4 factores, teniendo 8 ítems para cada factor. En la tabla 1 se observa que los ítems 23, 29, 31, 2, 4 y 3 tenían cargas factoriales $< .30$, por ello, se decidió retirar dichos ítems del modelo. Además de que sus índices de ajuste (en la tabla 2) tienen valores de ajuste pobres: $RMSEA = 0.80$, $TLI = .71$ y $CFI = .073$.

Tabla 1.

Matríz de análisis factorial confirmatorio URICA

Factor	Ítems	p	carga factorial	Factor	Ítems	p	carga factorial
Precontemplación	IC1		0.52	Acción	IC3		0.21
	IC5	<.001	0.59		IC7	0.005	0.59
	IC11	<.001	0.71		IC10	0.005	0.61
	IC13	<.001	0.56		IC14	0.005	0.59
	IC23	0.002	0.27		IC17	0.007	0.47
	IC26	<.001	0.43		IC20	0.005	0.71
	IC29	0.104	0.13		IC25	0.005	0.6
	IC31	0.224	-0.1		IC30	0.005	0.64
Contemplación	IC2		0.24	Mantenimiento	IC6		0.39
	IC4	0.216	0.09		IC9	<.001	0.4
	IC8	0.002	0.42		IC16	<.001	0.55
	IC12	0.001	0.6		IC18	<.001	0.55
	IC15	<.001	0.67		IC22	<.001	0.68
	IC19	<.001	0.75		IC27	<.001	0.56
	IC21	<.001	0.65		IC28	<.001	0.48
	IC24	0.001	0.61		IC32	<.001	0.49

Nota: En negrita están los ítems cuyas cargas factoriales son menores a .30

Tabla 2.
Índices de ajuste del AFC de URICA.

CFI	TLI	RMSEA	RMSEA 90% CI	
			Lower	Upper
.73	.71	.08	.069	.082

Al retirar los ítems que cuyas cargas factoriales eran menores a 0.30, los índices de ajuste TLI y CFI incrementaron un poco (TLI = 0.76 y CFI = 0.79, ver en la tabla 3).

Tabla 3.
Índices de ajuste AFC de URICA después de retirar los ítems con cargas factoriales <.30

CFI	TLI	RMSEA	RMSEA 90% CI	
			Lower	Upper
.79	.76	.08	0.07	0.09

A nivel de confiabilidad interna, se empleó el coeficiente omega. El cual arroja valores de 0.80, 0.79, 0.74 y 0.70 para acción, contemplación, mantenimiento y precontemplación, respectivamente (ver tabla 4). La primera dimensión sería considerada como muy buena, y las otras tres bajo la categoría de respetables (Nunnally & Bernstein, 1994).

Tabla 4.

Matriz de valores del coeficiente omega para cada factor de la Escala de Evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island.

Estadios de Cambio	N° de ítems	ω
Precontemplativo	5	0.70
Contemplativo	6	0.79
Acción	7	0.80
Mantenimiento	8	0.74

- Cuestionario de estimación de afrontamiento – COPE

Fue desarrollado en 1989 por Carver, Scheier & Weintraub.

FICHA TÉCNICA

- ❖ **Nombre** : Cuestionario de Estimación de afrontamiento
- ❖ **Autores** : Carver, Scheier y Weintraub, 1989
- ❖ **Adaptación** : Chau y Cassaretto, 2016
- ❖ **Administración** : Individual y colectiva
- ❖ **Aplicación** : Adultos
- ❖ **Calificación** : Likert, puntuación del 1 al 4

Descripción : Instrumento que cuenta con 60 ítems, los cuales identifica 15 estrategias de afrontamiento al estrés basándose en la teoría transaccional de Lazarus y Folkman. Este instrumento se constituye de 15 factores, cada uno está compuesto por 4 ítems. Tiene 2 tipos de versión, en el estudio se usó la versión disposicional.

A continuación, se describen estudios que reportan evidencias de validez y confiabilidad del COPE:

Bardales and Perez-Aranibar (2016) analizaron las propiedades psicométricas del COPE. En el estudio participaron 300 estudiantes de una universidad privada de Lima, quienes aceptaron participar de forma voluntaria. El estudio reporta en cuanto evidencias de validez, un análisis factorial exploratorio con rotación oblicua, en donde se obtuvieron 3 factores el cual explicaba el 55.92% de la varianza ($KMO = 0.69$, ji -cuadrado = 958,14, $p < 0.01$); adicional a ello, realizaron un análisis factorial

confirmatorio, en donde se buscó analizar entre 3 modelos propuestos. Para el modelo que se consideró el más adecuado (3 factores) reportan índices de ajuste GFI y AGFI menores o iguales a 0.85 y valores menores o iguales a 0.10 en RMSR.

Rodríguez Chacón (2012) reporta propiedades psicométricas de confiabilidad. La data fue recopilada de 45 adictos hospitalizados en comunidades terapéuticas de un hospital de Lima. El estudio reporta coeficientes alfa de 0.90 para acudir a la religión, de 0.77 tanto para búsqueda de soporte social emocional y búsqueda de soporte social instrumental; las demás estrategias tenían valores de alfa entre 0.58 y 0.75. Los únicos que tuvieron coeficientes alfa bajos fueron desentendimiento conductual con 0.41 y desentendimiento mental con 0.37.

Por otro lado, este estudio también reportó evidencias de validez y confiabilidad sobre COPE. Para ello, se realizó un análisis factorial confirmatorio para el modelo de 15 factores y 60 ítems, 4 ítems para cada factor. En la tabla 5, se pueden apreciar los valores de las cargas factoriales, siendo el ítem 28 el único que tenía una carga factorial $< .30$ (tabla 5). Por ello, se decidió retirarlo del modelo. Además, se reportan índices de ajuste $TLI = 0.77$, $CFI = 0.79$ y $RMSEA = 0.05$ (ver tabla 6).

Tabla 5.

Matriz de análisis factorial confirmatorio COPE

Factor	Ítems	p	carga factorial	Factor	Ítems	p	carga factorial	Factor	Ítems	p	carga factorial
Afrontamiento activo	EA5		0.6	Aceptación	EA13		0.5	Desentendimiento conductual	EA9		0.66
	EA25	<.001	0.32		EA21	<.001	0.41		EA24	<.001	0.68
	EA47	<.001	0.49		EA44	<.001	0.56		EA37	<.001	0.66
	EA58	<.001	0.62		EA54	<.001	0.38		EA51	<.001	0.51
Planificación	EA19		0.6	Enfocar y liberar emociones	EA3		0.6	Negación	EA6		0.4
	EA32	<.001	0.68		EA17	<.001	0.66		EA27	<.001	0.63
	EA39	<.001	0.65		EA28	0.001	0.29		EA40	<.001	0.59
	EA56	<.001	0.62		EA46	<.001	0.71		EA57	<.001	0.56
Contención del afrontamiento	EA10		0.39	Búsqueda de soporte social por razones instrumentales	EA4		0.63	Afrontamiento religioso	EA7		0.81
	EA22	<.001	0.4		EA14	<.001	0.69		EA18	<.001	0.94
	EA41	<.001	0.58		EA30	<.001	0.66		EA48	<.001	0.57
	EA49	<.001	0.64		EA45	<.001	0.67		EA60	<.001	0.64
Supresión de actividades	EA15		0.33	Búsqueda de soporte social por razones emocionales	EA11		0.63	Uso del humor	EA8		0.69
	EA33	<.001	0.54		EA23	<.001	0.67		EA20	<.001	0.71
	EA42	<.001	0.54		EA34	<.001	0.33		EA36	<.001	0.66
	EA55	<.001	0.43		EA52	<.001	0.67		EA50	<.001	0.84
Reinterpretación positiva y crecimiento	EA1		0.55	Desentendimiento mental	EA2		0.44	Uso de sustancias	EA12		0.82
	EA29	<.001	0.5		EA16	<.001	0.5		EA26	<.001	0.82
	EA38	<.001	0.46		EA31	0.002	0.33		EA35	<.001	0.91
	EA59	<.001	0.61		EA43	<.001	0.33		EA53	<.001	0.85

Nota: En negrita están los ítems cuyas cargas factoriales son menores a .30

Tabla 6.
Indices de ajuste AFC de COPE

CFI	TLI	RMSEA	RMSEA 90% CI	
			Lower	Upper
0.79	0.77	0.05	0.0492	0.0571

Para el análisis de los resultados se retira el ítem de carga factorial < 0.30 .

A nivel de confiabilidad interna, este estudio reportan coeficientes omegas para cada factor (tabla 7): uso de sustancias ($\omega = .91$), afrontamiento religioso ($\omega = .83$), uso del humor ($\omega = .82$) pertenecen a la categoría de confiabilidad muy buena; los factores búsqueda de soporte social por razones instrumentales ($\omega = .76$), planificación ($\omega = .73$), desentendimiento conductual ($\omega = .72$), enfocar y liberar emociones ($\omega = .70$) pertenecen a la categoría de respetables; el factor búsqueda de soporte social por razones emocionales ($\omega = .67$) pertenece a la categoría de mínima aceptable; el resto de los factores se encuentra por debajo de estos rangos lo cual hace dudosa su confiabilidad. Estas categorías fueron establecidas bajo criterios de Nunnally and Bernstein (1994)

Tabla 7.

Matriz de valores del coeficiente omega para cada factor del Cuestionario de Afrontamiento.

Estrategias de afrontamiento	N° de ítems	ω
Afrontamiento activo	4	0.58
Planificación	4	0.73
Contención del afrontamiento	4	0.58
Supresión de actividades	4	0.52
Reinterpretación positiva	4	0.61
Aceptación	4	0.52
Enfocar y liberar emociones	3	0.70
Búsqueda de soporte social por razones instrumentales	4	0.76
Búsqueda de soporte social por razones emocionales	4	0.67
Desentendimiento mental	4	0.43
Desentendimiento conductual	4	0.72
Negación	4	0.63
Afrontamiento religioso	4	0.83
Uso del humor	4	0.82
Uso de sustancias	4	0.91

2.4. Procedimiento

Los datos fueron recolectados en el periodo de agosto a septiembre del 2018 en comunidades terapéuticas de Lima Norte.

Se aplicaron el Cuestionario de Estimación de Afrontamiento y la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island. Estos instrumentos fueron administrados de forma colectiva en los espacios que las comunidades dispusieron para ello. Las instrucciones se leyeron 2 en voz alta, además, se pidió a los participantes que pudieran releerlas para contestar.

Los datos recolectados fueron ingresados al programa Microsoft Excel en su versión 2013, para su posterior análisis. Para los análisis factoriales confirmatorios se empleó el software libre jamovi en su versión 0.9.6.9. Para encontrar los valores de coeficientes omega se empleó el link http://www.thestatisticalmind.com/calculators/comprel/composite_reliability.htm.

Para el análisis de la normalidad de la distribución de los datos se usó el programa R Studio. Para el resto de los análisis (correlaciones y medidas descriptivas) se usó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión 24.

En cuanto aspecto ético, se anexó una ficha de consentimiento informado la cual informaba a los participantes de la finalidad del estudio y de la relevancia en la investigación. Se explicó que los datos brindados serían usados solo con fines de investigación, lo que implicaba un acuerdo de confidencialidad. Además, se colocó el nombre del investigador y un apartado en donde firmar.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

Antes de realizar el análisis de datos de los objetivos planteados, se evaluó la distribución de los datos, esto con el fin de elegir la prueba estadística más idónea para el análisis. Para ello, se emplearon 2 métodos, uno gráfico, usando histogramas, y otro estadístico, usando la prueba de Kolmogorov Smirnov Lilliefors (KSL), la cual es idónea para muestras entre 50 y 200 (Pedrosa, Juarros-Basterretxea, Robles-Fernández, Basteiro, & García-Cueto, 2015).

De la figura 1 hasta la figura 4 se observan los histogramas de los 4 factores de URICA. Además, la tabla 8 brinda un resumen de los varoles obtenidos mediante la prueba de KSL para los datos de los 4 factores de URICA.

De la figura 5 a las 19 se observan los histogramas de los 15 factores del COPE. Además, la tabla 9, se brinda un resumen de los valores obtenidos mediante la prueba KLS para los datos de los 15 factores del COPE

Ambas evidencias, tanto graficas como estadísticas señalan que no existe distribución normal en los factores analizados, por ende se tendrá que usar pruebas no paramétricas para el análisis, siendo así el coeficiente de spearman el indicado para los analisis de correlación a efectuar.

Histogram of base_tesis\$Precontemplativo

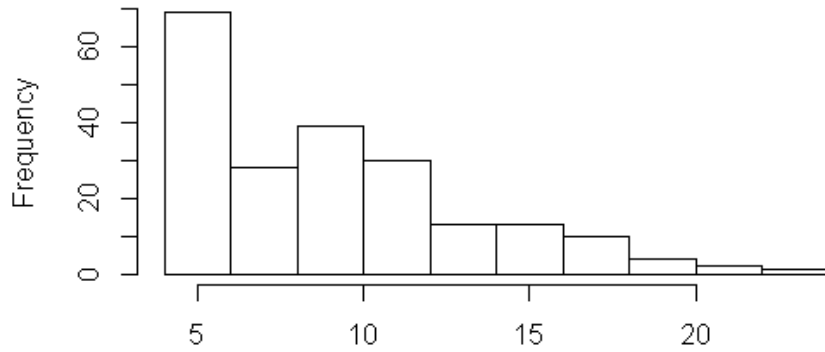


Figura 1: Histograma de distribución de datos del estadio precontemplativo mediante prueba Kolmogorov Smirnov Lilliefors.

Histogram of base_tesis\$Contemplativo

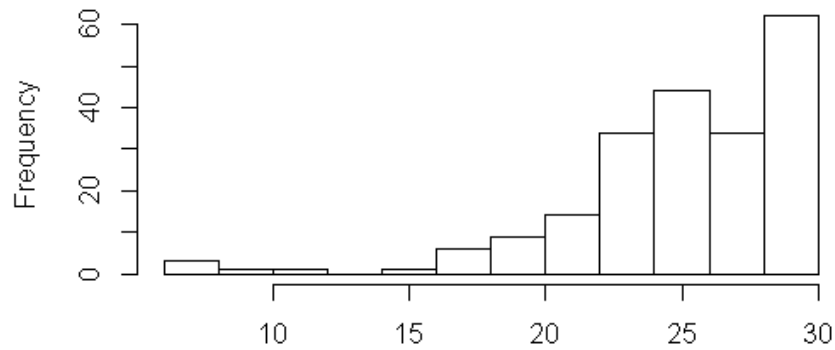


Figura 2: Histograma de distribución de datos del estadio contemplativo mediante prueba Kolmogorov Smirnov Lilliefors.

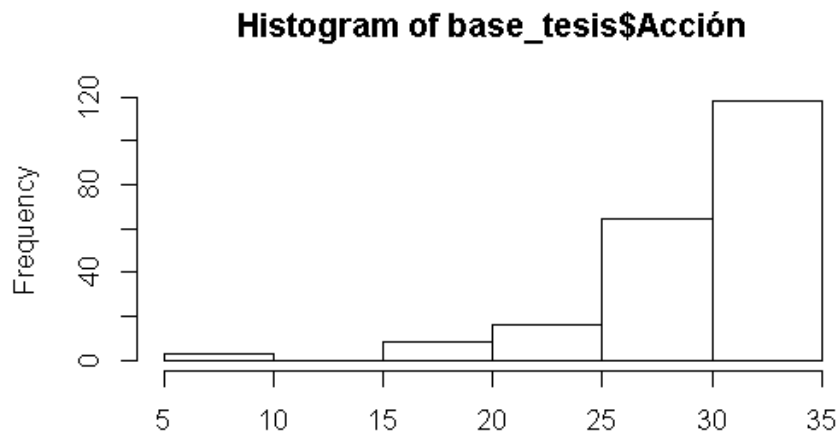


Figura 3: Histograma de distribución de datos del estadio acción mediante Kolmogorov Smirnov Lilliefors.

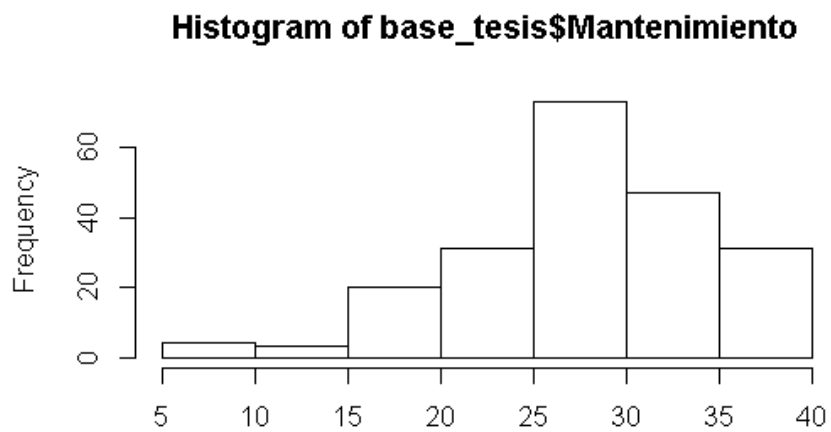


Figura 4: Histograma de distribución de datos del estadio mantenimiento mediante Kolmogorov Smirnov Lilliefors.

Tabla 8.

Valores de la distribución de la normalidad de los datos obtenidos por URICA mediante la prueba de KS Lilliefors

Factor	KSL	Factor	KSL
Precontemplativo	1.656 e-11	Acción	4.04 e-14
Contemplativo	2.181 e-13	Mantenimiento	0.0002576

Histogram of base_tesis\$`Afrontamiento activo`

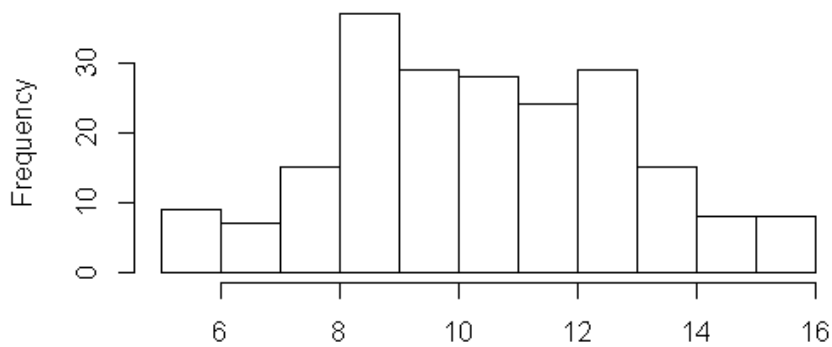


Figura 5: Histograma de distribución de datos de la estrategia afrontamiento activo mediante la prueba Kolmogorov Smirnov Lilliefors.

Histogram of base_tesis\$Planificación

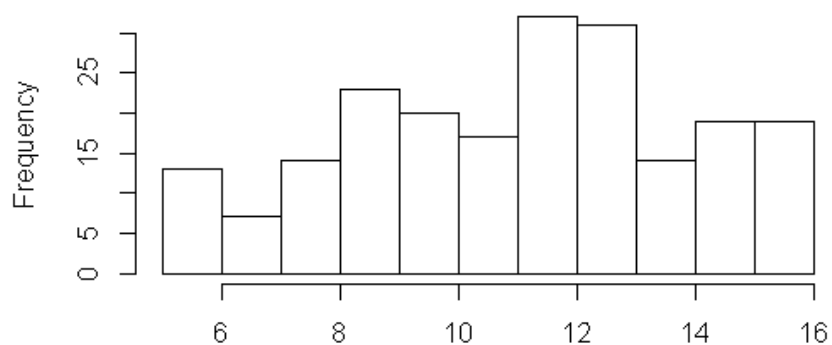


Figura 6: Histograma de distribución de datos de la estrategia planificación mediante la prueba Kolmogorov Smirnov Lilliefors.

Histogram of base_tesis\$`Contención del afrontamiento (res)

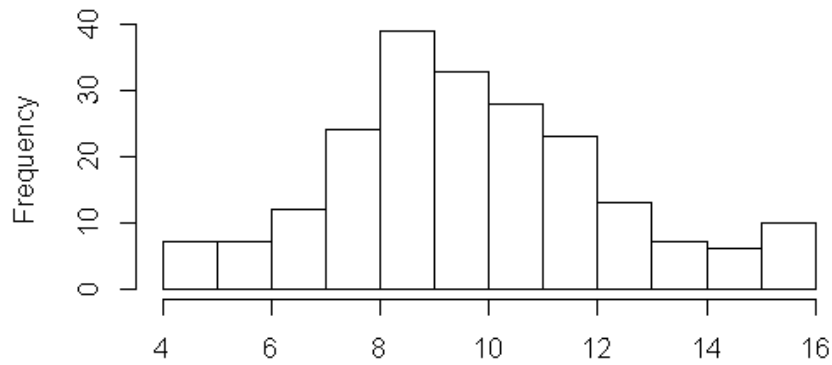


Figura 7: Histograma de distribución de datos de la estrategia contención del afrontamiento mediante la prueba Kolmogorov Smirnov Lilliefors.

Histogram of base_tesis\$`Supresión de actividades`

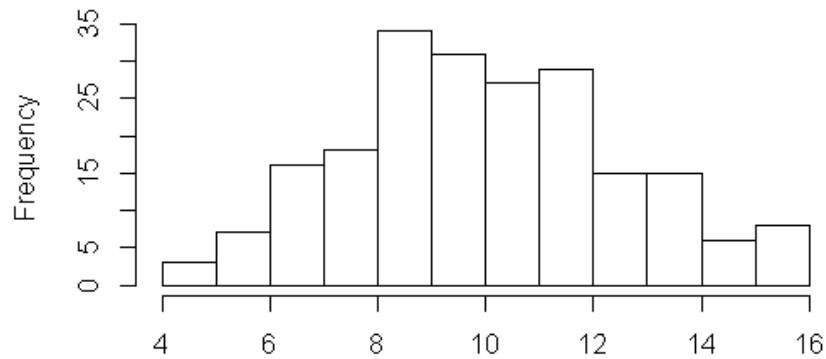


Figura 8: Histograma de distribución de datos de la estrategia supresión de actividades mediante la prueba Kolmogorov Smirnov Lilliefors.

stogram of base_tesis\$`Re-interpretación positiva y crec

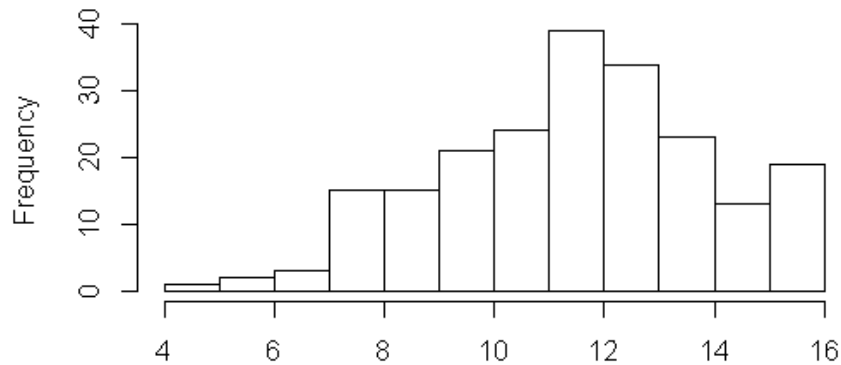


Figura 9: Histograma de distribución de datos de la estrategia reinterpretación positiva y crecimiento mediante la prueba Kolmogorov Smirnov Lilliefors.

Histogram of base_tesis\$Aceptación

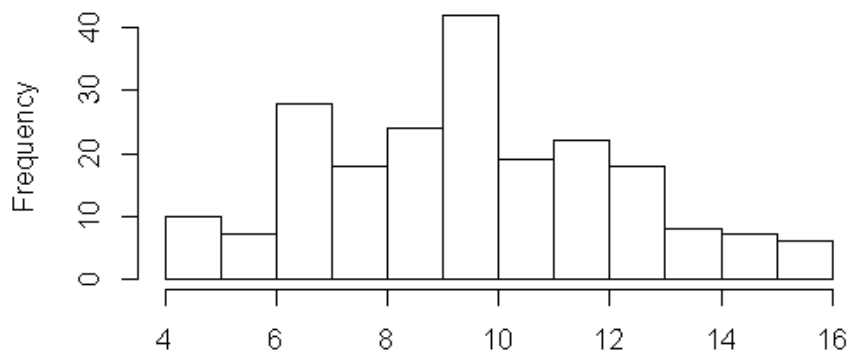


Figura 10: Histograma de distribución de datos de la estrategia aceptación mediante la prueba Kolmogorov Smirnov Lilliefors.

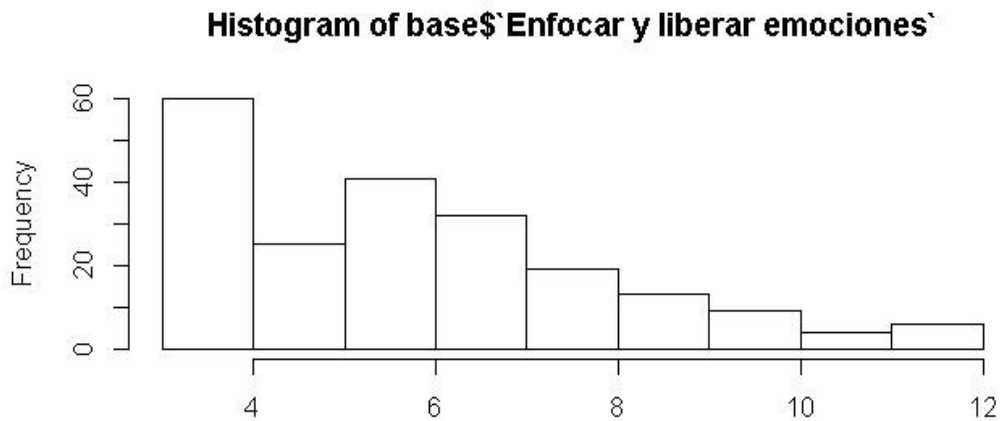


Figura 11: Histograma de distribución de datos de la estrategia enfocar y liberar emociones mediante Kolmogorov Smirnov Lilliefors.

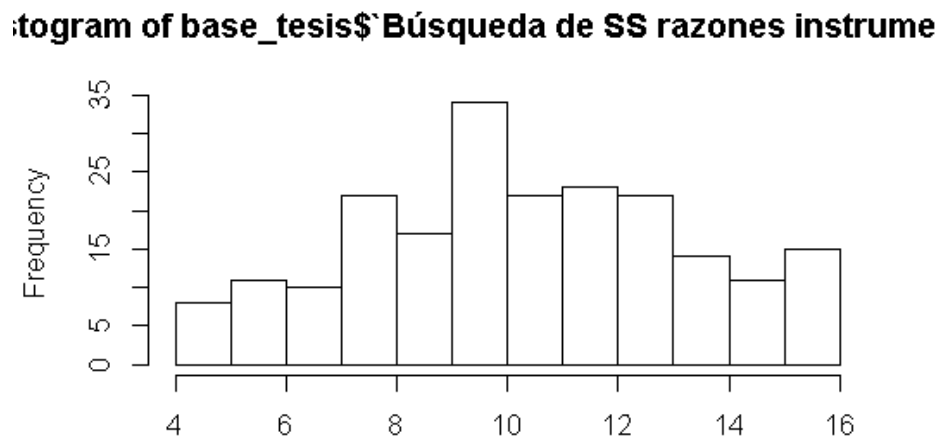


Figura 12: Histograma de distribución de datos de la estrategia búsqueda de soporte social por razones instrumentales mediante Kolmogorov Smirnov Lilliefors.

istogram of base_tesis\$`Búsqueda de SS razones emocion

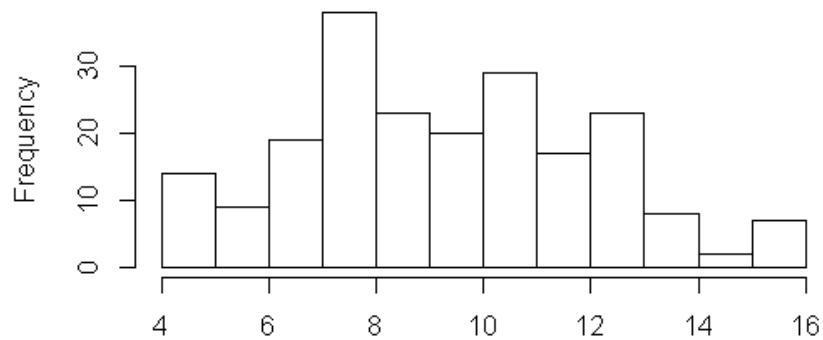


Figura 13: Histograma de distribución de datos de la estrategia búsqueda de soporte social por razones emocionales mediante la prueba Kolmogorov Smirnov Lilliefors.

Histogram of base_tesis\$`Desentendimiento mental`

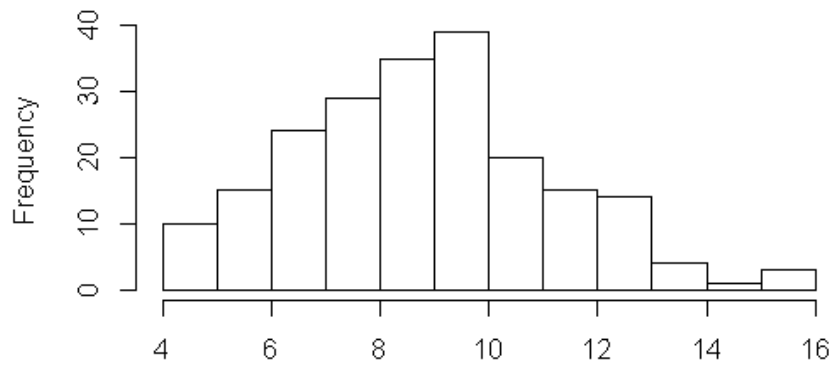


Figura 14: Histograma de distribución de datos de la estrategia desentendimiento mental mediante la prueba Kolmogorov Smirnov Lilliefors.

Histogram of base_tesis\$`Desentendimiento conductua

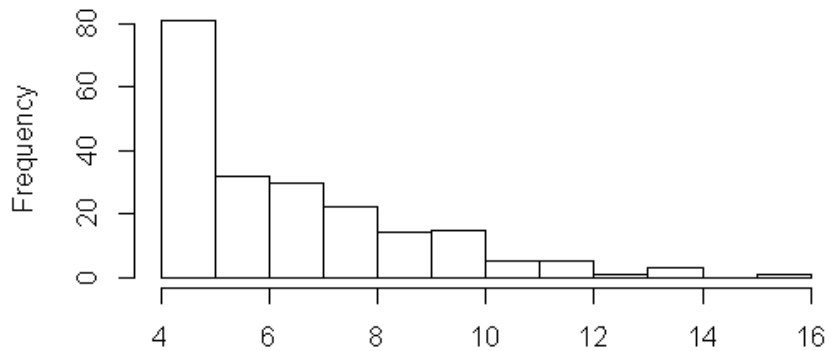


Figura 15: Histograma de distribución de datos de la estrategia desentendimiento conductual mediante la prueba Kolmogorov Smirnov Lilliefors.

Histogram of base_tesis\$Negación

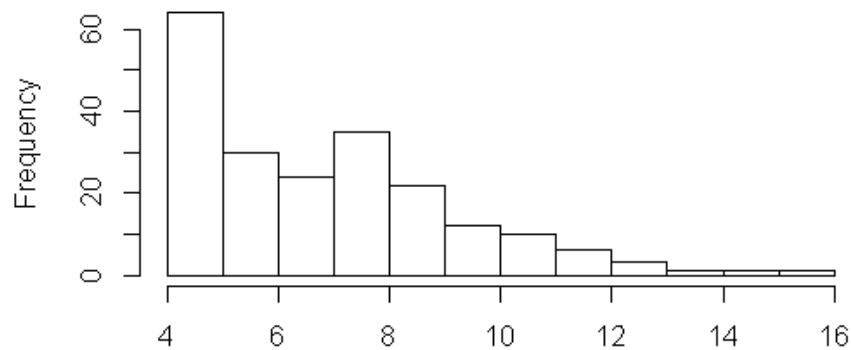


Figura 16: Histograma de distribución de datos de la estrategia negación mediante la prueba Kolmogorov Smirnov Lilliefors.

Histogram of base_tesis\$`Afrontamiento religioso`

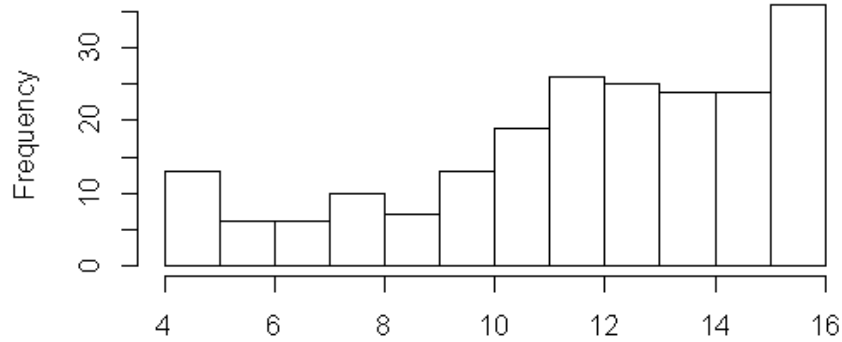


Figura 17: Histograma de distribución de datos de la estrategia afrontamiento religioso mediante la prueba Kolmogorov Smirnov Lilliefors.

Histogram of base_tesis\$`uso del humor`

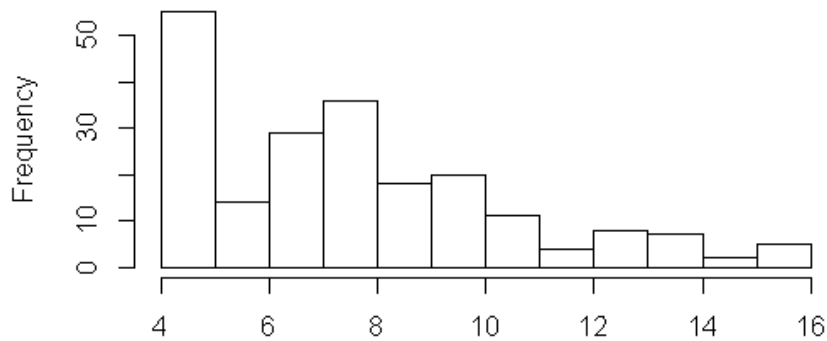


Figura 18: Histograma de distribución de datos de la estrategia uso del humor mediante la prueba Kolmogorov Smirnov Lilliefors.

Histogram of base_tesis\$`uso de sustancias`

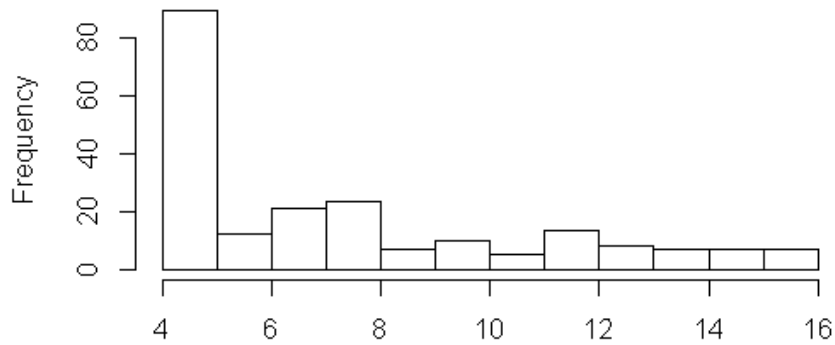


Figura 19: Histograma de distribución de datos de la estrategia uso de sustancias mediante la prueba Kolmogorov Smirnov Lilliefors.

Tabla 9.

Cuadro de valores de la distribución de la normalidad de los datos obtenidos por COPE mediante la prueba de KS Lilliefors

Factor	KSL	Factor	KSL
Afrontamiento activo	1.939 e-05	Búsqueda de soporte social por razones emocionales	3.36E-07
Planificación	7.80E-08	Desentendimiento mental	1.43E-06
Contención del afrontamiento	3.13E-07	Desentendimiento conductual	4.15E-12
Supresión de actividades	2.49E-05	Negación	5.43E-08
Reinterpretación positiva y crecimiento	6.98E-08	Afrontamiento religioso	2.62E-10
Aceptación	5.32E-07	Uso del humor	1.03E-09
Enfocar y liberar emociones	1.74E-08	Uso de sustancias	2.20E-16
Búsqueda de soporte social por razones instrumentales	0.0003952		

De forma general se buscó determinar la relación que existe entre los estadios de cambio y las estrategias de afrontamiento en pacientes varones dependientes a SPA quienes reciben tratamiento bajo modelo residencial internados en comunidades terapéuticas de lima norte en 2018.

En la tabla 10 se puede observar las correlaciones entre el estadio precontemplativo con las estrategias de afrontamiento, así como del estadio contemplativo con las estrategias de afrontamiento. En dicha tabla se puede observar que precontemplación correlaciona de forma estadísticamente significativa y negativa con afrontamiento activo ($r = -.14$; $p = .05$), búsqueda de soporte social por razones instrumentales ($r = -.19$; $p = .01$) y afrontamiento religioso ($r = -.14$; $p = .04$); por otro lado, se correlaciona de forma positiva y estadísticamente significativa con desentendimiento conductual ($r = .22$; $p = .00$) y negación ($r = .21$; $p = .00$).

En la tabla 10 también se puede observar que contemplación se correlaciona de forma positiva y estadísticamente significativa con reinterpretación positiva ($r = .16$; $p = .02$), búsqueda de soporte social por razones instrumentales ($r = .23$; $p = .00$), búsqueda de soporte social por razones emocionales ($r = .22$; $p = .00$) y afrontamiento religioso ($r = .19$; $p = .01$).

Tabla 10.

Matriz de correlación de spearman entre estadios precontemplación y contemplación con las estrategias de afrontamiento.

	Precontemplación		Contemplación	
	r	p	r	p
Afrontamiento activo	-.14	.05	.12	.078
Planificación	-.10	.17	.07	.35
Contención del afrontamiento	-.05	.52	.12	.08
Supresión de actividades	-.07	.35	.10	.14
Reinterpretación positiva	-.07	.34	.16	.02
Aceptación	-.01	.93	.08	.26
Enfocar y liberar emociones	.10	.14	.09	.20
Búsqueda de soporte social por razones instrumentales	-.19	.01	.23	.00
Búsqueda de soporte social por razones emocionales	-.12	.08	.22	.00
Desentendimiento mental	.15	-.04	.11	.12
Desentendimiento conductual	.22	.00	.03	.72
Negación	.21	.00	.00	.98
Afrontamiento religioso	-.14	.04	.19	.01
Uso del humor	.06	.38	.10	.14
Uso de sustancias	.06	.36	.10	.17

En la tabla 11 se observan las correlaciones entre el estadio acción con las estrategias de afrontamiento y el estadio mantenimiento con las estrategias de afrontamiento.

Tabla 11.

Matriz de correlación de spearman entre estadios acción y mantenimiento con las estrategias de afrontamiento.

	Acción		Mantenimiento	
	r	p	r	p
Afrontamiento activo	.22	.00	.08	.27
Planificación	.15	.03	.05	.45
Contención del afrontamiento	.09	.21	.08	.24
Supresión de actividades	.18	.01	.13	.06
Reinterpretación positiva	.26	.00	.02	.80
Aceptación	.09	.21	.06	.37
Enfocar y liberar emociones	.03	.64	.23	.00
Búsqueda de soporte social por razones instrumentales	.25	.00	.16	.02
Búsqueda de soporte social por razones emocionales	.21	.00	.15	.03
Desentendimiento mental	.06	.40	.09	.20
Desentendimiento conductual	-.08	.27	.11	.10
Negación	-.10	.17	.16	.02
Afrontamiento religioso	.21	.00	.08	.25
Uso del humor	.03	.64	.14	.04
Uso de sustancias	.08	.28	.23	.00

En esa tabla se observa que acción correlaciona de forma estadísticamente significativa y positiva con afrontamiento activo ($r = .22$; $p = .00$), planificación ($r = .15$; $p = .03$); supresión de actividades ($r = .18$; $p = .01$), reinterpretación positiva ($r = .26$; $p = .00$), búsqueda de soporte social por razones instrumentales ($r = .25$; $p = .00$), búsqueda de soporte social por razones emocionales ($r = .21$; $p = .00$) y afrontamiento religioso ($r = .21$; $p = .00$).

Además, en la tabla 11 se observa que mantenimiento correlaciona de forma estadísticamente significativa y positiva con enfocar y liberar emociones ($r = .23$; $p = .00$), búsqueda de soporte social por razones instrumentales ($r = .16$; $p = .02$), búsqueda de soporte social por razones emocionales ($r = .15$; $p = .03$), negación ($r = .16$; $p = .02$), uso del humor ($r = .14$; $p = .04$) y uso de sustancias ($r = .23$; $p = .00$).

Como primer objetivo específico se buscó identificar el estadio de cambio más frecuente en el que se ubican los pacientes varones dependientes a SPA quienes reciben tratamiento bajo modelo residencial internados en comunidades terapéuticas de lima norte en 2018.

Como se observa en la figura 20 la mayoría de los pacientes se ubicaban en el estadio contemplativo (66.70%); en segundo lugar, en el estadio precontemplativo (14.8%); por último entre acción y mantenimiento se encuentra el 18.1%.

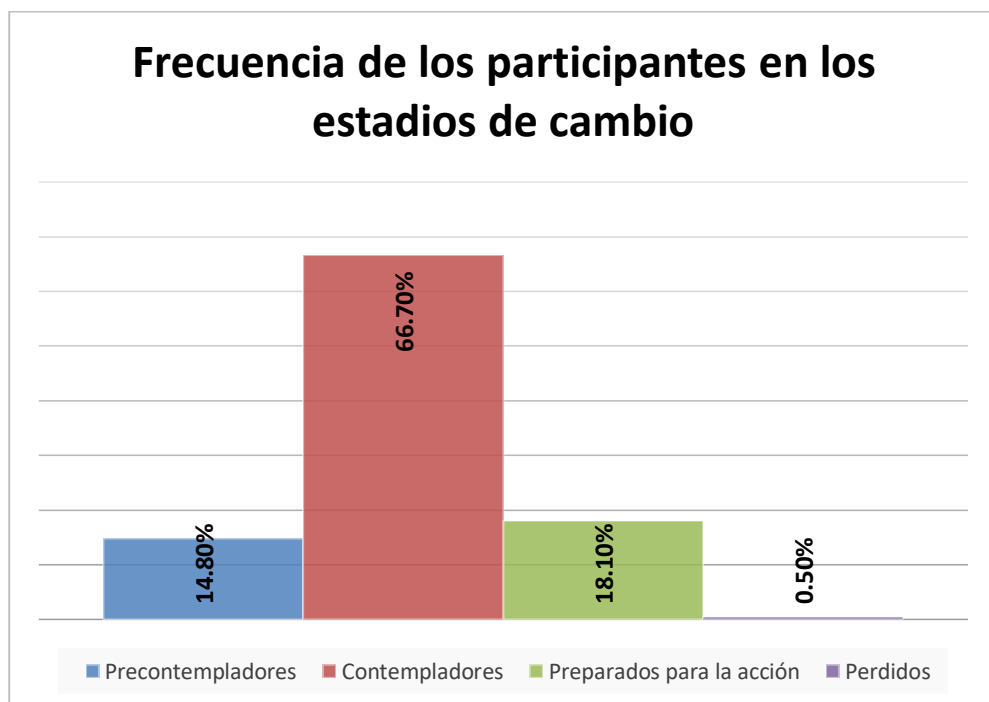


Figura 20: Frecuencia de los participantes en los estadios de cambio.

El segundo objetivo específico fue identificar las estrategias más frecuentes en los pacientes varones dependientes a SPA quienes reciben tratamiento bajo modelo residencial internados en comunidades terapéuticas de lima norte en 2018.

En la figura 21 se puede observar las medias de los puntajes de las estrategias de afrontamiento. El afrontamiento religioso tiene la media más alta ($\mu = 12.07$), seguida de reinterpretación positiva ($\mu = 11.95$) y en tercer lugar, planificación ($\mu = 11.49$).

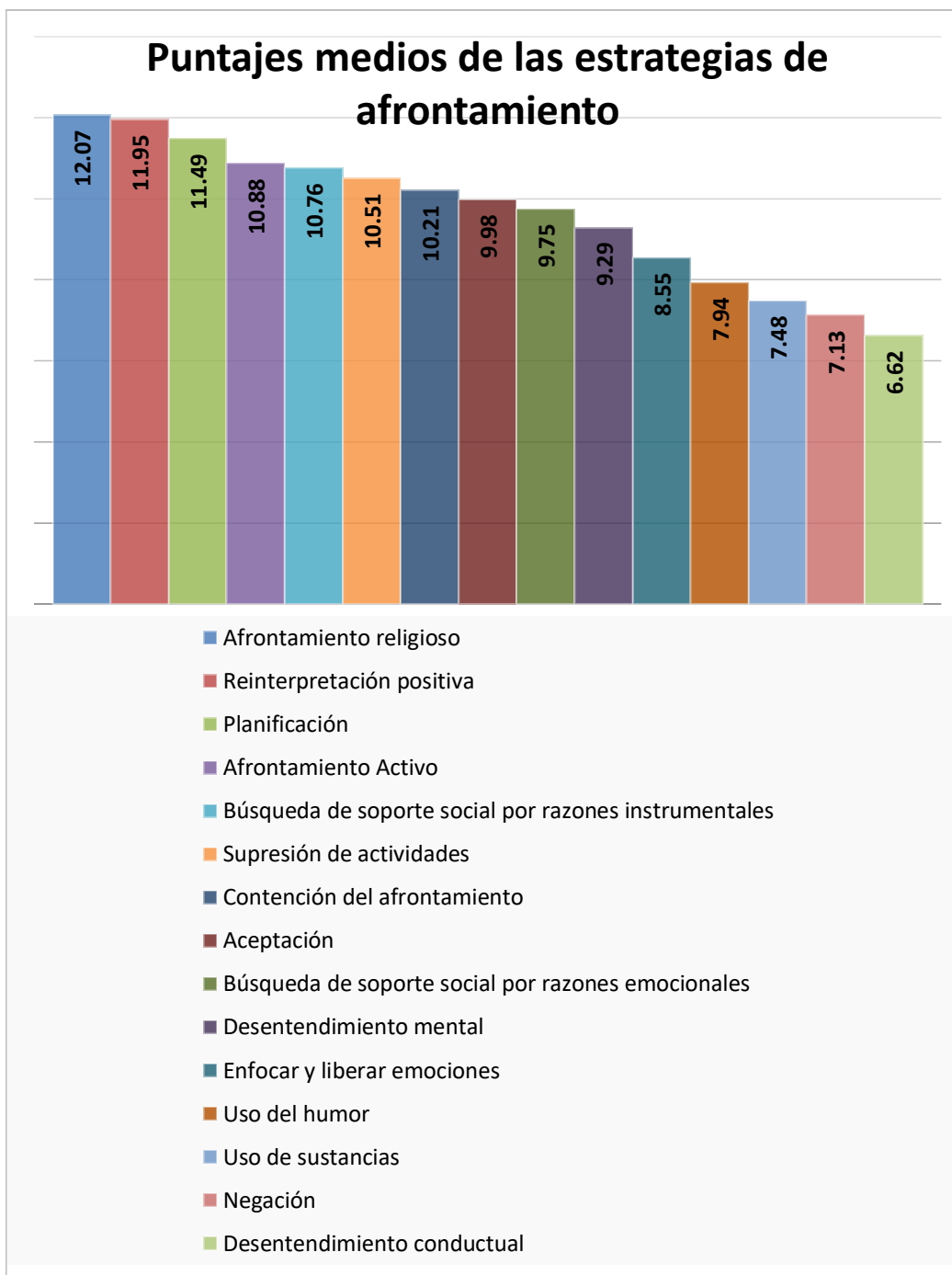


Figura 21: Medias de los puntajes de las estrategias de afrontamiento.

Como tercer objetivo específico, se identificó el rango de edad más frecuente en donde se ubican los pacientes varones dependientes a SPA quienes reciben tratamiento bajo modelo residencial internados en comunidades terapéuticas de lima norte en 2018.

La tabla 12 y figura 22 nos señalan que la gran parte (61.7%) de los participantes es joven (18 a 29 años), siguiéndole en segundo lugar los adultos (30 a 59 años) con 29.2%, en tercer lugar, se encuentran adolescentes (12 a 17 años) con 8.1%; por último, adultos mayores (de 60 a más años) con 1%.

Tabla 12.

Frecuencia de los participantes del estudio en cuanto a rangos de edad.

Etapa de vida	Frecuencia	Porcentaje
Niño	0	0%
Adolescente	17	8.1%
Joven	129	61.7%
Adulto	61	29.2%
Adulto mayor	2	1%

Nota: La normativa de categorías de rango de edades son las que emplea el MINSA

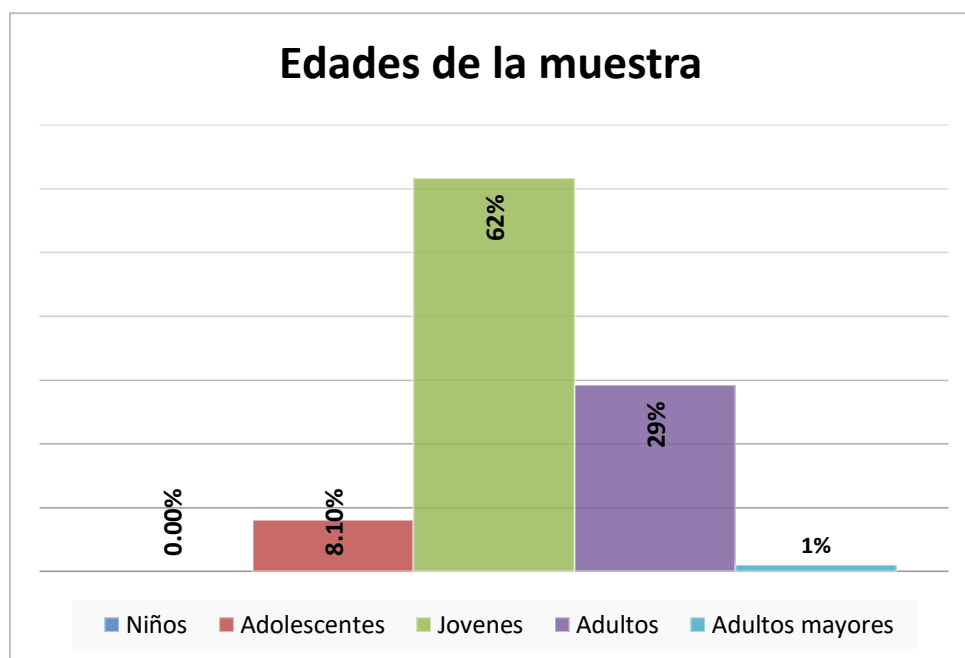


Figura 22: Frecuencia de edades de los participantes por rangos de edad.

Como cuarto objetivo específico, se identificó el rango de edad de inicio de consumo más frecuente en los pacientes varones dependientes a SPA quienes reciben tratamiento bajo modelo residencial internados en comunidades terapéuticas de lima norte en 2018.

En la figura 23 se observa que el rango de edad de inicio de consumo más frecuente entre los participantes es entre los 12 a 17 años (adolescencia) con 61.9%, el segundo más frecuente fue entre 18 a 29 años (jóvenes) con 30.5%, el tercero más frecuente fue entre 0 a 11 años (niños) con 5.2% y, por último, ente 30 a 59 años (adultos) con 1.9%.

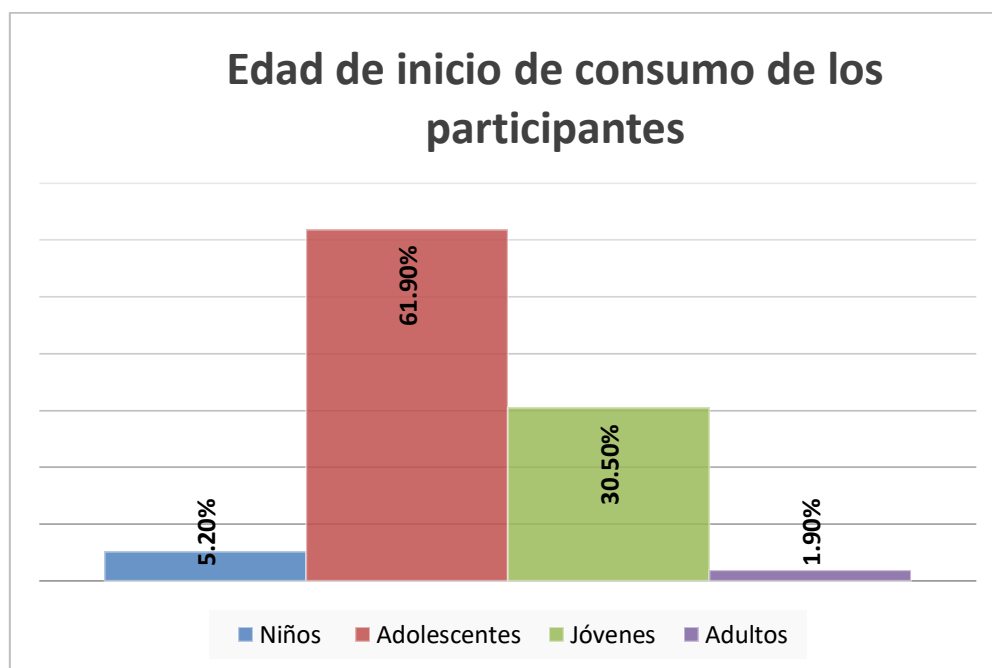


Figura 23: Frecuencia de edades de los participantes por rango de edad de inicio de consumo

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1 Discusión

El estudio tuvo como objetivo principal identificar la relación que existe entre estadios de cambio y estrategias de afrontamiento. Los resultados se irán discutiendo en los siguientes párrafos.

Primero, con relación al estadio precontemplativo se encontró correlación estadísticamente significativa con las estrategias: desentendimiento conductual y negación (de forma positiva); y con afrontamiento activo, búsqueda de soporte social por razones instrumentales y afrontamiento religioso (de forma negativa).

El hecho de encontrar estrategias (desentendimiento conductual y negación) que se asociaran de forma positiva con el estadio de precontemplación, pone en tela de juicio la idea de que el adicto carece o no tiene habilidades de afrontamiento (Cano-Vindel et al., 1994) sino que como lo mencionan otros autores (Navarro, Benavente y Zegarra, 2012) el precontemplador sí tiene formas de afrontar su problemas; sin embargo, no todas las estrategias que emplean son útiles o las más efectivas para lidiar con el consumo de drogas.

Recordemos, Lazarus and Folkman (1987) describieron a las estrategias de afrontamiento sin sentido axiológico, o sea, no se las podía diferenciar como “buenas” o “malas”. Esto porque, las estrategias, eran solo respuestas de la evaluación o transacción sujeto - evento. Teniendo en cuenta ello, sería de lo más normal asumir que quien no percibe que tiene un “problema” con las drogas, tendrá conductas dirigidas a evitar dicho tema o no darse la oportunidad de reevaluar lo problemático del consumo. Esto puede indicar que en realidad

dependa mucho del nivel de consciencia del problema para realizar más acciones de afrontamiento, así también del uso pertinente de una estrategia en lugar de otra.

Ahora bien, el problema quedaría enmarcado por como el adicto evalúa el consumo. Con ello, resulta muy importante enfocarse en la interacción del paciente con las drogas: las creencias que fue adoptando sobre las drogas y las experiencias que tuvo, ya sea consumiendo, observando o escuchando. Pues será de mucha utilidad que los encargados del tratamiento conozcan estas interacciones para la modificación de cogniciones; la cual tiene un papel central en los tratamientos cognitivo-conductuales y motivacionales en las adicciones (CEDRO, 2018).

Ahora, en el caso de las estrategias afrontamiento activo, búsqueda de soporte social por razones instrumentales y afrontamiento religioso, se encontró que estaban relacionadas de forma inversa con precontemplación. Resulta interesante destacar que estas tres estrategias tienen en común la búsqueda de acciones para lidiar con el problema, lo cual respalda lo que teóricamente se esperaba: relación inversa. Sin embargo, no son las únicas estrategias que tienen en común ello. Se había esperado que otras estrategias como planificación o reinterpretación positiva y crecimiento también correlacionen de forma inversa, pero no lo hicieron. Como se había mencionado, esta relación, sea inversa o no, puede estar explicada por la transacción sujeto-evento. De todas formas, la relación inversa, en términos de la práctica clínica, indicaría un progreso, ya que, el incremento del uso de esas estrategias podría dar evidencia de que hay una disuasión de la percepción que se haya tenido de la transacción inicial del adicto con las drogas.

De hecho, este cambio cognitivo en la transacción también podría depender de características particulares que pueda tener cada paciente adicto en tratamiento, como pueden ser los motivos por los cuales los pacientes se muestran reacios al cambio. Rodríguez Vílchez (2004) realizó una categorización de los pacientes precontempladores en función a características de los pacientes en la práctica clínica, mencionaba que estas características eran relativamente estables. Según Rodríguez Vílchez el rechazo al cambio se daba por desinformación, por actitud rebelde, por resignación frente a diversos intentos fallidos o por defender racionalmente el consumo.

La importancia práctica de lo que realizó Vílchez parece dar un nuevo panorama de cómo abordar la resistencia al cambio. Quizá sea necesario tipificar subgrupos dentro de precontemplación. Así, teniendo en cuenta las particularidades y necesidades específicas a tratar, se podrían hacer estudios más profundos brindando más información tanto para entender y tratar a estos pacientes resistentes al cambio.

Respecto al estadio contemplación, encontramos que existe relación estadísticamente significativa con las estrategias: reinterpretación positiva, búsqueda de soporte social por razones instrumentales, búsqueda de soporte social por razones emocionales, afrontamiento religioso, de forma positiva.

Estas estrategias asociadas con la contemplación hacen un énfasis central en la liberación y expresión de emociones. Los datos parecen indicar que el incremento en cuanto a expresividad emocional estaría mostrando incremento de disposición a cambiar o al menos de una aceptación de la adicción como problema. Sin embargo, en este estadio se encuentra la ambivalencia, la cual es un estado en donde el paciente percibe en una especie de

equilibrio entre las ventajas y desventajas de cambiar (J. O. Prochaska, 1999). Al no diferenciar los atributos inmersos en contemplación, estos datos no solo podrían indicar mejoría en los niveles de consciencia de problema, sino que también podrían indicar que la expresión y liberación de emociones puedan asociarse con la dificultad para dar el paso siguiente a realizar compromisos relevantes con el cambio (abstinencia).

Torres Carvajal (2010) estaría a favor de que la expresividad sería una señal de progreso hacia el cambio. Él hacía referencia al trabajo de Miller y Rollnick, en su propuesta de entrevista motivacional, pues toman énfasis al clima que se pueda propiciar entre el terapeuta y el paciente, lo cual ha permitido trabajar la expresividad; además de ello, le han puesto énfasis, en el trabajo con contempladores, al uso de técnicas como el balance de pros y contras de cambiar o no cambiar, en donde tienen en cuenta los valores del paciente; así también, se enfocan en el incremento de la autoeficacia, recordándole al paciente los éxitos que tuvo y puede desarrollar. Según esto se podría señalar las estrategias correlacionadas con contemplación servirían como respuestas a esperar al disminuir la ambivalencia, siempre y cuando se puedan emplear técnicas que encaminen a estas estrategias hacía la reducción de la ambivalencia.

En el estadio acción encontramos relación estadísticamente significativa con las estrategias: afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades, reinterpretación positiva, búsqueda de soporte social por razones instrumentales, búsqueda de soporte social por razones emocionales y afrontamiento religioso (de forma positiva).

Como tal, el modelo transteórico se realizó en base a metaanálisis de modelos de tratamiento para lograr un cambio, de acuerdo con ello se establecieron estadios. En acción, se propuso

la abstinencia como una característica fundamental, pues establecía una acción muy concreta respecto al cambio en las adicciones (Prochaska, 1999), no obstante, esto abre una brecha en el estudio ya que como se explicó en el marco teórico, el tratamiento en comunidades terapéuticas es de tiempo prolongado y en internamiento, así que durante la estancia en el tratamiento el paciente no solo tiene prohibido consumir, sino que no tiene la posibilidad de hacerlo. Para completar las preguntas referentes con acción, se pidió a los participantes que marquen en función de lo que harían si no estuviesen internados.

De hecho, estos datos harían dificultoso concluir que los estadios relacionados con acción en este estudio estén vinculados necesariamente con la abstinencia ya que a lo mucho se puede mencionar que estas estrategias se asociaron con la intención de no volver a consumir. Sería necesario estudios de seguimiento servirían para contrastar resultados. Aunque también se podría reformular el constructo de acción enfocándose en los tratamientos que dan los programas residenciales. De todas formas, la asociación podría explicarse por el contexto del tratamiento, en donde se orienta a los participantes a lidiar con sus problemas buscando soluciones, planteando un plan de acción o pidiendo ayuda (Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, 2013)

En cuanto al estadio mantenimiento se encontró relación estadísticamente significativa con las estrategias: enfocar y liberar emociones, búsqueda de soporte social por razones instrumentales, búsqueda de soporte social por razones emocionales, negación, uso del humor, uso de sustancias (de forma positiva).

Como se sabe, la menor parte de los participantes se ubicó en este estadio. Ahora, lo que se encontró y con ello me refiero a negación y usos sustancias, es debatible, pues estaríamos asumiendo que el uso de sustancias y negar el consumo ayudan a mantener la abstinencia.

Es necesario tener en cuenta que la evaluación que se hizo de las estrategias fue bajo un carácter disposicional, esto quiere decir que el negar y usar sustancias (SPA) son estrategias que no solo se presentarían la forma con la que lidian con el mantenimiento de la abstinencia. Como lo ha plantea en el modelo transteórico, este estadio se marca por la consolidación o recaída, aunque esta última puede estar presente en cualquier otro estadio. Sin embargo, estas posibilidades abren brechas para entender mejor la presencia de estas dos estrategias.

Probablemente parte de los participantes ubicados en mantenimiento estaban proclives de retomar el consumo de drogas (Rodríguez Vilchez, 2004). También cabe la posibilidad de que hayan estado evaluando el consumo de otra sustancia para lidiar con su adicción original. Por ejemplo, si eran ingresados por adicción a cocaína, ahora intentarían optar por el consumir alcohol para lidiar con la abstinencia a la cocaína.

En el caso que fuere, esto permitiría identificar que son necesario trabajos de refuerzos en estos pacientes. No solo en este estadio, sino si se presenta evidencia de optar nuevamente por el consumo como una estrategia de afronte, estando en cualquier otro estadio.

Por el lado de las otras estrategias correlacionadas, señala una vez más la importancia de soporte y expresividad en el tratamiento. Quiere decir que este tipo de pacientes a este punto aun participan o requieren de espacios en donde se sientan escuchados y apoyados. Otros

estudios, como el de están de acuerdo con ello, añadiendo el trabajo en incrementar la autoeficacia (Litt et al., 2008).

El primer objetivo específico busca el estadio más frecuente en la población. En este caso se encontró que la mayoría de los participantes se ubicaba en el estadio contemplativo (66.70%). En el precontemplativo, se ubicaba tan solo el 14.8%. Y entre acción y mantenimiento se encontró el 18.1% de los participantes. Esto coincide en cierta parte con los resultados propuestos por Prochaska 1999, según él los pacientes resistentes al cambio son los que más abundan (precontempladores), sin embargo, en este estudio los más frecuentes eran los pacientes contempladores. Esto podría ocurrir por las características de los participantes pues por criterios de inclusión 1) solo se trabajó con pacientes que hayan tenido más de 1 mes de internamiento, lo cual garantizaba la desintoxicación física y su lucidez 2) pacientes que ya llevaron una entrevista inicial por parte del área de psicología y hayan recibido diagnóstico psiquiátrico, lo cual implicaba que se le explique o persuada sobre su condición de adicto.

Como segundo objetivo específico se encontró que la estrategia más empleada por los participantes fue el afrontamiento religioso con una media de 12.07, seguida de reinterpretación positiva con una media de 11.95 y planificación con media de 11.49. Por otro lado, las estrategias menos usadas fueron desentendimiento conductual, negación y uso de sustancias, con medias de 6.62, 7.13 y 7.48, respectivamente.

El uso frecuente del afrontamiento religioso coincide con otros estudios (Criollo & Guerrero, 2015) pero se contradice con otros (Arango Ramos, 2018; Cáceres Cebrecos, 2016; Solano

Melo, 2017). La frecuencia de esta estrategia puede ser resultado de la importancia que las comunidades terapéuticas otorgan a las enseñanzas religiosas o espirituales dentro de sus tratamientos. Esto se observa en la cantidad de espacios que brindan a instituciones religiosas para dar charlas sobre fe o espiritualidad (Comas, 2010). No se discute que tan productivo pueda ser ello en el tratamiento; sin embargo, sí parece que muchas de las prácticas enseñadas son adoptadas por la mayoría de los residentes, teniendo así a la religión como una estrategia de afrontamiento. Parece ser que el contexto resulta muy importante para el uso de las estrategias. Por otro lado, pese ser la tercera estrategia más usada, planificación fue encontrada como la más usada en otro estudio (Solano, 2017). En cuanto a las estrategias menos usadas, se encuentra desentendimiento conductual en primer lugar; seguidamente de negación y, por último, uso de sustancias, coincidiendo con investigaciones como la de (Arango Ramos, 2018; Solano, 2017).

El tercer objetivo específico buscaba identificar el rango de edad más frecuente en los participantes. Se identificó que la mayoría de los participantes que se encontraban recibiendo tratamiento en comunidades terapéuticas eran jóvenes (61.7%); seguido de los adultos con 29.2%; luego, los adolescentes con 8.1% y, por último, los adultos mayores con 1%.

El cuarto objetivo específico buscó identificar el rango de edad más frecuente de inicio de consumo de los participantes. Se identificó que el 61.9% de los participantes inició su consumo en la adolescencia, luego estaban los que iniciaron el consumo en su juventud con 30.5%, después estaban los que iniciaron en la niñez, con 5.2% y, por último, los que iniciaron siendo adultos, con 1.9%.

Los datos encontrados por el tercer y cuarto objetivo específico coinciden con lo reportado por diversas entidades (CEDRO, 2015; DEVIDA, 2014; MINSA, 2018; Cáceres Cebrecos, 2016) que han realizado estudios epidemiológicos. Reportando que la población que presentaba más trastornos debido al consumo de SPA eran jóvenes y la población más vulnerable o donde se inicia el consumo de SPA era en la adolescencia.

En cuanto a limitaciones hay que tener en cuenta que debido al muestreo los resultados no se pueden generalizar, pues es de tipo intencional. De hecho, se optó por este tipo de muestreo debido a la dificultad y escases de participantes.

Otra limitante fueron los instrumentos de medición empleado. Hay escasos instrumentos que median las variables a estudiar. Cuando se revisaron los instrumentos, se observó que había evidencia que las respaldaba, tanto a nivel de validez como de confiabilidad; sin embargo, la evidencia reportada resultaba de métodos de análisis estadísticos tradicionales que en la actualidad ya no se emplean.

Otro aspecto que limitó el estudio fueron los valores estadísticos encontrados en las correlaciones, los cuales no sobrepasan el 0.26. Esto podría deberse a los instrumentos usados, de los cuales ya se mencionó sus dificultades psicométricas. Por otro lado, estos valores pequeños pueden señalar que el escaso valor asociativo entre ambos constructos estudiados siendo otras variables quienes se asocien más fuertemente con los estadios y estrategias de afrontamiento, o podrían indicar la presencia de relaciones no lineales entre estadios y estrategias de afrontamiento.

En cuanto a recomendaciones se sugiere a) incrementar el número de estudios de calidad que busquen analizar más a fondo el cambio que brindan los tratamientos para las adicciones,

teniendo en cuenta otras variables, como autoeficacia, que expliquen el cambio. b) Implementar en la etapa de pretratamiento el abordaje de exploración y educación emocionales. c) Las instituciones encargadas de trabajar con pacientes adictos deben dar énfasis a capacitar al personal que brinda atención en el desarrollo de competencias que les permitan establecer una buena alianza terapéutica y ambiente de confianza y expresividad con el paciente. d) Brindar énfasis al tratamiento de pacientes contempladores, por ser los más frecuentes. e) Realizar estudios cuyo diseño posibilite recopilar evidencias de validez y confiabilidad para instrumentos que evalúen afrontamiento y etapas de cambio, esto usando métodos estadísticos actuales, con el fin de tener mayor precisión en cuanto a la medición de los constructos.

4.2 Conclusiones

- Los adictos, independiente del estadio en que se ubiquen usan estrategias para afrontar sus problemas.
- No todas las estrategias serán usadas en un estadio.
- Las estrategias de afrontamiento pueden no ser los factores más asociados con los estadios.
- Contemplativo es el estadio más frecuente en los participantes, seguida precontemplación.
- Afrontamiento religioso es la estrategia más frecuente en los participantes, seguido de reinterpretación positiva y, en tercer lugar, planificación.
- Desentendimiento conductual la estrategia menos usada, seguido de negación y uso de sustancias.
- El rango entre 18 a 29 años (juventud) fue la más frecuente en los participantes.

- El rango entre 12 a 17 años (adolescencia) fue la más frecuente en los participantes como la etapa en donde la mayoría inició su consumo de SPA.

REFERENCIAS

- Álvarez, L. (2010). Modelos psicológicos del cambio: de los modelos centrados en el individuo a los modelos psicosociales en psicología de la salud (Vol. 20). *Psicología Salud*.
- Arango Ramos, J. L. (2018). *Consumo de drogas y estrategias de afrontamiento al estrés en estudiantes de una universidad privada de Lima Sur*. Retrieved from <http://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/AUTONOMA/661>
- Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29, 1038-1059.
- Bardales, M. C., & Perez-Aranibar, C. C. (2016). Afrontamiento al estrés: Adaptación del Cuestionario COPE en Universitarios de Lima. [Stress coping: Adaptation of the questionnaire COPE in university's students of Lima.]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 42(2), 95-109. doi:10.21865/RIDEP42_95
- Basurto Gonzales, J. J. (2017). *Propiedades psicométricas de la escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island: Urica en adolescentes residentes de una comunidad terapéutica de Lima sur*. Retrieved from <http://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/AUTONOMA/412>
- Becoña Iglesias, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*(77), 25-32.
- Cáceres Cebrecos, E. M. (2016). *Factores de personalidad y estrategias de afrontamiento en jóvenes consumidores de marihuana*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/20.500.12404/7165>
- Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J. J., González, H., & Iruarrizaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de Psicología*, 10(2), 145-156.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol*, 56(2), 267-283. doi:10.1037//0022-3514.56.2.267
- Castaño, E. F., & León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of psychology and psychological therapy*, 10(2), 245-257.
- Ciobanu, I., Di Patrizio, P., Baumann, C., Schwan, R., Vlamynck, G., Bedes, A., . . . Bourion-Bedes, S. (2020). Relationships between coping, anxiety, depression and health-related quality of life in outpatients with substance use disorders: results of the SUBUSQOL study. *Psychol Health Med*, 25(2), 179-189. doi:10.1080/13548506.2019.1679847
- Criollo Chimbo, M. E. (2015). *Estrategias de afrontamiento en varones drogodependientes en proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica*.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988a). Coping as a mediator of emotion. *J Pers Soc Psychol*, 54(3), 466-475. doi:10.1037/0022-3514.54.3.466
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988b). *Manual for the ways of coping questionnaire*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1(3, Spec Issue), 141-169. doi:10.1002/per.2410010304
- Litt, M. D., Kadden, R. M., Kabela-Cormier, E., & Petry, N. M. (2008). Coping skills training and contingency management treatments for marijuana dependence: exploring mechanisms of behavior change. *Addiction*, 103(4), 638-648. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02137.x

- Llerena Henzler, E. E. (2015). *Consumo de drogas, percepción de riesgo y afrontamiento en soldados del ejército*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/20.500.12404/6550>
- Llorens Aleixandre, N., Perelló del Río, M., & Palmer Pol, A. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *2004*, *16*(4), 6. doi:10.20882/adicciones.391
- Marquez-Arrico, J. E., Rio-Martinez, L., Navarro, J. F., Prat, G., Forero, D. A., & Adan, A. (2019). Coping Strategies in Male Patients under Treatment for Substance Use Disorders and/or Severe Mental Illness: Influence in Clinical Course at One-Year Follow-Up. *J Clin Med*, *8*(11). doi:10.3390/jcm8111972
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *20*(3), 368-375. doi:10.1037/h0090198
- Mikulic, I. M., & Crespi, M. C. (2008). ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DEL INVENTARIO DE RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO DE MOOS (CRI-A) PARA ADULTOS. *Anuario de Investigaciones*, *XV*, 305-312.
- Muñoz-García, A. N., & Arellanez-Hernández, J. L. (2015). Estrés psicosocial, estrategias de afrontamiento y consumo de drogas en adolescentes. *2015*, *6*(2), 20. doi:10.29365/rpcc.20151130-42
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Pedrosa, I., Juarros-Basterretxea, J., Robles-Fernández, A., Basteiro, J., & García-Cueto, E. (2015). Pruebas de bondad de ajuste en distribuciones simétricas, ¿qué estadístico utilizar? *Universitas Psychologica*, *14*, 245-254.
- Prochaska, J. O. (1999). How do people change, and how can we change to help many more people? *The heart and soul of change: What works in therapy*. (pp. 227-255). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *19*(3), 276-288. doi:10.1037/h0088437
- Rodríguez Chacón, A. B. (2012). *Afrontamiento y soporte social en un grupo de adictos de un hospital psiquiátrico de Lima*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/20.500.12404/1561>
- Rodríguez Vilchez, E. (2004). Construcción de la motivación hacia un tratamiento en la conducta adictiva. *Liberabit. Revista Peruana de Psicología*(10), 22-26.
- Santos Diez, P., González Martínez, G., Fons Brines, M. R., Forcada Chapa, R., & Zamorano García, C. (2001). Estadios y procesos de cambio en drogodependientes en tratamiento ambulatorio. *2001*, *13*(2), 6. doi:10.20882/adicciones.574
- Solano Melo, C. A. (2017). *Estilos de afrontamiento y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas de Lima*. Retrieved from <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6629>
- Torres Carvajal, G. A. (2010). La entrevista motivacional en adicciones. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *39*, 171 S-187 S.
- Vallejos Flores, M., Orbegoso Faccio, C., & Capa Luque, W. (2015). ESCALA DE EVALUACIÓN DEL CAMBIO DE LA UNIVERSIDAD DE RHODE ISLAND (URICA): VALIDEZ Y CONFIABILIDAD EN DROGADEPENDIENTES.
- Vazquez, C., Crespo, M., & Ring, J. M. (2000). Estrategias de Afrontamiento (pp. 425-446).
- Wunschel, S. M., Rohsenow, D. J., Norcross, J. C., & Monti, P. M. (1993). Coping strategies and the maintenance of change after inpatient alcoholism treatment. *Social Work Research & Abstracts*, *29*(4), 18-22. doi:10.1093/swra/29.4.18

ANEXOS

Anexo 1: Ficha de datos sociodemográficos

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS				
Comunidad:		Edad:		Fecha:
Tiempo de residencia: () meses			Nº internamientos: ()	
Grado de instrucción:	(1) Primaria incompleta	(3) Secundaria incompleta	(5) Técnico incompleto	(7) Superior incompleto
	(2) Primaria completa	(4) Secundaria completa	(6) Técnico completo	(8) Superior completo
Estado civil:	Soltero ()	Casado ()	Divorciado ()	Viudo ()
Drogas consumidas y edad de inicio de su consumo:			Droga problema (adictiva):	
(1) Alcohol – Edad: _____			(1) Alcohol (2) Cocaína	
(2) Cocaína – Edad: _____			(3) PBC (4) Marihuana	
(3) PBC – Edad: _____			(5) Marihuana y PBC	
(4) Marihuana – Edad: _____			(6) Marihuana y cocaína	
(5) Marihuana y PBC – Edad: _____			(7) Crack (8) LSD	
(6) Marihuana y cocaína – Edad: _____			(9) Anfetaminas (10) Tabaco	
(7) Crack – Edad: _____			Otros: _____	
(8) LCD – Edad: _____			_____	
(9) Anfetaminas – Edad: _____			_____	
(10) Tabaco – Edad: _____			_____	
Otros: _____			_____	
_____			_____	

Anexo 2: Ficha de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigador: Juan Ambrosio.

Estilos de afrontamiento y estadios de cambio en residentes adictos internados en comunidades terapéuticas es un estudio el cual pretende determinar las diferencias de estilos de afrontamiento, según estadios de cambio, que se presentan en una población de adictos residentes de comunidades terapéuticas, para ello se emplearán dos cuestionarios, COPE, que mide los estilos de afrontamiento al estrés y URICA, que mide los estadios de cambio. El presente trabajo es confidencial lo que implica que no se pretende divulgar la identidad de los participantes, manteniendo esa información como anónima en caso de alguna publicación posterior. Se agradece su participación.

Fecha:

Firma del participante

Firma del investigador

Anexo 3: Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island

URICA

Instrucciones: Por favor, indicar el grado de acuerdo o desacuerdo con cada frase. Responda en función de cómo se siente ahora mismo, no de cómo se sintió o cómo le gustaría sentirte. La palabra "problema" refiere al motivo de consulta. Marque con una "X" en la casilla que corresponda al grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación.

1	totalmente en desacuerdo (NO)	2	Bastante en desacuerdo	3	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	Bastante de acuerdo	5	totalmente de acuerdo (SI)
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									
29									
30									
31									
32									

Anexo 4: Cuestionario de Estimación de Afrontamiento

CUESTIONARIO DE ESTIMACIÓN DE AFRONTAMIENTO - COPE

Este cuestionario le pide que indique lo que generalmente hace o siente cuando afronta acontecimientos estresantes. Piense en lo que habitualmente hace para manejar esas circunstancias. A continuación encontrará una serie de afirmaciones, marque en la casilla que corresponda según se asemeje a su situación en función a su propia forma de actuar o sentir frente a acontecimientos estresantes. Marque con una "X" de acuerdo la cantidad de veces que realiza cada afirmación. Sea lo más sincero posible.

Afirmaciones	Casi nunca hago esto	A veces hago esto	Usualmente hago esto	Hago esto con mucha frecuencia
1. Intento desarrollarme como persona como resultado de la experiencia.	1	2	3	4
2. Me concentro en el trabajo u otras actividades sustitutivas para alejar el tema de mi mente.	1	2	3	4
3. Me altero y deajo aflorar mis emociones.	1	2	3	4
4. Trato de conseguir consejo de alguien sobre qué hacer.	1	2	3	4
5. Concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de la situación.	1	2	3	4
6. Me digo a mí mismo(a) "Esto no es real".	1	2	3	4
7. Confío en Dios.	1	2	3	4
8. Me río acerca de la situación.	1	2	3	4
9. Admito que no puedo lidiar con el problema y deajo de intentar resolverlo.	1	2	3	4
10. Me contengo a mí mismo(a) de hacer algo apresuradamente.	1	2	3	4
11. Hablo de mis sentimientos con alguien.	1	2	3	4
12. Consumo alcohol o drogas para sentirme mejor.	1	2	3	4
13. Me acostumbro a la idea de que el hecho sucedió.	1	2	3	4
14. Hablo con alguien para saber más acerca de la situación.	1	2	3	4
15. Evito distraerme con otros pensamientos o actividades.	1	2	3	4
16. Sueño despierto(a) con otras cosas diferentes.	1	2	3	4
17. Me altero y soy realmente consciente de la situación.	1	2	3	4
18. Pido la ayuda de Dios.	1	2	3	4
19. Hago un plan de acción.	1	2	3	4
20. Hago bromas sobre la situación.	1	2	3	4
21. Acepto que el hecho ha sucedido y que no puede cambiarse.	1	2	3	4
22. No hago nada hasta que tenga más clara la situación.	1	2	3	4
23. Intento conseguir apoyo emocional de amigos o familiares.	1	2	3	4
24. Dejo de intentar alcanzar mi meta.	1	2	3	4
25. Tomo medidas adicionales para intentar librarme del problema.	1	2	3	4
26. Intento evadirme un rato bebiendo alcohol o tomando drogas.	1	2	3	4
27. Me niego a creer que haya sucedido.	1	2	3	4

Afirmaciones	Casi nunca hago esto	A veces hago esto	Usualmente hago esto	Hago esto con mucha frecuencia
28. Dejo aflorar mis sentimientos.	1	2	3	4
29. Intento ver el problema de una forma diferente, para que parezca más positivo.	1	2	3	4
30. Hablo con alguien que pudiera hacer algo concreto acerca del problema.	1	2	3	4
31. Duermo más de lo habitual.	1	2	3	4
32. Trato de idear una estrategia sobre lo que debo de hacer.	1	2	3	4
33. Me concentro en el manejo del problema y, si es necesario, dejo de lado otras cosas.	1	2	3	4
34. Consigo la compasión y comprensión de alguien.	1	2	3	4
35. Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en ello.	1	2	3	4
36. Bromeo sobre ello.	1	2	3	4
37. Renuncio a intentar lograr lo que quiero.	1	2	3	4
38. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.	1	2	3	4
39. Pienso en cómo podría manejar mejor el problema.	1	2	3	4
40. Actúo como si realmente no hubiera sucedido.	1	2	3	4
41. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar demasiado pronto.	1	2	3	4
42. Intento evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos de manejar la situación.	1	2	3	4
43. Voy al cine o veo la televisión para pensar menos en ello.	1	2	3	4
44. Acepto que es una realidad que el hecho ha sucedido.	1	2	3	4
45. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares qué hicieron.	1	2	3	4
46. Siento que me altero mucho y expreso demasiado todo lo que siento.	1	2	3	4
47. Llevo a cabo una acción directa en torno al problema.	1	2	3	4
48. Intento encontrar consuelo en mi religión.	1	2	3	4
49. Me obligo a mí mismo(a) a esperar el momento oportuno para hacer algo.	1	2	3	4
50. Hago bromas de la situación.	1	2	3	4
51. Reduzco la cantidad de esfuerzo que dedico a resolver el problema.	1	2	3	4
52. Hablo con alguien acerca de cómo me siento.	1	2	3	4
53. Utilizo alcohol o drogas para ayudarme a superarlo.	1	2	3	4
54. Aprendo a vivir con el problema.	1	2	3	4
55. Dejo de lado otras actividades para poder concentrarme en el problema.	1	2	3	4
56. Pienso profundamente acerca de qué pasos tomar.	1	2	3	4
57. Actúo como si nunca hubiera ocurrido.	1	2	3	4
58. Hago lo que hay que hacer, paso a paso.	1	2	3	4
59. Aprendo algo de la experiencia.	1	2	3	4
60. Rezo más de lo habitual.	1	2	3	4