



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

**SATISFACCIÓN CON LA VIDA Y
ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO ASOCIADAS A
LOS ESTADIOS DE CAMBIO EN
ADICCIONES EN UN CENTRO
ESPECIALIZADO DE TRATAMIENTO
EN CONSUMO DE ALCOHOL Y
OTRAS DROGAS**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA
SALUD**

HUGO ALFREDO JIMENEZ TACO

LIMA –PERÚ

2022

Asesor de Tesis:

DRA. ELIZABETH DANY ARAUJO ROBLES

Jurado Evaluador:

DR. HUGO MARTIN NOE GRIJALVA
Presidente

MG. JORGE MANUEL MENDOZA CASTILLO
Vocal

MG CAROLINA JESUSA MAYORCA CASTILLO
Secretario

Dedicatoria

La expresión de mi admiración profunda y gratitud a la fuerza, la constancia, al amor y a la humildad, de quien a diario colorea los capítulos de mi vida con sus ocurrencias y perseverancias, a mi madre, que como un gigante inmutable me supo conducir con su sabiduría y que con sus manifestaciones de amor a cada momento supo levantarme en los momentos más difíciles, enseñándome que el Universo es el límite por alcanzar.

A mi Padre, a mis hermanos Pablo y Narciza y a mis sobrinos Adrián y José, mis compañeros de juegos, ¡mi prenda querida!, a ellos que siempre creyeron en mí, quienes son mis referentes de responsabilidad, ternura, lucha y éxito. Sus palabras, su compañía han sido el incentivo a continuar con los sueños que de niño prometí alcanzar.

A la mujer que, aunque sea noviembre del año 2021 no se leer todavía, a ella que vive conmigo, que aún la espero, y que me brinda los momentos más irracionalmente felices. A ti que "...Prefiero buscarte en el infierno a quedarme un día más aquí sin ti..."

Agradecimiento

Al primer motor del universo, quien, con su manifestación suprema de amor, consiente mi caminar por el mundo, a la figura de lo insostenible y experimentalmente paterno en mis 32 años de peregrinaje.

A mi madre y mi padre, razón principal de salir de mi país y continuar con mi formación académica, por haberme brindado el maravilloso regalo de crecer a su lado y aprender de su amor y constancia.

A todos quienes me acompañaron en mis ansiedades y delirios por comprender la Psicología y que por su intermedio y vocación transmitieron el paso necesario de lo académico a lo humano, a mis maestros que me permitieron acompañarme de su experiencia en esta casa de sabiduría llamada Universidad Peruana Cayetano Heredia

A mi tutora Académica y de Investigación Dra. Danny Araujo, profesional que, como maestra, exhibe en su retórica no solo la complejidad de la investigación en psicología, si no la clara necesidad de constancia y dedicación en la superación académica constante. A los profesores de la Facultad que me ofrecieron la oportunidad de crecer personal y profesionalmente, brindándome apoyo constante y su amistad sincera.

Fuente de financiamiento

Tesis Autofinanciada

Índice

Introducción.....	1
Capítulo I Planteamiento del Problema.....	4
1.1. Identificación del Problema.....	4
1.2. Justificación e importancia del problema.....	11
1.3. Limitaciones de la investigación.....	13
1.4. Objetivos de la investigación.....	15
Objetivo general.....	15
Objetivos específicos.....	15
Capítulo II Marco Teórico.....	16
2. Aspectos conceptuales pertinentes.....	16
2.1.1. Definiciones conceptuales y perspectiva actual de la Satisfacción con la vida.....	16
2.1.1.1. Teorías que explican la Satisfacción con la vida.....	26
2.1.2. Estrategias de afrontamiento al estrés.....	32
2.1.2.1. Definiciones conceptuales del afrontamiento y perspectiva actual. 32	
2.1.2.2. Teorías que explican el afrontamiento.....	42
2.1.3. Estadios de cambio en adicciones.....	46
2.1.3.1. Definición de los estadios de cambio en adicciones y perspectiva actual.....	46
2.1.3.2. Teorías que explican los estadios de cambio en adicciones.....	57
2.2. Investigaciones.....	68
2.2.1. Investigaciones acerca de la satisfacción con la vida.....	68
2.2.2. Investigaciones acerca de las estrategias de afrontamiento.....	75
2.2.3. Investigaciones acerca de los estadios de cambio.....	81
2.3. Definiciones conceptuales y operacionales de variables.....	90
2.3.1. Definición conceptual y operacional de la satisfacción con la vida.....	90
2.3.2. Definición conceptual y operacional de las estrategias de afrontamiento.....	92
2.3.3. Definición conceptual y operacional de los estadios de cambio en adicciones.....	94
2.4. Hipótesis.....	96
Capítulo III: Metodología.....	97
3.1 Nivel y tipo de investigación.....	97
3.2 Diseño de la investigación.....	97
3.3 Naturaleza de la Muestra.....	99
3.3.1 Población.....	99
3.3.1.1 Descripción de la Población.....	99
3.3.2 Muestra y método de muestreo.....	99
3.3.3 Criterios de Inclusión y Exclusión.....	106

3.4 Instrumentos.....	107
3.4.1 Escala de Satisfacción con la Vida de Diener (SWLS).....	107
3.4.2 Escala de estrategias de afrontamientos-Escala de afrontamiento de Lazarus.	108
3.4.3 Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA).	109
3.5 Procedimiento.....	111
3.5.1 Consideraciones éticas.....	114
3.6 Plan de análisis de datos.....	116
Capítulo IV: Resultados	118
4.1 Datos descriptivos	118
4.2 Datos de asociación de variables.....	125
4.3 Contrastación de hipótesis.....	136
Capítulo V: Discusión	141
Capítulo VI: Conclusiones	148
Recomendaciones.....	150
Referencias	153
Anexos.....	

Índice de Tablas

Tabla 1	39
Tabla 2	100
Tabla 3	118
Tabla 4	120
Tabla 5	121
Tabla 6	122
Tabla 7	124
Tabla 8	126
Tabla 9	128
Tabla 10	132
Tabla 11	136
Tabla 12	138
Tabla 13	139

Índice de figuras

Figura 1	66
----------------	----

Resumen

La presente investigación sobre Psicología Clínica tuvo como objetivo general, relacionar la satisfacción con la vida y las estrategias de afrontamiento en función a los estadios de cambio en pacientes consumidores de sustancias psicotropas en un centro especializado para tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas en Quito-Ecuador. Investigación secundaria con una muestra de 160 casos, población interna en un programa de tratamiento para adicciones. Diseño de tipo no experimental-transversal, recurriendo al método científico, bajo el manejo de base de datos de 3 instrumentos psicométricos (1. Escala de Diener de Satisfacción con la vida, 2.-Ways of Coping Questionnaire de Modos de afrontamiento y 3. La Escala de evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA). Los resultados esperados evidenciaron una asociación significativa entre la satisfacción con la vida y los modos de afrontamiento con los estadios de cambio con criterio de efecto bajo y moderado respectivamente. El estudio explicó que la satisfacción con la vida y las estrategias de afrontamiento predicen los estadios de cambio en un 64% en el tratamiento en adicciones. Los resultados permiten procesos de tratamiento individualizados, dependiendo de los estadios de cambio, además del desarrollo de protocolos de tratamiento diferenciados, respaldados en hallazgos de procesos psicológicos de comorbilidad. El adecuado manejo de las variables intervinientes podría relacionarse con los avances del proceso de recuperación en adicciones.

Palabras clave: Satisfacción con la vida, Afrontamiento, Motivación al cambio, adicciones.

Abstract

The present research on Clinical Psychology had as a general objective, to relate satisfaction with life and coping strategies based on the stages of change in patients who consume psychotropic substances in a specialized center for treatment of alcohol and other drugs consumption in Quito -Ecuador. Secondary investigation with a sample of 160 cases, internal population in an addiction treatment program. Non-experimental-cross-sectional design, using the scientific method, using a database of 3 psychometric instruments (1. Diener's Life Satisfaction Scale, 2.- Ways of Coping Questionnaire for Coping Modes and 3. The University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) The expected results showed a significant association between life satisfaction and coping modes with the stages of change with low and moderate effect criteria respectively. explained that life satisfaction and coping strategies predict the stages of change by 64% in addiction treatment. The results allow individualized treatment processes, depending on the stages of change, in addition to the development of differentiated treatment protocols , supported by findings of psychological comorbidity processes The adequate management of the intervening variables can It would be related to the progress of the addiction recovery process.

Keywords: Satisfaction with life, Coping, Motivation to change, addictions.

Introducción

El consumo problemático de sustancias, las adicciones denominadas actualmente como drogodependencias desde su conceptualización como problema de salud mental y salud pública, han generado espacios de incidencia política, económica, social y académica, mostrando así la necesidad desde los diferentes actores participantes, responder de forma oportuna a su compleja manifestación en los diferentes contextos.

Desde la investigación en salud mental, el modelo Transteórico del cambio propone en su cuerpo conceptual, explicar el cambio en el comportamiento de las personas dependientes de drogas, debido a que, el proceso podría estar supeditado a variables intervinientes como la satisfacción con la vida y el modo de afrontamiento al estrés, factores que sumados a las etapas transicionales de cambio podrían explicar el éxito en el deseo del cambio en adicciones y por tanto en el tratamiento terapéutico.

Los diferentes motivos que tienen las personas frente a la necesidad de cambio están relacionados a: como los individuos perciben su historia de vida, a la satisfacción personal frente a las condiciones de vida que ostenta, al cumplimiento de metas o ideales de vida y a una adecuada visión al pasado. (Diener & Larsen, 1991).

La satisfacción con la vida como estructura dimensional del bienestar psicológico sumado al sistema que utiliza una persona para hacerle frente a las situaciones que generan altos niveles de estrés, estructuran patrones que son contextualizados bajo teorías que la identifican cómo modos de afrontamiento. Esta dinámica entre la satisfacción con la vida y afrontamiento al estrés responden a

ciertas actitudes y motivaciones en el análisis de resolución de un problema, compartiendo su manifestación adaptativa en reproducción sistemática de comportamientos, permitiendo así, que una actitud pudiera conservarse en tiempo y espacio para formar parte de un sistema más equilibrado bajo parámetros de conducta desadaptativas como por ejemplo el huir constantemente, eludir responsabilidades, el mantenerse lejos de la confrontación, permitiendo así comportamientos nocivos como el consumo de sustancias.

La importancia de la presente investigación sustenta el comprender el fenómeno de la motivación al cambio y los factores que intervienen en el curso de un tratamiento en adicciones, faculta la oportunidad de la viabilidad de procesos de intervención en los diferentes niveles que persiguen el cambio en adicciones, focaliza la congruencia del bienestar psicológico, las actitudes individuales y las particularidades de enfrentarse a las situaciones que demandan la mayor movilidad psíquica como lo es, el paso de activo de la adicción a la recuperación continua.

Por lo anteriormente explicado, la presente investigación tuvo como objetivo general: relacionar la satisfacción con la vida y las estrategias de afrontamiento en función a los estadios de cambio en pacientes consumidores de sustancias psicotropas, en un centro especializado para tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas en Quito-Ecuador, con el propósito de determinar si las variables satisfacción con la vida y modos de afrontamiento pueden explicar el fenómeno del cambio en adicciones, con un alcance metodológico Cuantitativo, No experimental, Transversal, asociativo.

El presente Informe Final de investigación se sustenta en la siguiente lógica:
Capítulo I: Planteamiento del problema; capítulo II: Marco Teórico; capítulo III:
Metodología; capítulo IV: Resultados; capítulo V: Discusión; capítulo VI:
conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

Capítulo I Planteamiento del Problema.

1.1. Identificación del Problema.

El consumo de sustancias es un problema mundial, afectando a toda la población indistintamente de su edad, siendo evidente que su aparición perjudica en mayor proporción a las personas en sus años más productivos; si un adolescente o adulto joven ingresa en la dinámica del consumo de sustancias, sus posibilidades de desarrollo, empleo, educación son reducidas al máximo, impidiendo inclusive luego de un tratamiento en adicciones una adecuada reinserción social, lo que implica no solo una problemática social, sino una afectación productivo-económica en años de vida perdidos. (Matalinares, Díaz, Raymundo, & Baca, 2016).

Un proceso de tratamiento en adicciones es identificado, como una intervención terapéutica científicamente sustentada en evidencias que, de acuerdo a la OMS, se definen como los estadios que inician las personas con problemas de consumo de drogas cuando asisten con un servidor de salud y que se desarrolla mediante un número identificado de intervenciones, que pretenden que el individuo logre independencia de las sustancias de consumo mejorando su calidad de vida y bienestar. (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2014).

El informe a nivel internacional acerca del consumo de drogas en el 2018 expuso estadísticas en relación al consumo de sustancias donde las cifras aproximadas de 250 millones de personas en edades de 15 y 64 años, consumieron por al menos una vez en su vida, algún tipo o variación de sustancia droga, natural o sintética. (Peacock, y otros, 2018) datos que evidencian la realidad de las edades de inicio del consumo y sus alcances en términos de años de vida perdidos de hasta 50 años,

reflejando al consumo de sustancias y sus consecuencias como un problema de salud pública.

En igual cifras aproximadas, se establecen que 29 millones de personas a nivel internacional consumen drogas y padecen trastornos relacionados a problemas de salud debidas al consumo de sustancias. (Zeballos & De Lourdes, 2018), estas cifras generan altos indicadores de impacto social, económico y de salud, obligando a los diferentes estados a generar políticas públicas para hacer frente a este problema a través de procesos efectivos de prevención y tratamiento.

En el 2016 la oficina de las Naciones Unidas en contra las drogas y el cometimiento delito, estableció una cifra de 207.000 muertes vinculadas con el consumo de sustancias, convirtiéndose en objetivo internacional la lucha en contra del consumo de drogas y la necesidad de fomentar políticas públicas de salud y salud mental como un requerimiento prioritario de mejorar los sistemas de abordaje y tratamiento integral en consumo problemático y adicciones en todos los niveles de atención (United Nations Office on Drug and Crime [UNODC], 2016).

Por su parte, el Estado ecuatoriano a través de ley de salud y la garantía de los derechos de las personas con problemas de salud mental, especifica en su normativa, una atención integral en el marco contextual de las adicciones, garantizando un abordaje multidisciplinario, bajo diferentes modalidades de atención, pudiendo ser estas de atención ambulatoria y de internamiento voluntario, generando una adecuada respuesta frente a la compleja dinámica del consumo de sustancias. (Garzón & Corella , 2014).

El consumo de sustancias y las adicciones a nivel nacional e internacional, generan espacios de incidencia política e inversiones millonarias para su

tratamiento, dando como resultados muchas veces cifras desalentadoras frente a los procesos de recuperación, debido a que su intervención muchas veces se remite a su manifestación sintomática, dejando de lado los factores que pueden relacionarse en el proceso de recuperación (Clúa, Suárez, & García, 2020).

Los factores que motivan a un individuo a la necesidad de cambio están relacionados a: cómo percibe su historia de vida, es decir la satisfacción personal frente a las condiciones de vida que ostenta, su autopercepción de bienestar, el cumplimiento de metas y objetivos, los ideales de vida y una adecuada visión referida al pasado, frente a decisiones que fueron tomadas bajo ciertas circunstancias que pudieron influenciar a una decisión de consumo (Diener & Lucas, 1999).

El sistema particular que utiliza una persona para hacer frente a las situaciones que generan altos niveles de estrés es denominado afrontamiento, este tipo de recurso psíquico al estar presente en toda la historia de vida de un individuo, responde a patrones o estrategias particulares por las que opta una persona para responder comúnmente a una situación estresante, estos patrones son contextualizados bajo teorías que buscan identificar y explicar cómo el afrontamiento puede en cierto modo responder hacia actitudes y motivaciones en el análisis de resolución de un problema, compartiendo su manifestación adaptativa en reproducción sistemática de comportamientos, permitiendo que una actitud pueda conservarse en tiempo y espacio para formar parte de un sistema más equilibrado bajo parámetros de conducta desadaptativas como por ejemplo el huir constantemente, eludir responsabilidades el mantenerse lejos de la confrontación,

permitiendo así comportamientos nocivos (Lazarus & Folkman, 1984), (Lazarus & Folkman, 1986).

Los argumentos de recuperación a las problemas asociadas al consumo pueden estar atravesados por discursos que evidencian ideas conceptualizadas con la soledad, falta de comprensión, donde nadie podría ser capaz de ayudarlos, actitudes que resaltan la incomodidad frente a tratar problemáticas de tipo personal, donde mostrarse vulnerables no es una opción, proyectándose a la falsa ilusión del control de la sustancia; Estas razones pueden justificar que los tratamientos en adicciones puedan fracasar, debido a que, muchos individuos, pudieran desear que todo en su construcción histórica siga su curso normal y que de querer lograr un cambio va hacer muy sacrificado y por tanto imposible, este discurso podría de cierta manera direccionar un proceso de tratamiento a un claro fracaso (Prochaska & DiClemente, 2005).

Abandonar el proceso de tratamiento y el fracaso expresado en recaídas constantes sin mantenimiento del comportamiento de cambio, son las típicas dificultades que presentan las diferentes modalidades de atención en adicciones, razones que justifican, la necesidad de identificar los factores psicológicos relacionados a la motivación adecuada y el compromiso necesario para el éxito no solo del tratamiento sino del cambio permanente logrado por el mismo sujeto que padecía una adicción.

En este mismo contexto, los estadios de cambio en adicciones, se especifican como un proceso en el que un individuo transita desde una drogodependencia hasta una recuperación sostenida, la recuperación se sustenta en la toma de consciencia

acerca del problema de consumo y el requerimiento de cambios que influyen en la motivación para empezar un proceso de tratamiento en adicciones.

El Modelo Transteórico del cambio, hace notar que el proceso de cambio en adicciones no es una cualidad estática, sino un recurso psicológico dinámico, que puede incrementarse a medida que la persona tome conciencia de su problema y a la par ejecute acciones sostenidas en busca de su nueva concepción de vida. (Tejero, 2001).

A pesar que, en los últimos 10 años existen diversos modelos de tratamiento en adicciones, progresivamente los usuarios aumentan, (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2015). Este fenómeno podría explicarse desde la percepción que se tiene de una intervención psicológica adecuada, ya que al tratarse al consumo de drogas como una enfermedad mental, su tratamiento se traduce en el aumento de hospitales, compra de medicinas relacionadas al craving, políticas restrictivas de consumo, campañas de concientización bajo conceptualizaciones ajenas a la realidad social y además influenciada por la estigmatización social en todos los niveles, respuestas que desde la experiencia de los diferentes países de Latinoamérica, no infieren resultados adecuados a la reducción de los niveles de consumo y peor aún, una adecuada visión del proceso motivacional de cambio en adicciones, teniendo como resultados de recuperación aproximad de 4 de 10 personas que son tratadas por adicciones en referencia a estadísticas internacionales (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2015).

Las afectaciones de los problemas del consumo de sustancias aquejan la economía global bajo la cause de su naturaleza de tratamiento, ya que exige un alto costo en relación a los requerimientos multidisciplinarios que engloban una

respuesta de tal magnitud y que, además, las inversiones en salud y prevención de recaídas no garantizan mayor éxito de recuperación frente a las adicciones (Hynes & Ventura, 2019).

Por tanto, desde la investigación científica existe la necesidad imperiosa de una respuesta a este problema de Salud Pública, a partir una adecuada visión de los factores que se vinculan con un tratamiento exitoso, teorizando al consumo de drogas o drogodependencias lejos de su conceptualización clásica como enfermedad mental, permitiendo determinar la asociación vincular en el presente estudio, de variables que podrían coexistir en el proceso individual de una persona en su tratamiento en adicciones, se pretende además, especificar al contexto de las adicciones no como el problema en sí mismo, desmitificando la unidireccionalidad de la conceptualización médica de su naturaleza y acercando a la practicidad metodología de su construcción, es decir, la adicción como consecuencia multicausal, que debe tratarse desde sus variables latentes y brindar una respuesta clara y efectiva, proponiendo un modelo metodológico del proceso motivacional de cambio en adicciones.

La importancia de la presente investigación sustenta el identificar la relación de los estadios de cambio en adicciones y los factores que intervienen en el curso de sostenimiento de comportamientos de recuperación en los tratamiento en adicciones, faculta la oportunidad de la viabilidad de procesos de intervención en los diferentes niveles que persiguen el cambio en adicciones, focaliza la congruencia la satisfacción con la vida, las motivaciones individuales y las particularidades de enfrentarse a las situaciones que demandan la mayor movilidad psíquica como es, el proceso de recuperación en las adicciones.

Así pues, la pregunta rectora de la presente investigación ¿Cómo se relaciona la satisfacción con la vida, las estrategias de afrontamiento según los estadios de cambio en adicciones? Responderá a los factores intervinientes que se deben considerar para el análisis de la problemática del consumo, que brinde resultados en términos de cambio y que permita entender al sujeto consumidor, ya no como un enfermo mental, sino como a un individuo con una historia particular de vida y que en el devenir de su construcción histórica, decidió no responder a las demandas pragmáticas y convencional de la normalidad, y que a través de su síntoma de consumo de sustancias expresa también su historia de vida y que por esta misma naturaleza, es necesario identificar los factores que podrían relacionarse en el proceso motivacional de cambio en adicciones, cuyo resultado se podría expresar en una recuperación progresiva y sistemática.

1.2. Justificación e importancia del problema

Con el fin de justificar el desarrollo de la investigación se detallan a continuación cuatro razones de importancia, las que se resumen en: justificación teórica, metodológica, práctica y social.

La relevancia conceptual se especifica en el desarrollo teórico de las variables: Satisfacción con la vida y estrategias de afrontamiento, considerándose como variables ya estudiadas anteriormente en diversos escenarios de la psicología, sin embargo, al tener como objetivo general la posible asociación dentro campo de las adicciones y sobre todo en el fenómeno motivacional de cambio en pacientes consumidores de sustancias psicotropas, permite un aporte fundamental a la comprensión de las fases de recuperación en adicciones, generando un nuevo cuestionamiento de las posibles variables intervinientes en los procesos motivacionales de cambio, generando nueva evidencia acerca de la necesidad de conocer y manejar los factores que intervienen en los procesos motivacionales de cambio en los diversas problemáticas planteadas como comportamientos nocivos a la salud.

En referencia a la contribución metodológica, el alcance de la presente investigación busca relacionar variables intervinientes dentro del escenarios del consumo de sustancias psicotropas, permitiendo plantear una explicación teórico-metodológica que identifique los posibles factores que intervienen en los procesos de cambio en adicciones. Además de especificar al proceso como parte de las etapas de cambio desde su misma relevancia en el tema de adicciones y su proceso cíclico de cambio, identificando su relación con los constructos, satisfacción con la vida, estrategias de afrontamiento y los estadios al cambio en adicciones, proponiendo

un aporte a los modelos explicativos de cambio y, por tanto, relacionados a los procesos de tratamiento, enfocados en el cambio paradigmático del sujeto sobre la responsabilidad de su proceso de vida y cambio constante dentro del contexto de las adicciones y la recuperación.

La justificación práctica corresponde al requerimiento de establecer procesos diferenciados de tratamiento. Al identificar las variables y su posible relación en los procesos motivacionales de cambio en adicciones, permitiría: Tomar decisiones oportunas en el uso de estrategias terapéutica adecuada en referencia a las distintas estrategias de afrontamiento en el proceso de tratamiento en consumo de sustancias, sabiendo que, estos mecanismos de afrontamiento dependiendo de su naturaleza podrían influenciar en actitudes no necesariamente adecuadas para el proceso de cambio en adicciones; de igual manera identificar los niveles de bienestar psicológico dentro de la dinámica de las adicciones, permitiría generar el cuestionamiento del cambio, definiendo a la par el origen de querer o no cambiar, debatiendo la hipótesis dentro de la población que a mayor satisfacción con la vida, menor necesidad cambio. Este planteamiento compondría una nueva explicación y aporte al proceso sistemático de cambio en adicciones.

Para terminar, la justificación social se fundamenta en el aporte de sus resultados hacia la necesidad de una atención personalizada, integral y multidisciplinaria en los tratamientos de adicciones que responda a las necesidades individuales. Los resultados permitirán una visión específica de la atención en Salud Mental, una visión que se sustente en los procesos y requerimientos individuales, devolviendo al sujeto la responsabilidad activa y el compromiso en su propio proceso de recuperación, generando consciencia de su protagonismo ya que, de mano de

especialistas que se enfoquen en el bienestar psicológico y las estrategias de afrontamiento como variables individuales, el proceso de cambio en adicciones no necesariamente remitirá dentro de un internamiento prolongado, cediendo espacio a la atención ambulatoria, generando la necesidad de nuevos protocolos de atención que tomen en cuenta variables que pueden influir negativamente en el tratamiento y una vez “controlados” estos factores intervinientes, al menos den mayor resultado en el proceso de cambio en adicciones.

La relevancia social pretende una mejor respuesta a los factores que intervienen en el cambio en adicciones, mejorando los procesos de atención a una población vulnerable que se los ha denominado adictos o “enfermos mentales”.

La población que se beneficiará de la investigación corresponde a personas que, por sus manifestaciones sintomáticas, experimentan algún tipo de consumo de sustancias perjudicial para su salud (físico-mental) y que además de ser diagnosticados formalmente, se encuentran en un proceso de rehabilitación y que han decidido de forma libre y voluntaria un internamiento en un centro de tratamiento en adicciones en el Distrito Metropolitano de Quito-Ecuador.

1.3. Limitaciones de la investigación

La investigación no procura factores de predicción a la adherencia terapéutica, tampoco pronosticar el éxito de la rehabilitación en los tratamientos de adicción.

Por su naturaleza, la investigación desarrollada en una base de datos secundaria, con la participación únicamente de casos que hayan sido diagnosticados bajo criterio formal de Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas, sus resultados no se podrán extrapolar o generalizar a

otros escenarios de consumo no problemático y de otras modalidades de tratamiento que no sean el internamiento voluntario.

De igual forma, debido a que el estudio se desarrolló mediante en una base de datos secundaria, no se ha podido contar con casos equiparados por sexo, dando por sentado que los resultados únicamente pertenecen a pacientes autoidentificados como “hombres”.

Los resultados de la recolección de la información para las variables de interés (satisfacción con la vida, modos de afrontamiento y estadios de cambio) de la base de datos, únicamente mostraron datos de tipo cualitativos-nominales, direccionado de esta forma, a un análisis estadístico no paramétrico.

Al tratarse de un estudio de corte transversal que parte de una base de datos obtenida con autorización del Instituto psiquiátrico Sagrado Corazón, no se podría realizar un seguimiento correspondiente para verificar el proceso de los estadios de cambio en fases de mantenimiento en los participantes de la presente investigación. Por tal razón, metodológicamente el estudio se sustenta en un corte transversal.

1.4. Objetivos de la investigación

Objetivo general

Relacionar la satisfacción con la vida y las estrategias de afrontamiento en función a los estadios de cambio en pacientes consumidores de sustancias psicotropas, en un centro especializado para tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas en Quito-Ecuador.

Objetivos específicos.

- 1.4.1 Identificar los niveles de satisfacción con la vida, estrategias de afrontamiento y los estadios de cambio en pacientes consumidores de sustancias psicotropas, en un centro especializado para tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas en Quito-Ecuador.
- 1.4.2 Relacionar la satisfacción con la vida con las dimensiones de los estadios de cambio en pacientes consumidores de sustancias psicotropas, en un centro especializado para tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas en Quito-Ecuador.
- 1.4.3 Relacionar las estrategias de afrontamiento con las dimensiones de los estadios de cambio en pacientes consumidores de sustancias psicotropas, en un centro especializado para tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas en Quito-Ecuador.

Capítulo II Marco Teórico.

2. Aspectos conceptuales pertinentes

2.1.1. Definiciones conceptuales y perspectiva actual de la Satisfacción con la vida.

El presente apartado resume un detallado análisis de las diferentes conceptualizaciones de la satisfacción con la vida, abordando el tema desde la psicología con sus diferentes orientaciones teóricas y su perspectiva actual.

El recorrido teórico conceptual de la satisfacción con la vida se explicará desde el modelo cognitivo de Diener, el modelo multidimensional de Ryff, la explicación filosófica de Coan, los aportes de Cuadra y Florenzano, el análisis cognitivo de Díaz, el análisis social de Andrews & Withey, la expresión emocional de Braun, los indicadores objetivos de Campbell y la manifestación emocional positiva de Bradburn; siendo la propuesta desarrollada por Diener en la que se sustentará la presente investigación para la explicación de la Satisfacción con la vida en el contexto de las adicciones.

El concepto de Satisfacción con la vida por su contenido y la implicación de sus alcances que engloban numerosas dimensiones e indicadores, que pudiera ser vinculada a variables asociadas como calidad de vida y bienestar psicológico (Panderna, Fernández, & Gonzákez, 2002) por tal razón y después de una búsqueda sistemática de información a partir de vincular a la satisfacción de vida como un componente del bienestar subjetivo, el análisis de la variable estará supeditado al bienestar psicológico, entendiendo que a la satisfacción con la vida como el análisis de valoración global con respecto a las metas conseguidas en relación a las expectativas (Diener & Lucas, Personality and subjective well-being, 1999).

El análisis de la variable Satisfacción con la vida será sustentado desde el modelo multidimensional de Diener (SWLS) cuya teoría nace de la necesidad de una apreciación general de la satisfacción que se fundamenta en la apreciación individual de mayores emociones agradables y menor presencia de emociones desagradables.

Diener conceptualiza la satisfacción con la vida como un autoanálisis global comprendido de la existencia de factores positivos, la ausencia de factores negativos y una autopercepción general de vida, es decir que la Satisfacción con la vida está asociado a que, un individuo marque pautas altas de consecución de metas en referencia a sus expectativas, manifestando en menor grado factores negativos y que además su valoración general de su vida se encuentre como satisfactoria, estos factores se encuentran asociados por un juicio propositivo de vida sostenida en el tiempo (Diener & Lucas, *Personality and subjective well-being*, 1999)

Es necesario puntualizar que aparte de las contribuciones de Diener con respecto a la Satisfacción de vida, el campo de análisis de esta variable esta contextualizada dentro de las investigaciones desarrolladas con el concepto de bienestar psicológico y/o bienestar subjetivo, dichas investigaciones parten de dos nociones fundamentales, siendo la primera una descripción de los juicios cognitivos para la construcción de satisfacción con la vida y la segunda vertiente toma como noción fundamental las respuestas afectivas del humor y emociones, es decir desde una perspectiva de percepción emocional, como se sienten las personas frente a sus metas, expectativas y por tanto de una visión general de la satisfacción con su vida (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985).

Bajo la misma lógica, de los aportes de Diener, Ryff estipulan que la satisfacción con la vida está ligada a un constructo fundamentado en el aporte de la eudaimonia, sumado a los principios de autorrealización, crecimiento personal y el potencial del ser humano (Ryff y Singer, 1998), dimensiones que componen tanto la satisfacción con la vida como el bienestar psicológico.

Por otro lado, la definición de la satisfacción con la vida en la actualidad, se ha convertido en una conceptualización compleja, debido al sinnúmero de factores que engloban su estructura, a pesar de ello, desde diferentes perspectivas se ha pretendido delimitarla, siendo materia de total interés de disciplinas científicas y corrientes filosóficas.

Desde una perspectiva de psicología general la conceptualización de la satisfacción de la vida está atravesada bajo influencia de constructos como felicidad, salud y en gran parte por la calidad de vida (Harris, 1990).

Para la filosofía la satisfacción con la vida ha sido definida desde posturas en la que es conceptualizada como una virtud alcanzar o un estado constante santidad, (Coan, 1977). Una noción cultural y de acuerdo a diferentes épocas, la satisfacción con la vida era contextualizada desde su particular condición de subjetividad, contrariamente se lo definía como un estado deseable y permanente que hay que alcanzar. (Coan, 1977).

Sin embargo, para el año de 1973 en el resumen internacional de psicología, se inició el paso académico-teórico que buscaba incluir la felicidad como un término no solamente asociado a la filosofía, sino a una conceptualización empírica y por tanto científica, siendo que para 1974 la revista "Investigación de indicadores sociales" bajo un paradigma empírico, llevo a cabo la investigación científica

propuesta de la felicidad y bajo un sin número de dimensiones e indicadores sostuvieron en sus publicaciones y artículos, el apareamiento del término satisfacción con la vida bajo indicadores objetivos de su existencia. (Diener & Griffin, Publicaciones Sociales, 1994).

Una visión contraria a las planteadas anteriormente es el aporte de Cuadra y Florenzano, donde el bienestar psicológico relacionado a la satisfacción con la vida comprende lo que cada individuo recibe y siente de su vida, las construcciones cognitivas y emocionales que realizan cuando hacen un análisis histórico de su vida. (Cuadra & Florenzano, 2010).

Su teoría refiere a la construcción cognitiva de la satisfacción con la vida, donde depende enteramente de la percepción que tiene el individuo acerca de su satisfacción total con la vida o por áreas que construyen su historia, por ejemplo, su área de trabajo, el estado de su relación emocional; en cambio la afectividad refiere a los sentimientos y emociones delimitados en cuanto a criterios calificativos, pudiendo ser estos positivos, negativos, buenos o malos. (Díaz, 2001).

La satisfacción con la vida y el bienestar psicológico están constituido por una estructura de afectividad placentera entre ellos pueden constar, disfrutar de uno mismo o del otro, estar contento, sentirse orgulloso, sentir afecto, sentirse feliz y experimentar éxtasis; aunque también puede estar constituida por afectividad no placentera como sentir culpa, pena, sentirse triste, padecer de ansiedad, tener preocupaciones, expresar estrés, tener envidia o simplemente sentirse solo.

En resumen, la satisfacción con la vida para Díaz puede estructurar un ferviente anhelo de cambios, sentirse satisfecho actualmente, sentirse satisfecho con el pasado, estar satisfecho con la proposición en el futuro, inclusive que las opiniones

o pensamientos de personas relevantes de nuestras vidas estén de acuerdo a cómo nos percibimos realmente.

En similar apreciación, el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida pueden ser percibidos cuando un individuo se siente orgulloso frente a competencias o dominios personales o grupales, entre ellos puede ser, tener un buen trabajo, tener unión familiar, tiempo para descansar, adecuada salud, y un buen estatus financiero, entre otros, de acuerdo con la investigación titulada “Subjective Well-Being” (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999).

La satisfacción con la vida está sustentado en tres constructos de acuerdo a Diener, que los describe como, la existencia de factores positivos, la ausencia de factores negativos y una autopercepción general de vida, es decir que la consecución de bienestar psicológico está asociado a que un individuo marque pautas altas de satisfacción con su vida, manifieste en menor grado factores negativos y que además su valoración general de su vida se encuentre como satisfactoria, estos factores se encuentran asociados por un juicio propositivo de vida, mantenido en tiempo y espacio. (Diener 1984).

En reiteradas concepciones la definición de bienestar psicológico está relacionado con la satisfacción con la vida, significación que depende con el cumplimiento de estándares e indicadores que signifiquen una vida buena, por otro lado, la concepción psicológica o subjetiva de bienestar, ha permitido un amplio interés por delimitar cuáles son sus componentes. Por tal motivo (Andrews & Withey, 1979) en su investigación revelaron que del 99 del 100% de sus hallazgos denotan que la satisfacción de vida responde en el cumplimiento cabal de metas y objetivos propuestos; un individuo que al realizar un análisis crítico de su vida

encuentra que la mayoría de las metas que se propuso en la vida fueron cumplidas, entonces posee bienestar psicológico que claramente puede traducirse en la satisfacción con su vida.

Los aportes cognitivos refieren (Braun, 1976) en la conferencia en la Universidad del Sur de California que la satisfacción con la vida formula una clara actitud donde las expresiones afectivas positivas son mayormente representativas que las manifestaciones afectivas negativas, es decir que una experiencia negativa permite una revaloración por medio consecutivo de un mayor número de experiencias prospectivas, ostentando de esa manera indicadores claros de bienestar psicológico.

Campbell al igual que Braun, respalda su definición de satisfacción con la vida basándose en muestras evidentes y tangibles de haber alcanzado dicho estado, de los indicadores como, estado de salud adecuado, el sentimiento de confort con las actividades que realiza en su cotidianidad y el tener riquezas o posesiones (Kammann, 1982) concepción relacionada con indicadores objetivos que puede ser debatida, ya que la presencia de estos estándares puede ser vista como factores mantenedores, más no como indispensables para la satisfacción con la vida.

Un concepto multidimensional integrador explica la satisfacción con la vida desde una valoración positiva de uno mismo, la capacidad e inteligencia para controlar la propia vida y el medio que lo rodea, el manejar efectivamente las relaciones interpersonales, tener la idea de que todo tiene un fin y por tanto un propósito en la vida además de alcanzar metas y objetivos personales, del tener una visión positiva hacia el desarrollo y la madurez, todo esta construcción envuelve un sentimiento de autodeterminación es lo que estipula (Ryff & Keyes, 1995)

justificando su investigación de bienestar psicológico como concepto multidimensional englobado en autoaceptación, dominio, aspectos positivos, desarrolló personal y autonomía.

Una forma de resumir los distintos aportes que describen a la satisfacción con la vida es la propuesta por Diener y Diener que los divide en tres grupos. El primer grupo establece el bienestar como una autovaloración de vida en términos prospectivos, a este grupo lo denominaron la satisfacción con la vida (Diener y Diener 1995).

El segundo grupo corresponden a las manifestaciones emocionales positivas, sobre las actitudes o experiencias negativas, llamando el grupo la visión práctica del bienestar, debido a que esta visión es la más usada en la cotidianidad de la vida de un sujeto, concibiendo que la conceptualización de bienestar psicológico es más preponderante en un sujeto cuando priman experiencias positivas sobre las negativas cuyo precursor es (Bradburn, 1969).

El tercer gran grupo contiene planteamientos y visiones de filósofos y religiosos, construyendo el bienestar como una virtud o un don alcanzado sin tener mérito alguno, conocido como el grupo que no identifica directamente el bienestar psicológico, sino que lo busca constantemente, por tanto, el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida es considerado una cualidad deseable de acuerdo con (Coan, 1977)

Finalmente también se puede considerar a la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico desde una concepción también temporal, es decir dinámica, que puede o no estar presente en las diferentes etapas y procesos de vida de un individuo, (Bryant & Veroff, 1982) estipula que la satisfacción con la vida que lleva

a un buen estado psicológico debe tener congruencia en relación con los componentes cognitivos, al hablar de un estado temporal la explica como un proceso continuo de valorización de vida en razón de conseguir metas en diferentes tiempos, por tanto el marco temporal responde a la integración de componentes cognitivos, afectivos y temporales, un claro ejemplo de ello es conseguir una meta a corto plazo como el título de maestría en Psicología Clínica y cómo este logro, incide sobre una valoración cognitiva positiva de mis habilidades y capacidades, entonces logra un estado afectivo positivo.

Las definiciones anteriormente citadas permiten elaborar un constructo que define de forma sustancial los componentes de la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico; concepciones que a través de su historia han ido sufriendo varios cambios, sin embargo es importante resaltar que la conceptualización que brinda un claro enfoque en referencia a la investigación, es la que contiene variables tanto temporales como conceptuales, es decir que permita identificar un análisis crítico actual de su vida, referido con la consecución de metas y con la aceptación del pasado, comprendiendo que la dinámica de vida en las adicciones responde a componentes tanto físicos psíquicos y sociales.

Actualmente la concepción del bienestar psicológico y la satisfacción con la vida podría estar ligado a la obtención de bienes materiales, inclusive, el alcanzar metas objetivas en relación a status económicos, esta afirmación estipulada desde un análisis consumista social, sin embargo, en las investigaciones realizadas por (Csikszentmihalyi, 1998) se evidencia que la satisfacción personal no responde a estas condiciones, al parecer en una concepción contraria, la obtención de bienes materiales no añade consigo un bienestar psicológico óptimo.

Una construcción psicológica de la satisfacción con la vida en la actualidad no posa sobre la delimitación de objetos o situaciones que demuestran reconocimiento o poder en cualquiera de sus manifestaciones, dando énfasis a un estado mental constante, a una condición que puede ser manejada mediante variables de tipo cognitivas, en este caso (Csikszentmihalyi, en 1998) estipulo el término "entropía " a la construcción psíquica compuesta por “miedos, deseos y situaciones fenomenológicamente inestables en la vida de un sujeto” (Csikszentmihalyi, 1998), y como este fenómeno que aparece en la conciencia en forma abrupta sobre actos cognitivos como el juicio y razonamiento, interfiere en la consecución de metas y objetivos.

El control de este tipo de variables sobre la dinámica psíquica a través de lo que se podría denominar calma y tranquilidad, permite alcanzar el bienestar y la satisfacción, en la actualidad las teorías que acuerdan con la construcción de control de la entropía psíquica, han creado diferentes técnicas, modificando así los influjos psíquicos, interviniendo directamente sobre el “caos” que puede interrumpir en la planificación y obtención de metas; logrando así actitudes positivas y por tanto mejorar la percepción el bienestar psicológico.

El bienestar psicológico y la satisfacción con la vida como un estado estable, como rasgo vinculado a la personalidad, como un hecho emparentado a circunstancias externas circundantes o como una necesidad de adaptación para la sobrevivencia, está basado en una multiplicidad de factores y elementos que lo componen.

En la presente investigación bajo el constructo de satisfacción con la vida, estrategias de afrontamiento, y estadios de cambio, provee un análisis que permita

en el contexto de las adicciones, identificar la posible relación que tiene la representación del bienestar psicológico en la vida de pacientes con diagnóstico de Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas que estén atravesando un proceso de tratamiento en adicciones, la relación que se ha determinado en varios aportes investigativos deviene que del nivel de satisfacción con la vida dependerá los procesos motivacionales que permitan un adecuado tratamiento.

Por tanto, los retos que estipula la relación con la variable estadios de cambio determinarán la hipótesis de que un individuo únicamente participará de forma activamente en su proceso de tratamiento cuando su visión de poseer un bajo nivel de satisfacción con la vida sea traducida en acciones concretas de cambio para su tratamiento en adicciones.

2.1.1.1. Teorías que explican la Satisfacción con la vida

Por la naturaleza del fenómeno de la Satisfacción con la vida y su relación con el bienestar psicológico y sus múltiples componentes en la construcción sistemática de sus planteamientos, objetamos un análisis histórico de los modelos explicativos que pretenden un acercamiento teórico-práctico científico, dejando de lado teorías sustentadas en observaciones y valoraciones netamente teóricas y además sustentar que ambos constructos se encuentran correlacionados y que la manifestación de la Satisfacción con la vida evidencia un estado alto de bienestar psicológico (Atienza, Pons, & García, 2000).

El resumen de los modelos teóricos que explican la satisfacción con la vida desde la obtención de metas y objetivos, o en razón de satisfacción de necesidades básicas, son teorías universales reconocidas por su nombre como “teorías télicas” (Diener E. , 1984), sabiendo que cuyos requerimientos universales una vez que son respondidos, entonces están asociados a una respuesta de satisfacción (Diener & Larsen, 1991).

Otra categoría de resumen refiere el alcance necesidades por cumplir, pudiendo variar dependiendo del enfoque contextual en el que son planteados, así, por ejemplo, (Ryan, Sheldon, Kasser, & Deci, 1996) proponen en su modelo teórico tres necesidades universales entre ellas “La autonomía, la competencia y las relaciones” (Ryan et al, 1991) estipulando la relación directamente proporcional en cuanto al mayor cumplimiento de dichas necesidades, mayor nivel de bienestar y satisfacción, por tanto el presente modelo, identifica una relación directa entre las personas cuyas metas u objetivos son cumplidos y su mejor desarrollo individual, logrando así mayores niveles de bienestar.

(Ryff & Keyes, 1995) Señalaron que los estudios y teorías sobre satisfacción están enmarcados bajo la conceptualización de la ausencia de sentimientos, concepciones y o cogniciones negativas, olvidando articular las visiones de autorrealización, visiones que responden al “proceso del ciclo vital o el funcionamiento óptimo y por tanto el significado vital”, con su construcción teórica los autores pretendieron quitar la única dirección del bienestar como la falta de malestar, planteando así la multiplicidad de componentes que estructuran el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida.

Por su parte desde el humanismo, en su teoría (Maslow, 1968) advierte el bienestar psicológico y la satisfacción también dentro de su cuerpo teórico con la autoaceptación, requisito necesario para que un individuo pueda manifestar bienestar. Complementariamente a Maslow, los componentes descritos por el gran científico E. Erickson que además de lo descrito anteriormente, suman la necesidad del paso de una crisis a un relativo equilibrio, generando un crecimiento y por tanto satisfacción con la vida, una vez atravesado el periodo de crisis. (Erickson, 1959), dando a entender que la superación de una “crisis” refiere un nuevo concepto de valoración con respecto al bienestar individual.

Entonces, el bienestar psicológico puede ser estructurado más allá de una concepción temporal, que, si inclusive existen o no aspectos positivos o negativos dependiendo de sus factores podría mantenerse en el tiempo.

Otros aportes fundamentales son las teorías situacionales, estableciendo a la concepción histórica de un individuo, las experiencias, la suma de situaciones y realidades positivas dan como consecuencia una entera satisfacción en la vía de la persona (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999) las teorías constituidas por los

modelos situacionales, se enfocan en describir que los eventos y circunstancias más felices de una persona son iguales a la satisfacción con la vida.

Sabiendo que las teorías situacionales dependen estrictamente de variables circunstanciales que pueden o no suceder en la vida de una persona, (Lyubomirsky, 2007) concierta estudios en referencia a variables que pueden influir dentro del modelo situacional, como son condiciones sociales que no dependen de circunstancias sino de condiciones de vida como pobreza, inequidad de género y desigualdad en salud.

Las teorías personológicas que se fundamentan en modelos de personalidad condensan su sustento teórico en rasgos de personalidad que pudieran inferir en la satisfacción con la vida, argumentando según este enfoque la obtención de bienestar no se consigue bajo variables de ocurrencia en la historia de vida, ya que tienen predisposiciones bajo el lineamiento del temperamento y carácter, los ejemplos estipulados por (Costa & McCrae, 1984) muestran que existen rasgos de personalidad que pueden estar asociados con la satisfacción de la vida.

En 1984 a través de su investigación de las escalas de identificación de personalidad, los estudios mostraron que el neuroticismo y la extraversión son rasgos característicos del aspecto negativo y positivo del autoanálisis de la situación general de vida, difiriendo totalmente con los modelos situacionales, pues debido a su construcción personológica, las personas pueden percibir su bienestar psicológico de forma más estable y por tanto no tan dependiente de las circunstancias (Costa & McCrae, 1984).

Eysenck en las investigaciones de personalidad advierten que existen marcadas diferenciaciones entre las personas consideradas extrovertidos e introvertidos, un

ejemplo de ellos es que los rasgos de extraversión está más ligada a manifestaciones externas de reconocimiento y por tanto de recompensa; por otra parte el neuroticismo tiene mayor tendencia al refuerzo negativo por tanto a no esperar nada del medio externo (Eysenck & Gray, 1999) razones que difieren la percepción de satisfacción dependiendo de las características psicológicas.

De la experiencia de los rasgos psicológicos antes mencionados, sus autores concuerdan que la visión que tienen los sujetos está supeditada a sus rasgos de personalidad predominantes, pudiendo o no afectar su visión con respecto a la satisfacción con la vida elementos externos o situaciones de vida que aparezcan en un determinado momento.

Las teorías de adaptación que refieren su explicación desde las concepciones teóricas de la evolución, se han hecho estudios referentes a los diferentes procesos de adaptación, procesos que pueden ser traducidos desde la necesidad imperante que tiene un individuo de enfrentarse a situaciones de alto estrés, sabiendo que cada una de las experiencias generarán nuevos mecanismos para restablecer un nivel de bienestar y satisfacción. En tres estudios secuenciales (Coatas & Janoff, 1978) estipula que, a través de su experimentación con varios grupos de personas enfrentadas a situaciones particulares (ganadores de lotería, y varias situaciones de discapacidad) a pesar de su inicial estado de bienestar o situación de crisis, su registro posterior de satisfacción, fue bastante parecido a grupos comparados que no hayan padecido por situaciones antes mencionadas.

Este modelo de habituación normal o adaptación responde a la dinámica estructural de vida, que al enfrentarse directamente a una situación sufre una alteración temporal para posteriormente autorregularse, este mecanismo adaptativo

responde a situaciones inmediatas, dando espacio de recuperación y restablecimiento para disponer de más recursos frente a nuevas demandas de acuerdo a (Frederick & Loewenstein, 1999), el bienestar y la satisfacción como constructor relativamente estable permite hacer un acercamiento teórico, acerca de su susceptibilidad frente a situaciones externas a un individuo, los estudios experimentales permiten identificar situaciones en el entorno muchas veces no explican el bienestar, tanto así que el pasar por una situación muy dolorosa, pérdidas, ausencia de dinero, situaciones referentes a salud, estas podrían afectar temporalmente el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida de una persona, sin embargo una vez alcanzado el nivel de adaptación, volverán a su nivel inicial, de acuerdo a los estudios propuestos por (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999).

Las teorías de discrepancia que plantea el autor (Michalos, 1986), propone una teoría integracionista de las diferentes escuelas interesadas de los componentes de la satisfacción, autor que propone una visión multicausal, identificando en su conceptualización seis tipos de teorías, verificando sus disonancias y aportes importantes, llegando a las siguientes conclusiones:

- Los recursos que una persona tiene y el fin que quiere conseguir “Teoría de los objetivos y logros”.
- Aquellos recursos que posee un individuo y los objetivos a cumplir, “Teoría del ideal y realidad.
- Los atributos con los que cuenta una persona en un momento determinado y lo mejor que pudo obtener de su construcción histórica. “Teoría de la mejor comparación previa”.

- Las condiciones con las que cuenta una persona en un momento determinado y lo que un colectivo social representativo posee “Teoría de la comparación social”
- Equilibrio entre el ambiente demandante y la realidad del individuo “Teoría de la congruencia”

En la estructura teórica de las discrepancias, (Michalos, 1986) sostiene de los trabajos realizados por (Campbell, Converse, & Rodgers, 1976), donde la satisfacción con la vida puede ser teorizada desde una línea base de comparación, es decir que la percepción que tiene un individuo acerca de su bienestar ha de ser sopesado con diferentes estándares significativos, sea a través de personas significativas o de un constructo social general.

Finalmente (Campbell, Converse, & Rodgers, 1976) en forma general describen de sus modelos, si el bienestar en el medio social de un individuo es alto y el logro personal es bajo entonces el resultado será la insatisfacción con la vida. A la par cuando un individuo se percibe a sí mismo mejor o igual que los demás, entonces el resultado son altos niveles de satisfacción, de no ser este el caso entonces hablamos de indicadores de insatisfacción.

2.1.2. Estrategias de afrontamiento al estrés

2.1.2.1. Definiciones conceptuales del afrontamiento y perspectiva actual.

A continuación, se pretende revisar los aportes teóricos de las estrategias de afrontamiento. El Afrontamiento como fenómeno, responde a mecanismos que proveen respuesta frente a situaciones que demandan resolución en la vida de un sujeto, estas estrategias están relacionadas con la forma en que se da respuesta a un problema identificado, las estrategias de afrontamiento como recurso psíquico, permiten adaptación al medio o la transformación de su realidad, generando un espacio seguro para la homeostasis individual.

Las definiciones conceptuales se realizarán desde los aportes de los modos de afrontamiento de Folkman-Lazarus, Stone-Cols, Frydenberg-Lewis, Lipowski, Weisman-Worden, Moos y Carver, Svheier-Weintraub.

El modelo explicativo que describe a la variable estrategias de afrontamiento para la presente investigación, será sustentado desde los autores Folkman y Lazarus (1980-1988), aporte que pertenece a la psicología cognitiva desde la teoría transaccional, que refiere la relación que posee un sujeto con su entorno, en respuesta a situaciones de estrés externas e internas desarrollan formas características para hacerles frente, para esta respuesta existe un análisis previo en referencia a cómo se concibe esta situación, además, que existen factores asociados que podrían influenciar directamente sobre la dinámica que existe entre el medio social demandante, el análisis que se haga de la amenaza y la respuesta que se dé al hecho (Folkman & Lazarus, 1988).

Inicialmente, es necesario dentro del contexto del afrontamiento, definir al estrés. Este análisis refiere que en el diario vivir existen un sin número de situaciones que sitúan nuestra atención, pudiendo ser los problemas y/o situaciones particulares que ejercen presión sobre los recursos con los que contamos para enfrentarnos tanto a situaciones pequeñas como un simple examen, hasta las situaciones extremas como la pérdida de un ser querido (Sandín, 2017).

El estrés es una condición permanente en la vida de un sujeto, sin embargo, su fenomenología dependerá de cómo se dé una resolución para un adecuado manejo, ya que de sus manifestaciones desproporcionada dependerá entonces una reacción adaptativa o desadaptativa.

(Cannon, 1929) concertó en su registro de Fisiología que existen "Reacciones fisiológicas coordinadas que mantienen el equilibrio al estado permanente del cuerpo" a esta condición la nombró "homeostasis", esta definición permite conceptualizar que el estado natural, al menos fisiológico, tiende una prospección hacia un equilibrio relativo.

La definición de homeostasis tiene una importancia significativa dentro de este contexto, debido a que para se define en algunos estudios que el estado desproporcionado del estrés es congruente al atentar contra el aparente equilibrio homeostático, describiéndolo como un peligro real o ficticio que amenaza la integridad psíquica o fisiológica, dando como resultado una respuesta comportamental o física. (Kalat, 2008).

Por otro lado, en la visión de las ciencias médicas, la definición de estrés es sustentada bajo una visión fisiológica, a partir del desequilibrio de glucocorticoides

y catecolaminas (Davidson, 1998), niveles que se elevan en su máxima expresión y, por tanto, afectan la funcionalidad física de un individuo.

La homeostasis adquiere significación, según (Sapolsky, 2004) los niveles óptimos de vida de un organismo responden a niveles adecuados de oxigenación, nivel calórico, niveles proteicos y de hidratación, entre otros compuestos básicos requeridos para un funcionamiento normal, este equilibrio al mantenerse en el tiempo, crea niveles adecuados para un funcionamiento correcto y por tanto un óptimo desarrollo físico y psicológico.

En sus estudios (Sapolsky, 2004) señala que una situación particular, un motivo aparente que altere el equilibrio de homeostasis se lo llamarán "estresor" y que, todos los intentos que se realicen para retomar el equilibrio inicial se lo conocerán como "respuesta al estrés".

Finalmente, para (Kalat, 2008) el estrés también podría ser producido por variables de tipo psicológicas generando a una consecutiva ausencia de homeostasis, siendo que esta respuesta corresponde a una función netamente adaptativa, la falta de equilibrio en la vida de un individuo responderá a recursos de tipo cognitivo-comportamentales, las posibilidades de modificar los agentes estresores son especificados por (Kalat, 2008) a través de:

- La frustración y su resolución, actos simples como gritar, correr, tomar un helado, escuchar música, direccionado al estrés en una manifestación energética que desfoga de forma súbita.
- Dinamia social, la participación social significativa permite una direccionalidad de descarga mayor a la que se puede dar simplemente cuando se manifiesta frente a personas no significativas.

- Factores predictores, el anticiparse a situaciones de estrés, modifica su resolución, ya que, en su experimentación con ratas de laboratorio, mientras más se pueda anticipar al evento estresor, existirá menor respuesta de estrés.
- Condición de empeorar, en el laboratorio luego de realizar un alto número de descargas eléctricas en ratas, en el primer momento el aumentar el número de descargas y en el segundo momento disminuirlas, demostró que la idea de que las circunstancias pudieran empeorar aumenta significativamente las respuestas de estrés.

En la “respuesta al estrés” o a los “agentes estresantes” que movilizan recursos para otorgar una objeción adaptativa, aparecen en su constructo las estrategias de afrontamiento, (Folkman & Lazarus, 1988) los niveles de estrés afectan a una persona debido a que su percepción es de no poseer recursos suficientes para hacerles frente a la situación; los autores en 1985 expusieron estrategias particulares asociados a las formas de revolver al estrés, confrontar de forma directa la situación (dirigido directamente al problema) o reducir su situación emocional evitando confrontar la situación (afrontamiento direccionado a la emoción). Es decir que en un primer momento el sujeto revisa las posibilidades de resolución del problema, considerando la situación manejable y moldeable; por otro lado, el contexto al ser valorado como desbordante e insostenible genera “ansiedad y miedo” impidiendo el análisis de posible solución, que por ende el sujeto termina aceptando o modificando emocionalmente su posición.

En una revisión sistemática de acuerdo a (Stone & Cols, 1988) el afrontamiento está constituido por cogniciones y actos concretas que permiten a los

individuos enfrentarse a situaciones difíciles, es así que, en términos de referencia, el afrontamiento es un compendio de acciones orientadas a resolver de la forma más adaptativa una situación.

En su acercamiento teórico acerca del afrontamiento y los mecanismos de defensa estipulados inicialmente por Freud y posteriormente conceptualizados por Anna Freud, al parecer el afrontamiento para (Casullo & Fernández, 1998) estaba supeditado a enfrentarse a las situaciones de estrés que, en las teorías subjetivas, eran contenido de naturaleza únicamente interpersonal.

Desde la teoría cognitiva, el afrontamiento es definido como todos los recursos cognitivos y resultados comportamentales que se establecen de forma dinámica, cuyo objetivo es responder a situaciones externas o internas que podrían rebasar la capacidad de respuesta o la evaluación de encontrar una oportunidad establecida. La definición de los autores construye el afrontamiento como proceso adaptativo donde un individuo comparte su dinámica con el medio exterior, y que independiente de sus patrones y estrategias, responderá a estas demandas (Lazarus & Folkman, 1984).

En esa misma línea teórica también se puede conceptualizar como el esfuerzo que busca reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, esfuerzos psicológicos o conductuales (Everly, 1989), y bajo similar dirección conceptualización (Frydenberg & Lewis, 1999) determina al afrontamiento como las estrategias conductuales y cognitivas en razón de desarrollar un modelo adaptativo y resolver un periodo de cambio que busca dar respuesta a la configuración de un problema.

Desde el paradigma cognitivo-comportamental, los modos de afrontamiento para (Lipowski, 1970) son los recursos cognitivos y físicos utilizados por una

persona en estado de indisposición para restablecer su funcionalidad y recobrar su estado anterior de bienestar, buscando una rápida acción frente a situaciones que demanden solución.

En concordancia con Lipowski, los tipos de afrontamiento son los comportamientos y competencias para responder a problemas que comprometen el alcance de metas y objetivos individuales de una persona (Weisman & Worden, 1977).

Los autores Mechanic y Shooler refieren a los modos de afrontamiento como la oposición frente al desequilibrio exterior e interior que pretende “prevenir, controlar el estrés emocional” (Shooler, 1978) y (Mechanic, 1978).

Desde las definiciones anteriormente citadas se estipula que el afrontamiento posee una construcción dinámica, pues responde a la fenomenología de vida de un sujeto, siendo parte de los recursos de respuesta, las anteriores definiciones permiten además acercar teóricamente a las particularidades del afrontamiento, ya que al estar compuesta por comportamientos, pensamientos, acciones concretas, estas manifestaciones responderán siempre en razón de variados modos o estrategias, dependiendo inclusive de factores asociados con los que cuenta una persona cuando prevé una respuesta a una situación de alto impacto.

En definiciones como modos, estrategias y métodos de afrontamiento, se ha estipulado derivaciones teóricas nutridas en relación a categorías, por ejemplo, (Folkman & Lazarus, 1988) proponen que existen estrategias de afrontamiento focalizados en el problema y estrategias de afrontamiento asociados a la emoción.

(Frydenberg & Lewis, 1999) En su investigación realizó una división de las diferentes estrategias de afrontamiento, definiendo en 18 estrategias, a través del

instrumento denominado “ACS”, estrategias que han sido subdivididas en tres categorías en las cuales se resumen en el afrontamiento funcional que comprende el afrontamiento para resolver el problema y dirigido hacia los otros, y el afrontamiento inadecuado.

Para (Moos, 2005) su división estructura dos grandes grupos bajo el nombre de afrontamiento que sirve para dar respuesta a problemas (acercamiento) y afrontamiento que permiten escapar del posible problema (evitación) que, en relación a las teorías anteriormente planteadas, se consideran afrontamiento funcional a la confrontación directa con el problema y afrontamiento disfuncional o improductivo, aquellas conductas o respuestas asociadas a escapar de la situación de alto estrés.

La división estipula por Carver, Svheier y Weintraub, configura un grupo de 15 estrategias de afrontamiento, descritos como estrategias activas, de planificación, de supresión de actividades competitivas, de postergación, de soporte social, de reinterpretación positiva, de aceptación, de diversión, de búsqueda de la religión, la expresión de emociones, el uso de alcohol y drogas, el compromiso conductual y finalmente, el compromiso cognitivo (Carver, Svheier, & Weintraub, 1989).

Una de las teorías que mayor respaldo científico ha tenido a través del tiempo en referencia al afrontamiento por los instrumentos que utiliza para su evaluación, es la teoría de (Frydemberg & Lewis, 1997) ya que su división muestra 18 estrategias, que son valoradas en referencia a lo útil que pueden ser su uso en un momento determinado, clasificando como afrontamiento productivo e improductivo, brindando un mayor peso e importancia al apoyo social en la particularidad de enfrentar situaciones desbordantes.

En un resumen general, los autores mencionados estipulan que el afrontamiento responde a funcionalidades categóricas importantes para hacer frente a las demandas externas o internas, el siguiente esquema citado, provee de forma sucinta la investigación de los autores más representativos de la teoría de las estrategias de afrontamiento.

Tabla 1

Teorías de los tipos de Afrontamiento

Autor	Estilos de Afrontamiento
Lazarus y Folkman (1980)	- Afrontamiento Dirigido a Resolver el problema. - Afrontamiento dirigido a la emoción. - Afrontamiento centrado en el problema.
Moos y Billing (1982)	- Afrontamiento centrado en la emoción. - Afrontamiento Centrado en la Evaluación.
Sandin (1995)	- Afrontamiento disposicional - Afrontamiento Situacional.
Frydenberg y Lewis (1997)	- Afrontamiento Dirigido a Resolver el problema - Afrontamiento en relación a otros - Afrontamiento improductivo.
Rodríguez, Solís y Vidal (2006)	- Afrontamiento Aproximativo - Afrontamiento Evitativo.

Nota: Estudio “Estrategias de afrontamiento en Adolescentes y su relación con el funcionamiento familiar y el apoyo social” Palomar. (2014).

En cuanto a la perspectiva actual del afrontamiento, las investigaciones bajo la autoría de Rudolf Moss relatan la existencia de características estructurales y funcionales de los acontecimientos que transcurren en la historia de vida de un

sujeto, a los que debe hacerles frente, respuesta que han de depender no solamente de la disponibilidad de recursos sino de la direccionalidad de dichos recursos.

Modelo teórico de afrontamiento que se centra en las especificaciones y características propias del momento en que el sujeto atraviesa la crisis y por tanto a través de este período determinado de vida se realiza la valoración del acontecimiento estresante.

Es decir que los mecanismos de afrontamiento varían en periodos vitales, por ejemplo, los mecanismos de afrontamiento que posee un niño frente al no poder conseguir el juguete deseado, no son los mismos frente a la necesidad de resolver un divorcio problemático en la edad adulta.

Los estudios realizados por el autor refieren que existen momentos específicos del desarrollo sumados a problemáticas dinámicas a las que se debe enfrentar una persona, y que, dependiendo de la magnitud del problema, entonces habrá una tendencia mucho mayor de movilidad de recursos de afrontamiento. (Moos, 1993), (Moos, 1994), (Moos & Schaefer, 1986).

En sus investigaciones en 1997 se hallaron evidencias científicas cuyo resultado identificó que las respuestas de afrontamiento están supeditadas a la magnitud de afectación de estrés, pues a mayor impacto de situaciones de estrés hay una menor utilización de respuestas de enfrentarse directamente el problema y mayor uso de afrontamiento de evitación o huida; cuando los estresores se valorizan como un desafío y con bajo impacto de estrés, tienden desarrollar mayor afrontamiento por aproximación y resolución directa del problema.

Sus investigaciones fueron sustentadas bajo el inventario de respuesta de afrontamiento para adultos (Moos, 1993), cuestionario que divide su constructo en

aproximación y evitación, donde cada uno de estos grupos se divide en categorías que identifican las estrategias de afrontamiento.

El inventario posee 48 preguntas para posterior ubicarlas en ocho respuestas de afrontamiento las cuales se especifican en el siguiente resumen:

- Análisis lógico: prepararse a una situación estresante
- Valoración positiva: reestructurar el contenido negativo de un problema asociado un contenido positivo
- Búsqueda de orientación y apoyo: identifica comportamientos de referencia sustentada en personas significativas o allegadas.
- Resolución del problema: evalúa la intencionalidad directa de resolver el problema de forma inmediata.
- Evitación cognitiva: valora el procedimiento intencionado de alejar la construcción cognitiva del problema
- Aceptación: forma particular de ver el problema como sin solución
- Búsqueda de gratificación: en razón de enfrentarse a un problema esta variable identifica al no poder dar respuesta, buscar nueva alimentación gratificante que media su particularidad.
- Descarga emocional: identifica acciones concretas que realice un individuo para liberarse de la tensión que viene con el contenido propio de la situación de alto estrés.

2.1.2.2. Teorías que explican el afrontamiento.

Las teorías más representativas que explican el afrontamiento con un constructo conceptual ligado a su investigación científica instrumental a pesar de sus diferencias en su taxonomía, concuerdan en sus componentes “cognitivos, emocionales y comportamentales” que, en razón de experimentar una situación estresante, mediante mecanismos de adaptación, responden de acuerdo a los recursos disponibles.

Los principales modelos teóricos resumidos para los modos de afrontamiento serán especificados desde la teoría del modelo valorativo de la emoción, la teoría de la reevaluación del cambio, la teoría transaccional y el modelo de construcción cognitiva, siendo el modelo transaccional el que dará sustento a la variable modos de afrontamiento para la presente investigación.

La teoría del modelo valorativo de la emoción define a una situación conflictiva o desbordantes (por si sola) como incapaz de generar un estado emocional y psicológico “afectado”, todo lo contrario, el factor que promueve la descompensación del equilibrio estático en la vida de un sujeto es el valor interpretativo que realizan de un acontecimiento aislado, siendo una de las teorías más relevantes en el contexto del afrontamiento de acuerdo a (Díaz, Jiménez & Fernandez, 2004).

Bajo esa misma premisa conceptual, la teoría de la reevaluación del cambio se fundamenta en identificar la magnitud del impacto sobre la vida de un sujeto, es decir que las consecuencia de pérdida, afectación o desequilibrio sumado a las formas particulares para enfrentarlas, generarán un resultado aparente, siendo esta respuesta la que produce inicialmente la valoración del contenido de la situación

para posterior determinar si la respuesta ejecutada obtuvo como resultado procesos adaptativos o no, dando paso a un nuevo procesamiento y decisión de nuevos recursos, si de lo contrario los mecanismos utilizados han dado respuestas óptima, se da paso a un proceso de retroalimentación generando una base común para enfrentarse a posteriores situaciones de crisis (Frydenberg & Lewis, 1996).

La teoría transaccional propuesta por Folkman & Lazarus basa su teoría en la relación que posee un sujeto con su entorno, del como en respuesta a situaciones de estrés externas e internas, desarrollan formas características para hacerles frente, para esta respuesta existe un análisis previo en referencia a cómo se concibe esta situación, además que existen factores asociados que podrían influenciar directamente sobre la dinámica que existe entre el medio social demandante, el análisis que se haga de la amenaza y la respuesta que se dé al hecho (Folkman & Lazarus, 1988) .

(Lazarus & Folkman, 1984); (Lazarus R. , 1999); (Lazarus, R.S. y Lazarus, B. N. 1994).

Teoría basada en la construcción cognitiva, cuyo análisis se fundamenta bajo una percepción de complementos, la valoración que realiza el sujeto mediante mecanismos cognitivos del análisis de los sucesos estresantes.

En el desarrollo y expresión del modelo cognitivo existe una interrelación asociada con los patrones de desenvolvimiento social, explicación que muestra la dinámica en el desarrollo de las relaciones sociales y la forma de procesamiento de información, factores que influyen en la autopercepción que tiene el individuo sobre sus capacidades.

El modelo de construcción cognitiva se resume en el apareamiento de una situación externa o interna en referencia a una respuesta necesaria, donde sí la problemática que tiene que resolverse es insignificante, no hay un análisis cognitivo ni tampoco expresión emocional; si la problemática rebasa la capacidad de respuesta del sujeto, afecta el equilibrio psíquico generando problemática de tipo psicológico y somático, entonces existe un análisis cognitivo, una valoración de respuesta y una conducta específica.

La valoración del contexto de la demanda es atravesado por un proceso inicial en el cual se identifica el riesgo que representa para su equilibrio, llevándolo a una segunda valoración, en la cual se hace un repaso de todos los contenidos y recursos que posee una persona para la respuesta a esa situación, dependiendo de la magnitud de la problemática a la que se estén presentando se puede considerar dar una respuesta próxima y directa a la problemática o considerarla una amenaza total frente a su equilibrio, de considerarse a la situación una amenaza entonces los mecanismos de regulación físico y psíquicos son descompensados. (Lazarus & Lazarus, 1994).

De la valoración de la magnitud a la situación en la que debe enfrentarse una persona, entonces aparecen dos maneras de afrontamiento: el primero definido como enfrentarse de manera directa a la situación a que tendrá como objetivo resolverlo disminuyendo así la interpretación de riesgo y amenaza para el individuo.

La segunda forma de responder a una situación de estrés comprende al afrontamiento direccionado hacia la emoción, esta respuesta se da cuando la magnitud de la demanda es demasiado alta, no encontrando una solución inicial o

permanente, generando en el sujeto la concepción de huida, escape o negación. (Lazarus & Folkman, 1984).

En la identificación de los estilos de afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1984) elaboran una escala denominada estrategias de afrontamiento en su versión original y en sus varias traducciones al español estrategias de afrontamiento. Escala que posee 67 ítems que divide en dos grupos iniciales de afrontamiento conocidos como, los orientados hacia el problema y los orientados hacia la emoción.

Una subdivisión identifica ocho tipos diferentes de afrontamiento que en el siguiente resumen describe brevemente sus contenidos:

- Confrontación: identifican intenciones máximas de resolución del problema, que pueden tener contenido hostil y de riesgo
- Distanciamiento: enfatizan los esfuerzos para alejarse de la situación problemática
- Autocontrol: esfuerzos para autorregular la afectividad y actos concretos
- Búsqueda de apoyo social: concreta en el deseo y esfuerzo en búsqueda de un apoyo
- Aceptación de la responsabilidad: identifica la problemática desde una acción propia
- Huida y evitación: sugiere una separación, bloqueo, ideas de no enfrentar la situación o simplemente escapar de ella.
- Planificación: conceptualiza los esfuerzos para modificar, cambiar y dar solución a una situación.
- Reevaluación positiva: orienta la concepción de darle un nuevo significado y por tanto una nueva valoración a la situación estresante.

El modelo de afrontamiento expuesto por (Lazarus & Folkman, 1984) debido a su complejidad e indicadores instrumentales comprobados científicamente, será la teoría nuclear que sustenta la presente investigación en relación a variables de estadios de cambio en adicciones.

2.1.3. Estadios de cambio en adicciones

2.1.3.1. Definición de los estadios de cambio en adicciones y perspectiva actual.

El proceso de cambio en adicciones permite describir los fenómenos que intervienen desde la toma de consciencia de una situación problemática hasta el mantenimiento de un comportamiento alterno al problemático, a continuación, se detallaran los diferentes aportes conceptuales acerca de las definiciones conceptuales del proceso de cambio.

Inicialmente en su historia, a la adicción de una sustancia se la relacionaba como un comportamiento ligado a prácticas ancestrales y religiosas, siendo útil para rituales de búsqueda de trascendencia espiritual, meditación y prácticas de sanación (Escoható, 2000); Sin embargo, desde su recorrido histórico el consumo de sustancias ha respondido a denominaciones particulares, dependiendo del contexto económico, social y de salud en el que se ha visto implicada.

La definición dentro del ámbito de la salud especifica por la OMS en 1957 como un estado generalizado de intoxicación que produce la compulsión por repetir el consumo y el acrecimiento progresivo del gramaje de consumo, generando síndromes de dependencia física y psicológica (Escoható, 2000).

Posterior en el año de 1960 la OMS procura un cambio paradigmático en la definición de adicción, pretendiendo remplazar la palabra adicción por

dependencia, debido a que, la existencia de la adicción estaba supeditada nosológicamente a presentarse o no presentarse en la vida de un sujeto, sin ninguna otra especificación que la existencia misma el fenómeno, por otro lado, la dependencia dentro de su contexto podría utilizarse en términos no solo de presencia del fenómeno, sino disgregarla en niveles y grados de afectación (Segrera , 2019).

Los aportes de Ortega, Maldonado y Briceño respectivamente en el 2013 y 2014, agregaron a la definición de la adicción brindada por la OMS, que este consumo periódico de drogas, produce afectaciones fisiológicas, generando un comportamiento de habituación que al someterse a periodos de ausencia de consumo genera problemas de abstinencia cuyas consecuencias podrían manifestarse en daño orgánico y psicológico (Mercado & Briseño, 2015).

Dentro del contexto histórico se le ha nombrado como adicción, dependencia y enfermedad, sin embargo, desde la APA (American Psychiatric Association) para la versión 5 del DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sus aportes refieren como un trastorno con la finalidad de evaluar su afectación como leve, moderada y severa, quitando de su denominación los términos de abuso y dependencia (Becoña, 2016).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud a través del clasificador Internacional de Enfermedades CIE en su versión 11, lo define como trastornos por consumo de sustancias que tiene como finalidad abarcar un panorama amplio de criterios diagnósticos que identifiquen las etapas y la gravedad del consumo de sustancias (Poznyak, Reed, & Medina, 2018).

En este escenario, los trastornos por consumo de sustancias y comportamientos adictivos forman parte de un compendio de trastornos que se producen por el uso de sustancias psicotrópicas y estupefacientes, donde se incluyen los medicamentos y los comportamientos adictivos de recompensa y refuerzo repetido, para su diagnóstico se requiere identificar el tipo de sustancia y luego el síndrome clínico correspondiente (Heinz, Daedelow, Wackerhagen, & Di Chiara, 2019).

Frente al amplio espectro de trastornos por consumo de sustancias y comportamientos adictivos, desde la Salud pública se evidencian resultados de afectación a nivel individual, familiar y social, generando evidencias empíricas de sus implicaciones con respecto a la inversión en políticas públicas de prevención y tratamiento, sobre todo que sus consecuencias afectan la calidad de vida, años de vida productivos y se asocia a fenómenos sociales como la inseguridad y violencia (Marín, y otros, 2015).

Frente a los factores asociados a la aparición de trastornos por consumo de sustancias y comportamientos adictivos y sus consecuencias a nivel económico, político y social, existen propuestas teórico metodologías de intervención, dentro de este contexto se realizará un análisis de las definiciones teóricas del cambio propuestas por Eyben, Turpo-Díaz, Rogers, Pineda, Calvo, Caballo y finalmente Prochaska-DiClemente-Norcross

Las conceptualizaciones de cambio pueden resumirse en un proceso cíclico que permite la reflexión y análisis para explicar una transformación comportamental en un contexto, sector o una persona identificada (Eyben, 2008).

El cambio es una estructura en forma de mapa que comprende comportamientos con consecuencias subsecuentes, estas acciones se relacionan con la interacción con el medio en el que nos desenvolvemos y enmarcan la hipótesis del mejoramiento continuo y la suposición de cómo llegar a lograrlo (Turpo, Díaz, Zevallos, Carnero, & Begazo, 2019).

Tanto los comportamientos como las programas, ideas y sistemas de creencias configuran hipótesis de funcionamiento, inclusive cómo actúan las organizaciones, las conductas humanas y animales.

El cambio consiste en la articulación de todas las variables intervinientes y entender cómo al desarrollarse unilateral, logran resultados globales con mejoras significativas a un modelo de comportamiento anterior (Rogers, 2017).

Para Urge un proceso de cambio se desarrolla mediante una intervención holística, que permita un resultado consistente y sostenible, proceso en que es indispensable la participación de la familia y el contexto social más cercano, este plan de intervención debe basarse en la inclusión familiar que busca un mejor proceso de adaptación al cambio y la rehabilitación del problema de consumo de sustancias (Pineda, 2012).

El modelo de intervención que sustenta la participación familiar se basa en promover el abandono del comportamiento de consumo y el cambio en conductas problemáticas con referencia a internación de la dinámica familiar que podrían provocar o mantener situaciones de consumo, entre estas opciones terapéuticas que pretenden el cambio se encuentran: La terapia familiar mutisistemática, estratégica, multidimensional y la terapia conductual familiar y de pareja (Calvo, 2007).

Por otro lado, la APA estipula que los tratamientos relacionados al cambio en consumo de sustancias más efectivos y con validez bajo evidencias son las intervenciones basadas en corte cognitivo conductual (Barberán & Sánchez, 2019).

La terapia cognitivo conductual en el proceso de cambio agrupa los aportes de las hipótesis del comportamiento, el aprendizaje por vicariato y la intervención cognitiva, esta intervención pretende el desarrollo de habilidades que fomenten el control individual frente a las situaciones de consumo. (Barberán & Sánchez, 2019).

Los aportes sustanciales del proceso de cambio en consumo de sustancias se resumen en desarrollar estrategias “de investigación” es decir, que el sujeto sea capaz de diferenciar sus ideas, pensamiento y creencias con respecto a evidencias que sustenten la realidad del consumo, este proceso sumado a la instrucción en habilidades sociales y desarrollo de estrategias de afrontamiento permiten crear espacios diferenciados para el cambio de comportamientos de consumo a comportamientos saludables (Caballo, 2008).

Las técnicas más utilizadas en el tratamiento cognitivo conductual para el cambio en consumo de sustancias podrían resumirse de la siguiente manera (Caballo, 2008):

- Técnicas de relajación
- Auto informes
- Solución de problemas
- Toma de decisiones
- Reestructuración cognitiva
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Prevención de recaídas

- Exposición a pistas
- Manejo de contingencias.

Desde una perspectiva social, el proceso de cambio debe ser entendido como inherente al desarrollo y crecimiento, fenómenos que devienen de la evolución de un individuo dentro de su contexto sociocultural, este cambio genera un “mejoramiento social” que directamente afecta la estructura y funcionamiento de las dinámicas social que intervienen en los fenómenos que están supeditados a la decisión de cambio (Escalante & Miñano, 1982).

Finalmente, para la conceptualización de la variable estadios de cambio en consumo de sustancias se utilizará el Modelo Transteórico del cambio, desarrollado por Prochaska, DiClemente y Norcross, modelo que ha sido utilizado para estudiar los procesos de cambio en comportamientos relacionados a la salud (Davis, Campbell, Hildon, Hobbs, & Michie, 2016), el modelo explica los estadios o fases de cambio como comportamientos temporales a través de los cuáles se llegan a establecer un comportamiento definitivo y estable, remplazando acciones de consumo en conductas adaptativas.

El modelo Transteórico del cambio ha sido utilizado en un amplio contexto de la psicoterapia y el asesoramiento psicológico, de sus aplicaciones más comunes ha sido las investigaciones con respecto a dejar de fumar, incrementar actividad deportiva, en trastornos de la conducta alimentaria, uso de anticonceptivos y vinculados a entrevistas de motivación (Miller, 1983).

El proceso de cambio está compuesto por cinco etapas o estadios que para su establecimiento requieren de un tiempo determinado, así como factor primordial la motivación; los estadios de cambio están compuestos del estadio de

precontemplación, estadio de contemplación, estadio de preparación, estadios de acción y finalmente el estadio de mantenimiento (Prochaska & DiClemente, 2005).

Los estadios de cambio se describen en el siguiente apartado (Prochaska, Velicer, Fava, Norman, & Redding, 1998):

Estadio de Precontemplación: Fase donde una persona presenta un comportamiento problemático, posee baja o ninguna tendencia al conocimiento o consciencia del comportamiento nocivo que influye en sus áreas de vida, existen intentos de cambio y el nivel de intencionalidad de cambio devienen de presiones sociales o familiares, por lo que resulta probable el abandono al proceso de cambio una vez que la presión externa cede.

El bajo nivel de conciencia de enfermedad y tendencia nula de reconocer su problemática enmarca el contexto de precontemplación.

Estadio de contemplación: Se genera una valoración sobre los riesgos y beneficios de mantener o cambiar su comportamiento, generando una ambivalencia entre los pros y contra de abandonar el comportamiento de consumo. Se desarrolla un mayor nivel de consciencia sobre su problema y como posibilidad un cambio durante los seis meses venideros, a pesar de esta dinámica, no generan acciones concretas que permitan el comprometimiento con el cambio, esta etapa se determina por la aparición de procrastinación o contemplación sostenida.

Estadio de preparación: etapa donde existe el compromiso de cambio próximo, a empezar un proceso de cambio en tiempo determinado de un mes, realiza cambios pequeños en su comportamiento y planifica acciones con la finalidad de realizar objetivos a corto plazo, pudiendo tener algunos intentos de cambio fallidos anteriormente.

Estadio de acción: se evidencian los resultados de los comportamientos ejercidos durante los últimos seis meses con manifestaciones específicas en el estilo de vida, etapa de mayor inestabilidad por la alta probabilidad de la recaída, el cambio se fundamenta en el indicador de abstinencia total durante los últimos 6 meses.

Etapa de mantenimiento: establece seis meses después de haber alcanzado el objetivo de evitar la recaída, proceso que evidencia un cambio estable y de continuar con un estilo de vida saludable; el sujeto realiza actividades saludables, se percibe más fuerte frente a las tentaciones, capaz de realizar sus actividades de la vida diaria sin la presencia de la conducta de consumo.

Las recaídas formaban parte del modelo clásico, pero en las reformulaciones actuales, forma parte de la transición de etapas mayores de acción o mantenimiento a más iniciales como contemplación o precontemplación (Lipschitz, y otros, 2015).

Se configura de manera exitosa el desarrollo del cambio en consumo de sustancias como un apropiado progreso por las fases anteriormente explicadas, pudiendo en alguna situación particular regresar y avanzar de etapa antes de lograr un periodo sostenido de ausencia de consumo (Prochaska, Velicer, Fava, Norman, & Redding, 1998).

La perspectiva actual de los estadios de cambios se explica desde los aportes de los autores Arteaga, Cogollo y Muñoz quienes estipulan investigaciones referidas al proceso de cambio en problemas de consumo de sustancias bajo la articulación de nuevas variables intervinientes en el proceso de cambio. Un aporte sustancial es la percepción de apoyo social vinculado como factor protector frente a problemas de salud mental (Arteaga, Cogollo, & Muñoz, 2017).

El apoyo social percibido asociado al modelo Transteórico del cambio se considera como, la satisfacción de “necesidades sociales básicas”, dicha necesidad es suplida en los procesos de interacción social con la familia, entorno y contexto; los requerimientos sociales básicos son: la afiliación, sentido de pertenencia, la afectividad, sentido de identidad, aprobación social y sentido de seguridad (Clemente, 2003).

En el 2002 los autores Matud, Carballeira, López, Marrera e Ibáñez proponen que el apoyo social en el proceso de cambio debe contener tres categorías que contengan: la conexión social, la percepción de apoyo social y finalmente el apoyo social recibido, dimensiones descritas a detalle a continuación (Matud, Caballeira, López, Marrero, & Ibáñez, 2002):

- Conexión social como las relaciones significativas entre el entorno cercano como las relaciones de pareja, relaciones familiares, participación en organizaciones sociales y en el entorno amical.
- Apoyo social percibido es la evaluación de relaciones que son percibidas por el sujeto como verdaderas y que al ser parte de su entorno puede contar con su apoyo en situaciones complejas.
- Apoyo social recibido es la identificación de comportamientos objetivos de apoyo como asistencia en algún caso particular o ser escuchado en momentos difíciles.

El apoyo social relacionado a los procesos de cambio y tratamiento en problemas de salud estipula (Barra, 2004) aportan en:

- Reducción de los niveles de estrés que conllevan el diagnóstico y/o el tratamiento, permitiendo una sensación de “apoyo”.

- Fortalece los procesos emocionales individuales como la autoestima, afrontamiento y facilita tanto la adherencia al tratamiento y contribuyendo a la recuperación.

Dentro del modelo Trasteórico del cambio (Prochaska O. , 1999) refiere a la percepción del apoyo social como un componente teórico importante especialmente en las etapas de acción y mantenimiento vinculando a “las relaciones interpersonales de ayuda” como núcleo rector que abarca el espacio propicio para el desarrollo de la confianza del cambio y fortalecer los nuevos comportamientos adquiridos.

Dentro del apoyo social se encuentra la alianza terapéutica, la red amical y los grupos de autoayuda, este apoyo incrementa conforme el individuo transita en los estadios de cambio posibilitando el desarrollo de habilidades de afrontamiento; fomentando cogniciones de la posibilidad del cambio y reforzando comportamiento positivos (Shruthi, Niveditha, Shetty, Chaitanya, & Khargekar, 2017).

Otro de los aportes sustanciales del proceso de cambio en consumo de drogas actualmente, se resume en la adhesión de la perspectiva del género y su rol social; la Organización Mundial de la Salud define al género como la construcción de roles sociales expresados en comportamientos que el medio social considera como pertenecientes tanto para hombre y mujeres (World Health Organization., 2013). Ante esta variable interviniente es necesario aclarar que el modelo Trasteórico del cambio no es una teoría social o que se fundamente en el enfoque de género, sino que articula el género como variable que determina comportamientos específicos según los estadios de cambio.

Las investigaciones realizadas por (O’Hea, Wood, & Brantley, 2003) identifican hallazgos importantes con respecto a la disminución de consumo de cigarrillo,

comparando puntuaciones en los estadios de cambio entre ambos géneros, el momento de la investigación se hallaron mayor frecuencia de varones en estadios de mantenimiento y mayor cantidad de mujeres en precontemplación; en cuanto a la aplicación del modelo en consumo de cigarrillo.

Otro hallazgo importante por parte de (Courtenay, 2000) quien demostró la existencia en mayor frecuencia de comportamientos de riesgo en hombre que en mujeres, además de la relación entre el género, los comportamientos saludables y de riesgo, es decir que, una mujer posee mayor hábito de comportamientos saludables, se expone en menor frecuencia a comportamientos de riesgo que un hombre.

De los estudios realizados en población minoritaria y/o vulnerable como personas LGTBIQ en referencia al consumo de tabaco sustenta (Baskerville, y otros, 2017) mayor tasa de consumo de tabaco es más alto en referencia a población que no lo son; los estudios del proceso de cambio en este contexto exponen los autores presenta aún debilidades metodológicas y que debido a la baja adherencia por “el incumplimiento de las demandas extremas de la ideología masculina” los autores proponen el diseño de un proceso de cambio supeditado al incremento de conciencia del problema, modificar las actitudes de los terapeutas o facilitadores y fomentar mayor nivel de preparación para cada uno de los estadios desde una concepción de oposición a la imposición de normas basadas en género para lograr resultados (Tyler, Jackman, Strader,, & Lenox, 1997).

Finalmente, el modelo Transteórico del cambio ha introducido en su cuerpo teórico las variables de contexto como el estatus socioeconómico como variable interviniente en el proceso de recuperación al consumo de drogas; un estatus

socioeconómico facilita o imposibilita las capacidades y recursos que “predisponen” a comportamientos vinculados a la salud; las referencias se vinculan al consumo alimenticio saludable, realización de actividades físicas y recreativas, atención médica y tratamientos médicos acorde a sus necesidades. Situaciones y comportamientos que de menor manifestación en personas de estatus socioeconómico bajo (Ortiz, Pérez, & Tamez, 2015).

A pesar de las diferencias de lo anterior expuesto, es necesario diferenciar que tanto el consumo de alcohol y tabaco como conductas de riesgo no se muestra al factor socioeconómico como variable de determinación.

La relación conceptual de los estratos socioeconómicos con los estadios de cambio puede ser modulada por el género, edad, años de escolaridad y las dinámicas sociales, en sus planteamientos los autores (Kannna & Boutin, 2016) plantean a menor años de escolaridad sumado a las interacciones sociales con personas que están expuestas a situaciones de consumo, genera problemas en lograr un proceso de cambio de comportamientos nocivos, esto en contraposición al estatus socioeconómico simplemente.

2.1.3.2. Teorías que explican los estadios de cambio en adicciones

A continuación, se desarrollará una revisión teórica acerca de los modelos explicativos de los estadios de cambio en consumo de sustancias, el análisis comprende el modelo neurobiológico, el modelo de estilos de vida saludables, el modelo biomédico, el modelo bio-psico-social, el modelo del auto cambio, el modelo de capacidades, el modelo de conducta desviada, el modelo evolutivo y el modelo Transteórico del cambio.

Inicialmente el modelo neurobiológico explica el cambio como la modificación estructural cerebral mediante la participación de terapia farmacológica a la par de un tratamiento psicológico, debido a que la dependencia es explicada desde los efectos en el circuito de recompensa cerebral (Becoña, 2016) que refuerza el comportamiento de consumo asociado además a variables de contexto como el ambiente social, familiar y cultural (Apud & Romaní, 2016).

En contraposición, Romaní y Ovejero proponen que un proceso de cambio/tratamiento en consumo de sustancias además de variables biológicas, debe fundamentarse en estilos de vida y fenómenos socio contextuales (Romaní, 2015) que permiten la construcción histórica de un individuo, por tanto, el proceso de cambio debe articular diferentes niveles de comprensión, enfatizando que no puede existir un modelo único que responda de manera eficiente al tratamiento en consumo de sustancias, definiendo al proceso de cambio como una intervención multifocal, articulando al organismo biológico pero en igual importancia el fenómeno psicológico y social implicados en el consumo de sustancias (De Souza, Kantorski, Pereira, & Villar, 2011).

El modelo biomédico establece al cambio como un proceso de curación, puesto que considera al consumo problemático de sustancias como una enfermedad crónica y recidivante, debido a su naturaleza: no existe una recuperación sin un tratamiento previo, por tal motivo los intentos de recuperación sin un tratamiento culminan en fracaso; su evolución es crónica y su manifestación reside en la o las constantes recaídas y finalmente el objetivo del cambio debe centrarse específicamente en la abstinencia puesto que el contacto con la sustancia generaría

una recaída, por tanto, el consumo controlado es imposible desde este modelo (Casas, Duro, & Pinet, 2006).

El modelo Bio-psico-social establece que el cambio en situaciones de consumo de sustancias tiene su génesis en un comportamiento, conducta o hábito que se ve influenciado por factores de riesgo como biológicos, psicológicos y sociales. (Cunningham, 1999); (Dawson, y otros, 2005).

Desde este modelo, el consumo de sustancias no responde a una enfermedad crónica, se explica desde la interacción de factores biológicos y socioculturales, por tanto, el proceso de intervención o cambio está ligado a: no necesariamente un tratamiento único, es decir que existe la posibilidad de la recuperación natural, aunque no en casos de largo periodo de consumo; la recaída es fruto de la deshabitación de la sustancia, evidenciado el problema de afrontamiento del sujeto y el objetivo propuesto para el cambio podría estar sujeto al consumo controlado (Dawson, y otros, 2005).

Otro modelo distinto denominado el auto-cambio o la recuperación espontánea planteado por Chiauzzi, propone que el proceso de cambio puede expresarse en un sujeto sin la necesidad de recurrir a la intervención externa de algún profesional o terapia; proceso donde se reconoce a uno mismo como “guía”. Las investigaciones dentro de este contexto describen a la preocupación del sujeto como la necesidad imperante del cambio, sin embargo, este argumento refuta las características propias del problema del consumo, es decir que no necesariamente quien se recupera espontáneamente haya sido un “verdadero dependiente”, no obstante, la medición de estos resultados se realizaron bajo criterios de frecuencia y dosis de consumo, que al ser contrastados con criterios internacionales de los manuales de

diagnóstico soportan la evidencia empírica, dejando claro que un sujeto con trastorno por consumo pudiera recuperarse de manera espontánea (Chiauzzi, 1993).

Un modelo explicativo diferente, es el propuesto por Costa y López que resumen el proceso de cambio como la necesidad de desarrollar capacidades resilientes individuales de los sujetos y utilizar estas capacidades para el desarrollo de grupos de apoyo para el acompañamiento de las personas que inician su proceso de cambio (Costa & López, 2000).

Desde las perspectivas del aprendizaje y refuerzo, el proceso de cambio puede explicarse desde las concepciones de promoción, prevención consumo y tratamiento como la necesidad de generar nuevos procesos de aprendizaje y sustituir los comportamientos que se han establecido en el individuo que lo llevan al consumo de sustancias (Becoña, 2016).

Desde otras perspectivas distintas, los puntos de encuentro entre las teorías: de las actitudes y comportamientos, de la acción razonada y de la conducta planificada, convergen en la necesidad de establecer cambios ligados al desarrollo de creencias y pensamientos nucleares, ya que estas estructuras y funciones delimitan los comportamientos y actuaciones del individuo que podrían influir en los procesos de cambio (Ajzen & Fishbein, 1980).

El modelo teórico de Kaplan conocido como la conducta desviada, conceptualiza que existe una necesidad imperiosa de búsqueda de aceptación de cada individuo en la realización de sus comportamientos individuales como un estímulo de refuerzo positivo, el resultado de esta retroalimentación compensa la autopercepción de estima y estado emocional, la explicación de no tener este refuerzo y retroalimentación podría generar el desarrollo de “actos ilegales” o

situaciones de consumo, por tanto el cambio está supeditado a que el refuerzo externo sea direccionado no hacia externos para su retroalimentación, sino vinculado a sus logros individuales y sentido de desarrollo personal (Kaplan, 1996).

El modelo social propuesto por Peele establece que los comportamientos que llevan al uso problemático de sustancias derivan de la sensación y reacción continua que presenta el individuo el momento del consumo y no en sí mismo a la droga, es decir, si la experiencia de consumo se configura como positiva, emocionante o de valoración prospectiva, es muy probable que la conducta se repita con el fin de volver a experimentar la sensación de “bienestar”, por el contrario si la experiencia se configura como negativa es más probable que no haya la necesidad de repetir el comportamiento de consumo (Peele, 1985). Por tanto, el proceso de cambio está delimitado por el estudio de los reforzadores positivos y la modificación para evitar el comportamiento de repetición del consumo.

Dentro de los modelos evolutivos Werch y Diclemente proponen que la exposición mínima a una sustancia “legal”, podría generar el consumo progresivo a otra sustancia, esta explicación progresiva inicia bajo la siguiente lógica (DiClemente & Werch, 1994):

- No existe la idea de consumo
- Inicia la idea de consumir alguna sustancia en algún momento
- Se establece la necesidad de consumo pronto de una sustancia
- Se consume la sustancia
- El inicio del consumo marca la pauta del uso de otras drogas progresivamente.

Este modelo es muy utilizado en promoción y prevención del consumo de sustancias, el proceso de recuperación se resume en corregir el comportamiento progresivamente, pretendiendo el uso de drogas menos “fuertes”, hasta suprimir el consumo de drogas, configurando la idea inicial de no volver a consumir (DiClemente & Werch, A multicomponent state model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use., 1994).

El modelo comunitario para la intervención en procesos de consumo de drogas a definido el cambio mediante la fusión de teorías sociales sumadas a los enfoques de derecho y dignidad, generando estrategias de intervención comunitaria, además sustentada en el modelo económico social, propone la necesidad de reducción de inversión de gasto público en tratamientos de larga estancia (Carrasco , 2018). Su fundamento teórico está estipulado en un trato personalizado, menor manejo farmacológico, desarrollo de habilidades como la resiliencia y afrontamiento, así como la necesidad de un proceso de intervención transdisciplinario (Carrasco , 2018).

Finalmente, para explicar el proceso de cambio en la presente investigación, se sustentará la variable estadios de cambio desde el modelo Transteórico del cambio que fue desarrollado por James O. Prochaska y Carlos C. DiClemente en 1984, (Vallejos, Orbegoso, & Capa, 2007) teoría que fundamenta las fases o estadios o del cambio en consumo de drogas.

El cambio se concibe como como un proceso de restablecimiento de las condiciones iniciales de salud, donde de forma sistemática mediante el aprendizaje, proceso y no un evento por si solo que está compuesto por dos dimensiones: las etapas y los procesos de cambio. La etapa temporal, motivacional y la de constancia

de cambio; y los procesos de cambio como actividades dentro de cada una de las etapas, gracias a este sistema se puede identificar de manera diferenciada los estadios de cambio en lo que se encuentra una persona que desea cambiar su comportamiento de consumo (Prochaska & Bess, 1994).

El modelo Transteórico deviene de los estudios de (OConnor, 1994) y (Prochaska & Bess, 1994) relacionados a comportamiento adictivos al alcohol, consumo de tabaco y trastornos alimentarios, aplicaciones del modelo a las actividades físicas, adecuada alimentación y adherencia a los tratamientos farmacológicos, por tanto, los sujetos que desean cambiar lo hacen en etapas y que estas se movilizan de manera progresiva mediante “estadios” y a la par cada sujeto atraviesa diferentes procesos (DiClemente, y otros, 1991).

Los componentes teóricos para sustentar el modelo son según (Cardinal, Engels, & Zhu, 1998):

1. El proceso de cambio se sostiene mediante el alcanzar los objetivos de una fase y la iniciación cíclica de otra hasta conseguir un comportamiento sostenido.
2. El comportamiento de cambio está dividido en fases o estadios y estos, se encuentran vinculados a marcadores empíricos de naturaleza física, social, cultural e individual.

El proceso de cambio en adicciones está atravesado por etapas identificadas que marcan la pauta de inicio del proceso y su finalización conteniendo indicadores claros por cada fase, el proceso de cambio no solo tiene una dirección prospectiva, siendo que el individuo y su estructura psíquica puede evidenciar manifestaciones

complejas de recuperación, generando movimientos retrospectivos en sus estadios de cambio.

El paso entre las etapas de cambio depende de un periodo determinado de tiempo y alcanzar objetivos mediante tareas comportamentales para la movilización de una etapa hacia otra (Prochaska & DiClemente, 2005). El tiempo de paso entre etapas difiere entre los pacientes, sin embargo, las tareas o indicadores que se deben alcanzar son necesarias e invariables.

El proceso de cambio se identifica como actividades que requieren ser cumplidas para avanzar en una nueva etapa (OConnor, 1994), estas actividades han sido descritas a detalle por (Prochaska, Norcross, & DiClemente, 1992) como diez procesos de cambio divididas en procesos de cambio experienciales y procesos de cambio conductuales.

Los procesos de cambio experienciales comprenden:

1. Desarrollo de niveles de conciencia con respecto al problema.
2. Alivio dramático: análisis de las experiencias emocionales relacionados al problema.
3. Reevaluación del medio: identificar como influye el ambiente social y físico.
4. Liberación social: disposición y aceptación de alternativas.
5. Autoevaluación de la percepción de la autoimagen del individuo.

Los procesos de cambio conductuales son:

6. Contra-condicionamiento, sustitución de comportamiento alternos al consumo.

7. Relaciones de ayuda: identificar y apoyarse en redes de protección de amigos, familiares y profesionales.
8. Administración de refuerzos: cambiar la estructuración que sostiene al problema, logrando anticipar las consecuencias de seguir un tipo de comportamiento.
9. Auto liberación: decisión y compromiso de cambio desde la misma idea inicial de poder realizarlo.
10. Control de estímulos: manejo de situaciones o circunstancias que podrían causar el inicio del consumo y fomento de comportamientos saludables.

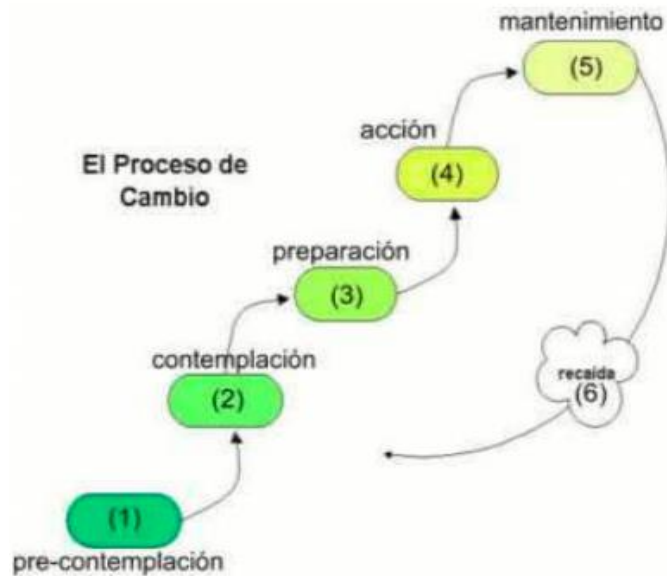
En resumen, las actividades para que se produzca el proceso de cambio son: el desarrollo de conocimiento y conciencia referente al problema, manejar indicadores de riesgo frente a la recaída, analizar el impacto del consumo en la vida propia y familiares, sustituir comportamientos, fomentar conductas saludables, interactuar con los soportes sociales y familiares y generar compromisos.

Los autores esbozan que cada actividad es inherente al estadio o etapa en la que se encuentra el individuo, por tanto, el proceso de intervención en consumo de drogas debe diferenciar la etapa para mejorar su efectividad desarrollando indicadores y comportamiento a esperar para la superación y paso a una nueva fase de cambio (Prochaska & DiClemente, 1985).

Los estadios de cambio desde el modelo Trasteórico propuestos por (Prochaska & DiClemente, 1985) especifican 6 fases, que a continuación se detallan (Prochaska, Norcross, & DiClemente, 1992):

Figura 1

Estadios de cambio



Fuente: (Cardinal, Engels, & Zhu, 1998).

La primera fase o estadio se denomina precontemplación: fase que se caracteriza por la ausencia de motivación e intencionalidad de cambiar el comportamiento de consumo y además existe una oposición a generar un estilo de vida activo. En esta fase inicial se pretende generar en el sujeto consciencia del problema, beneficios del cambio de ritmo de vida. La intención de cambio de forma temporal se establece en querer cambiar dentro de 6 meses.

La segunda fase de contemplación donde la intención de cambio de forma temporal se establece en querer cambiar en los próximos 6 meses, pero además el sujeto empieza a descubrir las ventajas de cambiar, aunque aún existe un análisis mayor de las desventajas del dejar de consumir sustancias, periodo que se caracteriza por la dicotomía entre ambos juicios que podrían alargar el paso a otra fase.

La tercera fase o estadio como la preparación, donde existe ya la decisión y compromiso de cambio y cuya expresión temporal se manifiesta en realizarlo próximamente (1 mes), dentro del contexto el sujeto podría ya tener trazado un plan de iniciación en el proceso, inclusive algún fracaso consumado en dejar el comportamiento de consumo.

La cuarta fase es la acción, estadio en el que, el individuo ha realizado cambios notables y que son percibidos dentro del periodo de los últimos 6 meses, este criterio es fundamentado en evidencias demostrables y por parte del juicio profesional que denote la reducción del riesgo de consumo.

La quinta fase se denomina mantenimiento, resultados del comportamiento sostenido de no consumo durante más de 6 meses, etapa donde existen indicadores claros del cambio y comportamientos saludables y además del sentimiento de fortaleza frente a la exposición de estímulos de reactivación.

La sexta fase originalmente considerada por los autores como recaída, actualmente se la considera como un momento de transición retrospectiva, donde de estadios de acción y mantenimiento existe una involución a estadios inferiores.

2.2. Investigaciones

2.2.1. Investigaciones acerca de la satisfacción con la vida.

En la Pontificia Universidad Católica del Perú, (Mikkelsen , 2009) realizó una investigación bajo el tema de “satisfacción con la vida y estrategias de afrontamiento en un grupo de universitarios de Lima”, investigación que pretende evidenciar la intervención de componentes en la satisfacción con la vida, estudio de tipo asociativo que respondió a la relación de variables satisfacción de vida y afrontamiento, con un total de 362 participantes, siendo los resultados de acuerdo a (Mikkelsen , 2009) de hallazgos significativos de relación entre las dos variables; los participantes manifestaron un nivel promedio de satisfacción en el área familiar y amical y el modo referente de afrontamiento fue Resolver el problema y Referencia a los otros. Además de exhibir significación por género en sus diferencias.

Siguiendo el mismo modelo metodológico, Juri Janeth Verde de la Universidad César Vallejo de Lima Norte planteó su investigación titulada “Estilos de afrontamiento y satisfacción con la vida en adolescentes de instituciones Educativas Nacional de la provincia de Huaral” (Verde Sevillano, 2014), los objetivos que persiguió la investigación estipularon investigación asociativa, conformado por 258 participantes, los instrumentos utilizados fueron la escala de afrontamiento de COPE y la escala de satisfacción con la vida SWDS, con las siguientes resultados: relación significativa positiva entre los estilos de afrontamiento enfocados al problema y la emoción con la satisfacción de vida y relación significativa negativa con los estilos de evitación y satisfacción con la vida de acuerdo al reporte de investigación (Verde Sevillano, 2014).

En el Ecuador, provincia del Azuay, la autora Ruth Aguirre, esboza su investigación llamada “Construcción de proyecto de vida en adolescentes en consumo de drogas”, proceso investigativo de naturaleza cuali-cuantitativo desarrollado en 5 adolescentes de una Unidad Educativa; los instrumentos utilizados fueron: Tests proyectivo del hombre bajo la lluvia, test de la familia de Corman, cuestionario de satisfacción con la vida PIL y el cuestionario EMAAPS para proyectos de vida (Aguirre, 2016).

Los resultados al ser de naturaleza cualitativa se resumen en que, el inicio de la construcción de proyecto de vida en la adolescencia empieza con la necesidad de generar un cambio en su situación de consumo y este paso inicial se fundamenta en una reevaluación de la satisfacción con la vida, desde la hipótesis teórica, la abstinencia revela que la evaluación de satisfacción con la vida es un paso trascendental en la construcción de proyectos de vida en adolescentes consumidores (Aguirre, 2016).

El 2016 en una muestra de 153 universitarios entre hombres y mujeres, la autora Del Águila planteó la investigación “Afrontamiento y satisfacción con la vida en relación al consumo de sustancias” mediante el uso de los tests psicológicos: el cuestionario de estimación de afrontamiento COPE-60, la escala de satisfacción con la vida SWLS y el cuestionario de detección de consumo de la OMS-ASSIST 3.1 (Del Águila, 2016).

Las evidencias sustentan la existencia de modos de afrontamiento particulares, dependiendo del tipo de sustancia; el afrontamiento de social y evitativo se relaciona con el consumo de sustancias; el tipo de afrontamiento búsqueda de la religión se relacionan con la ausencia de consumo problemático específicamente de

marihuana; existe una relación significativa entre el consumo y el afrontamiento referido “uso de sustancias” relación directa con el consumo tanto de alcohol como de drogas finalmente, la relación con la satisfacción de la vida y el consumo es inversa con un p valor de .001 y un r de -.255 entendiendo a estudios similares bajo otros análisis de predicción a la satisfacción con la vida como factor de protección frente al comportamiento de consumo (Del Aguila, 2016).

El 2019, la autora Mori efectuó en un centro penitenciario con 69 mujeres internas por tráfico ilícito de drogas una investigación que tenía como objetivo la relación de las variables, satisfacción con la vida y resiliencia; los instrumentos aplicados fueron: la escala de resiliencia de ER de Wangnild y Young, además del Cuestionario de bienestar psicológico de BIEPS-A propuesto por Casullo (Mori, 2019).

Los resultados concluyentes, no separaron los tipos del afrontamiento por tipos sino como variable de intervalo con evidencias mediante la comprobación de hipótesis de distribución no normal Rho de Spearman que existe una relación significativa, alta y positiva entre sus dos variables de estudio (Mori, 2019).

La red de revistas científicas de América Latina, el Caribe España y Portugal público a través de los autores Alberto Córdoba, Solveig Rodríguez y David Díaz la investigación llamada “Bienestar psicológico en jóvenes mexicanos usuarios y no usuarios de drogas”, (Córdoba, Rodríguez, & Díaz, 2010) investigación que pretendía hacer una comparación entre la perspectiva de bienestar entre personas que consumían sustancias frente a los que no consumían, investigación transversal-comparativa, los resultados que aporta aceptando la hipótesis, ya que la percepción subjetiva de bienestar es menor entre los adolescentes que consumen sustancias, no

así en los no consumidores, además se encontraron alteraciones del estado de ánimo y baja autoestima, en usuarios de consumo, justificando manifestaciones significativas en todos los factores asociados al bienestar psicológico, con la particularidad de la interacción con el grupo de pares. (Córdova, Rodríguez, & Díaz, 2010)

En España en la Universidad Autónoma de Barcelona, los autores Joaquín Limonero, Joaquín Sábado, Jordi Fernández, José Gómez y Amor Ardilla en la revista *Psicología Conductual* volumen 20, publican la investigación "Estrategias de afrontamiento resilientes y regulación emocional: predictores de satisfacción con la vida" (Limonero, Sábado, Fernández, Gómez, & Ardilla, 2012), investigación que tenía como objetivo analizar la relación entre la resiliencia y satisfacción con la vida, además analizar el nivel de relación con la regulación emocional percibida, para su objetivo contó con 254 estudiantes universitarios, a través de las escalas de reparación emocional percibida, la escala de inteligencia emocional, la escala breve de estrategias resilientes y la escala de satisfacción con la vida, con los siguientes resultado: los estudiantes con puntuaciones altas en estrategias resilientes presentaron mayor nivel de satisfacción con la vida; existen correlaciones positivas entre las puntuaciones obtenidas en estrategias resilientes, reparación emocional percibida y satisfacción con la vida.

A través del análisis de regresión se suprime el posible efecto mediador y moderador de la regulación emocional en la relación encontrada con la resiliencia, y satisfacción con la vida. Limonero et al. (2012).

El 2017 en la Universidad Católica del Ecuador se desarrolló la investigación denominada Bienestar psicológico y satisfacción con la vida como factores de

predicción del bienestar social, investigación que tuvo como muestra 449 estudiantes universitarios, los instrumentos utilizados fueron, el cuestionario de Satisfacción con la Vida de Diener, el cuestionario de Bienestar Psicológico de Ryff y el Cuestionario de Bienestar Social de Keyes (Moreta, Gabior, & Barrera, 2017).

Los resultados relevantes muestran una correlación estadísticamente significativa, aunque moderada entre la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico, de igual forma la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico se correlacionan significativamente de forma positiva y moderadamente con el bienestar social; para estimar si el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida predicen el bienestar social se realizó una regresión lineal, proceso que desechó a la variable satisfacción con la vida debido a que su coeficiente no aporta significativamente al modelo predictor, quedando dentro del modelo únicamente la variable bienestar psicológico que explica el 49% de la varianza de la variable Bienestar social, tomando como hallazgo fundamental que el bienestar psicológico es un factor de predicción del bienestar social (Moreta, Gabior, & Barrera, 2017).

En una muestra de 245 adolescente en edades de 13 a 17 años, los autores Carmona y Lever propusieron una investigación titulada, “Factores familiares y psicosociales asociados al consumo de drogas”, estudio de relación de variables, entre factores familiares, factores sociales con el consumo de sustancias. Para evitar el sesgo se seleccionaron muestras de estudiantes con excelente rendimiento académico, estudiantes con y sin problemas de consumo de sustancias. Los instrumentos utilizados fueron: La escala de PP-A para identificar las prácticas parentales, La escala de Satisfacción con la vida de Diener, La escala de percepción

de riesgo en el barrio y la escala de consumo de sustancias de Palomar (Carmona & Lever, 2017).

Los resultados relevantes muestran que: la estructura familiar ni el tiempo de dedicación por parte de los padres hacia los hijos se relaciona con el consumo de drogas, sin embargo, es importante el control parental puesto que se relaciona significativamente en el desarrollo de comportamientos de consumo, fenómeno asociado de igual forma con la permisividad por parte de los padres y el desconocimiento de las actividades que realiza el adolescente. En resumen, la falta de control comportamental por parte de la madre específicamente sumado a menor satisfacción con la vida y la exposición reiterada a situaciones adversas existe mayor probabilidad de consumo de sustancias (Carmona & Lever, 2017).

Los autores, Flores, Cruz y Quiroz mediante un análisis de predicción, realizaron el estudio titulado “Satisfacción con la vida y consumo de sustancias como factores predictores de intento de suicidio” estudio de naturaleza cuantitativa de corte relacional que tuvo como objetivo relacionar la satisfacción con la vida como factor de predicción en una muestra de 736 adolescentes mexicanos, el total de instrumentos utilizados fue de 17 reactivos tamizados de la encuesta nacional de drogas (Flores, Quiroz, Cruz , & Fernández, 2019).

El resultado más relevante arroja mediante un análisis de regresión que la variable satisfacción con la vida sostiene el 52% del fenómeno explicado de los consumidores de sustancias y además que, los adolescentes que consumieron drogas algún momento de su vida tienen mayor probabilidad de un intento de suicidio de los estudiantes que solo consumieron bebidas alcohólicas (Flores, Quiroz, Cruz , & Fernández, 2019).

En temas relacionados a la psicología jurídica, los autores Garrido, Pons, Murgui y Ortega en la Universidad de Valencia en España investigaron los “factores de predicción a la satisfacción con la vida en 50 adolescentes infractores”, el proceso consta de la relación entre las variables apoyo social, empatía, satisfacción con la vida, expresión de la ira y el autoconcepto; los instrumentos que fueron utilizados son; el cuestionario de apoyo social percibido de ENSE, la escala básica de empatía de Jolliffe y Farrington, la escala de satisfacción con la vida de Diener, el cuestionario de expresión de la ira STAXI y el cuestionario de autoconcepto de García (Garrido, Pons , Murgui, & Ortega, 2018).

El resultado mediante un análisis de regresión puntúa el factor de predicción del 38.3% de la satisfacción con la vida explicado por la presencia del apoyo social y autoconcepto familiar; existe una relación significativa alta y positiva entre el equilibrio emocional y el apoyo social; existe una correlación significativa y negativa entre la empatía y autoconcepto, finalmente existe una correlación significativa y positiva entre la satisfacción con la vida con el apoyo social y el autoconcepto (Garrido, Pons , Murgui, & Ortega, 2018).

2.2.2. Investigaciones acerca de las estrategias de afrontamiento.

El 2015 en la Revista de Psicología Herediana, Mirtha Chávez presentó una investigación denominada "Correlación entre las creencias irracionales y estilos de afrontamiento al estrés en pacientes drogodependientes de un centro de rehabilitación de Lima metropolitana" (Chávez, 2015), los instrumentos usados fueron el cuestionario de afrontamiento de Carver y el cuestionario de creencias irracionales de Ellis, la investigación constó de 31 participantes, los resultados descriptivos de la investigación indicaron que la creencia de ser infalible-perfecto y la creencia de tener miedo y ansiedad en cualquier cosas desconocida, y el estilo de afrontamiento de mayor porcentaje es el enfocado al problema. La asociación de creencias irracionales y estilos de afrontamiento presentaron una correlación moderada (Chávez, 2015).

En el 2012 Alejandra Rodríguez de la Pontificia Universidad Católica del Perú realizó una investigación bajo el nombre de "Afrontamiento y soporte social en un grupo de adictos de un hospital psiquiátrico de Lima" (Rodríguez A. , 2012), investigación que tuvo como objetivo relacionar la variable afrontamiento y soporte social, sustentada en 45 personas hospitalizadas que presentaban problemas de consumo. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de estimación afrontamiento (COPE) y el inventario de soporte social de Arizona (IESSA), dando como resultado correlaciones significativas directas e inversas en casi todas estrategias de afrontamiento y funciones de soporte social (Chávez, 2015).

En la Pontificia Universidad Católica del Perú, el autor Llerena propuesto la investigación titulada "Consumo de drogas, percepción de riesgo y estilos de afrontamiento en soldados del Ejército" el objetivo de la investigación fue

relacionar el consumo de drogas con la percepción de riesgo y los modos de afrontamiento; su muestra constó de 87 soldados, de sexo masculino únicamente; los reactivos psicológicos utilizados fueron el cuestionario de prevalencia de consumo de sustancias, el cuestionario de percepción del riesgo de consumo y finalmente para las estrategias de afrontamiento el cuestionario multidimensional de Estimación de Afrontamiento “COPE” (Llerena, 2016).

Los resultados permiten identificar que no existe una relación significativa entre el consumo de sustancias y la percepción de riesgo, por otro lado, los modos de afrontamiento se relacionan significativamente con el consumo de sustancias, específicamente se vinculan con el tipo de afrontamiento de evitación debido a que, este tipo de afrontamiento incrementa los comportamientos no saludables que al no tener respuesta a una situación de estrés posibilita comportamiento de escape mediante el uso de sustancias; los resultados de la relación entre los modos de afrontamiento y el consumo de sustancias sostiene que la eficacia del afrontamiento al estrés no está supeditada al tipo de afrontamiento que se utiliza en un momento determinado, sino al contenido de la situación de estrés y el momento en el que se presenta (Llerena, 2016).

La investigación desarrollada por Solano en el 2017 en las comunidades terapéuticas de Lima, tuvo como objetivo relacionar los estilos de afrontamiento con la recaída en personas con problemas de consumo de sustancias, la muestra estuvo comprendida por 240 personas diagnosticadas formalmente según CIE10 en criterios de F10 - F19; Los instrumentos para identificar las variables fueron, el cuestionario de estimación de afrontamiento COPE y el cuestionario de recaída de AWARE (Solano, 2017).

Los hallazgos encontrados, identificaron que de acuerdo a los estilos existen probabilidades de recaída; en frecuencia el modo de afrontamiento más utilizado es la reinterpretación positiva y crecimiento que se relaciona con el de mayor presencia de recaídas, pues explica que la situaciones problemática o estresante es enfrentada mediante una revaluación favorable que está supeditada al beneficio de la experiencia del tratamiento que muchas veces es sobre estimado como positivo y que es suficiente para lograr el cambio, lo que podría desencadenar en más alta probabilidad de recaída, además se presenta una relación significativa, alta e inversa entre el afrontamiento evitativo y la recaída, este fenómeno se explica a que, una vez terminado el tratamiento, al no estar preparado el sujeto a enfrentarse a estímulos o situaciones de estrés nuevamente consume drogas bajo el argumento de huir o escapar del estrés (Solano, 2017).

En esa misma línea de investigación, la autora Villarroel Morelia, realiza un estudio titulado “Estrategias de afrontamiento y Calidad de vida en pacientes por trastorno de consumo de sustancias”, dicha investigación se llevó a cabo en la ciudad de Ambato; la muestra comprendió a 30 pacientes varones, mayores de edad que fueron internos en un proceso de recuperación en un centro de tratamiento en adicciones; los instrumentos que fueron utilizados para el levantamiento de la información fueron: el cuestionario de estrategias de afrontamiento CSI y el inventario de calidad de vida de la OMS WHOQOL (Villarroel, 2018).

El análisis de independencia de las variables rechaza la hipótesis de relación entre los modos de afrontamiento y la calidad de vida, además que en frecuencia se determina que las personas que consumen sustancias tienen una baja calidad de vida; los resultados descriptivos muestran que 7 de cada 10 internos utilizan la

estrategia de afrontamiento denominada retirada social, cuyo contenido refiere la dificultad de expresión de la emocionalidad y rechazo al vínculo familiar en momentos de exposición al estrés por tanto podría este modo de afrontamiento influenciar en la recuperación o recaída (Villaroel, 2018).

En la Universidad Privada del sur el 2019, el autor Torres J., investiga la relación de los estilos de afrontamiento con el consumo de alcohol /cannabis en estudiantes universitarios; la investigación abarco 330 universitarios de ambos sexos como muestra; los test psicológicos que fueron utilizados son: el cuestionario de estilos de afrontamiento COPE y El inventario de la OMS para consumo de drogas ASSIST, el estudio es de corte transversal y de alcance relacional (Torres, 2019).

Los resultados descriptivos relatan la existencia de 7 de cada 10 participantes consumen drogas legales como el alcohol, tabaco y medicamentos; existe una relación significativa alta y positiva entre el afrontamiento y el uso de alcohol, sin embargo no existe relación entre el afrontamiento y el consumo de marihuana; el consumo de marihuana es mayor en estudiantes hombres que en mujeres; Al parecer el afrontamiento se vincula directamente al consumo de alcohol por el ordenamiento social de diferenciación en cuanto al uso del drogas legales, los resultados con respecto al consumo de marihuana no son concluyentes al parecer por la falta de fiabilidad en las respuestas al cuestionario de consumo de sustancias, ya que, existen argumentos teóricos e empíricos que fundamentan la relación específica en modos de afrontamiento vinculados a la huida y evitación (Torres, 2019).

La Sociedad científica española de estudios sobre con el alcoholismo y otras toxicomanías en España, el 2010 en la revista adicciones, a través de los autores

Miguel Monras, Silvia Mondon y Joan Jou, presentaron la investigación con el tema “Estrategias de afrontamiento en enfermos alcohólicos. Diferencias según el consumo de benzodiazepinas, los trastornos de personalidad y el deterioro cognitivo”, (Monras, Mondon, & Jou, 2010) la metodología utilizada compara las puntuaciones del COPE en 216 pacientes alcohólicos según la presencia de trastornos de personalidad, deterioro cognitivo y abuso de benzodiazepinas.

De acuerdo a los autores los alcohólicos con trastorno de personalidad utilizan estrategias de afrontamiento desadaptativas y dependientes de elementos externos; los pacientes de deterioro cognitivo y de abuso de benzodiazepinas tienen muy poca capacidad de introspección y no autoevalúan sus habilidades, mostrando una autoimagen socialmente aceptable pero poco real. Monras et al. (2010).

De igual manera en el Instituto de investigaciones psicológicas de la Universidad Veracruzana en México, con los autores Muñoz Adriana y Arellanez Jorge, en la revista de psicología y ciencias del comportamiento, el 2015 publicaron la investigación titulada “Estrés psicosocial, estrategias de afrontamiento y consumo de drogas en adolescentes” (Muñoz & Arellanez, 2015), investigación que buscó comparar un grupo de estudiantes usuarios de drogas ilegales frente a los no usuarios, tipo de investigación correlacional con 334 de estudiantes de secundaria.

Los resultados marcan que los estudiantes que utilizaban drogas existen mayores niveles de estrés personal, familiar, económico y por enfermedad, además que el uso acusado de la sustancia es justificado como una forma de afrontar el estrés "afrontamiento evitativo"; los no usuarios de drogas tuvieron resultados de mayor estrés ante violencia social únicamente. De acuerdo a los autores la edad, además

de fumar tabaco como particularidad del afrontamiento estrés podrían ser un predictor de consumo de drogas. (Muñoz & Arellanez, 2015).

En la Universidad de Sevilla, el autor Quinteros M. ejecuto la investigación titulada “Estilos parentales, apego, psicopatología y afrontamiento en drogodependientes en tratamiento” en una muestra de 200 participantes entre hombre y mujeres adultos, para lograr una inferencia adecuada de resultados, los grupos estuvieron compuesto por 100 personas con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias y los otro 100 participantes personas sin problemas de consumo, metodología que permite comparar las relaciones emocionales, situaciones adversas, psicopatología y modos de afrontamiento; los instrumentos utilizados fueron: la escala de memoria de la infancia (EMBU), Cuestionario de Historia (CHI), Inventario de psicopatología (BSI) y la escala de afrontamiento (COPE) (Quintero, 2017).

Los hallazgos más importantes describen que en comparación el grupo de personas diagnosticadas con problemas de consumo ha sido expuesto a mayor frecuencia de situaciones adversas, mayor número de sintomatología psicopatológica, consumo de sustancias por parte de los progenitores, problemas de salud mental no asociados al consumo, residencia en instituciones de acogimiento, prácticas de rechazo y sobreprotección por parte de los progenitores. Finalmente, los modos de afrontamiento más comunes en las personas con diagnóstico de consumo fueron afrontamiento de evitación; La experiencia en cuanto a los estilos de crianza, estilo parental, síntomas psicopatológicos no asociados al consumo y los estilos de afrontamiento podría relacionarse al desarrollo de un problema de consumo de sustancias (Quintero, 2017).

El estudio titulado como “Influencia de la edad de inicio del consumo, rendimiento cognitivo y afrontamiento” propuesto por Capella el 2018, tuvo como objetivo identificar la edad de inicio del consumo y sus variables intervinientes en pacientes con problemas de consumo de sustancias; la muestra se compuso por 122 varones mayores de edad que se encontraban en un tratamiento para drogodependencias, uno de los criterios de selección fundamentales del estudio fue la selección de la edad de inicio de consumo desde los 16, 17 y mayores a 17 años (Capella, 2018).

Las fases del estudio se dividieron en cuatro momentos de evaluación, donde se analizaron respectivamente, las variables de contexto social, el estudio cognitivo de rendimiento, las diferencias circadianas de sueño y el estudio de modos de afrontamiento; los resultados figuran a mayor número de sustancias, mayores complicaciones en el proceso de tratamiento, a mayor número de años de consumo mayor frecuencia de recaídas, las personas con consumo de mayor complejidad tienen como antecedente historia familiar de problemas de consumo; con mayor edad de inicio de consumo existe menor coeficiente intelectual, finalmente, los pacientes con mayor número de años de inicio de consumo presentan afrontamientos más “desadaptativas” puesto que sus resultados muestran afrontamiento por distanciamiento, ausencia de búsqueda de apoyo social y mayores puntajes en evitación (Capella, 2018).

2.2.3. Investigaciones acerca de los estadios de cambio.

En la Universidad Nacional Mayor de San Marcos Yataco Tarma y Alex Roberston investigaron acerca de “Los estados de cambio y la calidad de vida en pacientes alcohólicos atendidos en los consultorios externos de

farmacodependencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen” (Tarma & Roberston, 2008), investigación basada en 110 pacientes alcohólicos, sus objetivos procuraban la correlación entre los estadios de cambio y calidad de vida, utilizándose la escala de evaluación al cambio de la Universidad de Rhode Island y la escala de evaluación de calidad de vida de Olson; sus resultados manifiestan en población la predominancia del estadio de contemplación seguida por el estadio de acción, siendo que la calidad de vida física moderada o regular, así comprobando la hipótesis de correlación altamente significativa y de magnitud moderada, concluyendo que cuando los pacientes están en los estadios de cambios iniciales se afecta más la calidad de vida. (Tarma & Roberston, 2008)

Bajo la misma línea teórica, en la Universidad de Guayaquil el 2016 se efectuó una investigación titulada “Estadios de cambio y terapia de grupo en adolescentes consumidores de sustancias”, trabajo que tuvo un diseño mixto cualitativo y cuantitativo; los participantes fueron 10 adolescentes varones: los instrumentos utilizados constaron del cuestionario de Evaluación del cambio URICA y un cuestionario para análisis narrativo en la parte cualitativa (Moncayo & Tricila, 2016).

El enfoque mixto permitió un análisis teórico de la comprobación hipotética del cambio en cada una de sus fases relacionadas con la retórica que utilizan los adolescentes para cada una de las etapas en el proceso de cambio; los resultados más sobresalientes fueron: en los estadios iniciales de contemplación los adolescentes presentan un bajo nivel de conciencia del problema sumado a nulas estrategias de afrontamiento y soluciones frente a situaciones de consumo, reconociendo además a la familia como único medio de soporte en momentos de

consumo; en estadios de cambio más avanzados como acción y mantenimiento mediante el análisis del discurso se identificó la construcción de ideas claras y comportamientos asociados a la abstinencia sosteniendo el cambio de comportamiento y que clara mente se expresa en una mejor relación familiar (Moncayo & Tricila, 2016).

La revista peruana de drogodependencia es en su volumen número 4 presentó una investigación titulada “Consejo psicológico y sesiones motivacionales en caso de drogodependencias. Evaluación de las intervenciones del programa lugar de escucha de Cedro” (Rojas & Espinoza, 2006), en su estudio se tuvo como objetivo la evaluación de la percepción y satisfacción, así como las intervenciones a través de los consejos psicológicos y sesiones motivacionales. Estudio cuasi experimental, con diseño de medición pre y post test, en 128 participantes consumidores de varias sustancias, los instrumentos utilizados fueron la escala de valoración para el cambio de la Universidad de Rhode Island; el cuestionario de satisfacción con el tratamiento CST y la encuesta de seguimiento del caso ESC. La evaluación de eficacia se realizó a través de estudios motivacionales de los participantes, el grado de satisfacción con el programa de tratamiento y el porcentaje de inserción en los diferentes programas de tratamiento. Los resultados confirman la eficacia del programa en las fases motivacionales, percatándose que las intervenciones de entrevista motivacional afianzan en el paciente el proceso de cambio y el nivel motivacional para interrumpir el consumo.

En la Universidad Técnica de Machala, los autores Murillo y Valarezo, investigaron la intención de cambio, la motivación de cambio, la persistencia en el proceso de cambio por consumo de sustancias en adolescentes consumidores de

sustancias, internos en un centro para tratamiento en adicciones; el diseño de la investigación fue cuali-cuantitativa y los instrumentos para el levantamiento de información constaron de entrevistas motivacionales en formatos sustentados bajo el modelo Trasteórico del Cambio, el cuestionario de estadios del cambio en consumo de sustancias URICA, el cuestionario de ansiedad y preparación para etapas de cambio SOCRATES y el cuestionario volicional VQ (Murrillo & Valarezo, 2018).

Los resultados obtenidos permiten identificar las diferencias existentes en los estadios de cambio y la voluntad del cambio en los adolescentes participantes, describiendo así la ubicación temporal en diversos estadios, independiente del tiempo de tratamiento; los estadios de cambio se relacionan específicamente con las conductas espontaneas que viabilizan la voluntad del cambio específicamente con el estadio que se espera consolidar el cambio “estadio de acción”, por otro lado el estadio de contemplación se relaciona con una manifestación ambivalente en la motivación. Finalmente, las puntuaciones obtenidas en ausencia de motivación y asistir por obligación mantienen puntuaciones altas en los estadios de precontemplación (Murrillo & Valarezo, 2018).

En el contexto de consumo de sustancias en adolescentes, el autor Murrillo Boris elaboró la investigación asociada a los estadios de cambio y su relación con las ideas irracionales en 6 adolescentes bajo una metodología cualitativa, mediante el estudio de caso se aplicaron entrevistas para determinar la experiencia del cambio en los adolescentes y, además, cuestionario de ideas irracionales de Jones y el inventario del cambio de Tejero y Trujal (Murrillo B. , 2018).

Los pensamientos automáticos con mayor frecuencia presentados en los investigados fueron: la ansiedad hacia el futuro, el perfeccionismo y el control emocional; en cuanto a los estadios de cambio, sobresale la fase de contemplación, predominando en sus discursos el desarrollo de conciencia, beneficios del cambio de comportamientos y la auto liberación de las conductas que procuraban el deseo de consumo, finalmente, los investigados refirieron como aspecto importante para el cambio la necesidad de mejorar las relaciones familiares (Murrillo B. , 2018).

Mónica Quezada en el 2016 en su tesis doctoral propone la investigación "Tabaquismo y motivación para dejar de fumar en el área de salud mental del Centro San Juan de Dios" (Quesada, 2016), Madrid España, los instrumentos que se utilizaron fueron el cuestionario sobre el hábito de fumar, el test de dependencia la nicotina Fagerström, el cuestionario de balance decisional de tabaquismo, la escala de evaluación del cambio (URICA) y la escala de evaluación de la actividad global, la investigación constó de 102 participantes consumidores de cigarrillo con los siguientes resultados: los deseos de dejar el consumo de cigarrillos o reducir su número de consumo, percibe motivos similares a los hallados en otras poblaciones, los estadios en los que se encuentran los participantes son precontemplación y contemplación, la reducción del consumo de la diario de tabaco en el último año está relacionado con mayor intención de abandonar el consumo.

Los autores concuerdan que los motivos más frecuentes para dejar de fumar están relacionados con, afectación a la salud, temor a alguna enfermedad y ahorro de dinero, además el deseo de dejar de fumar se relacionó con menor edad, menos años en el centro de tratamiento, práctica de varias actividades en la semana, tener o no historial de consumo y la idea de la afectación de su salud. (Quesada, 2016)

Weller Gladys en octubre del 2003 en la Universidad de Palermo presenta la investigación titulada "La motivación para el cambio en el tratamiento de adicciones" (Weller, 2013), investigación de tipo descriptiva-transversal, realizado en 12 pacientes en fase inicial del tratamiento de adicciones y 10 pacientes en etapa final del tratamiento, el instrumento utilizado fue la escala de evaluación del cambio (URICA), los resultados de la investigación sustentan la descripción de la situación de una comunidad terapéutica en un momento determinado, demostrando según la autora hallazgos significativos en el estadio de acción, ya que las diferencias en los primeros dos estadios no existen acciones concretas para la intencionalidad para el cambio, mostrando así el grupo en fase de finalización de su tratamiento, mayor toma de conciencia y disposición al cambio en adicciones. (Weller, 2013).

Un estudio piloto para tratamiento ambulatorio en adicciones propuesto por Martínez y Casari en España, tuvo como objetivo evaluar la exposición al cine como terapéutica de tratamiento ambulatorio, protocolo de 3 sesiones de exposición de cine enfocado a desarrollar conciencia del problema del problemas de consumo, los instrumentos para las comparaciones de la media de puntuación inicial fueron: el cuestionario de evaluación del cambio URICA y el cuestionario de respuestas de afrontamiento CRI-A (Martínez & Casari, 2018).

Al comparar las puntuaciones medias de las variables afrontamiento y evaluación de cambio luego de la exposición a películas, se obtuvieron que los niveles de resiliencia cambiaron de manera significativa después de ver las películas; sin embargo, este tipo de intervención muestra que no existen cambios significativos en los estadios de cambio luego de la exposición de películas,

pudiendo obtener puntuaciones en estadios altos inicialmente, medios en el proceso de la terapia de exposición y finalmente volver a estadios inferiores al terminar la intervención por tanto, el uso de “cine terapia” en adicciones no presenta evidencia de efectividad en su protocolo de intervención (Martínez & Casari, 2018).

En España, el 2018 la revista adicciones en su volumen 31 publica, la investigación denominada “Escenario para dejar de fumar en pacientes bipolares”, el procedimiento metodológico de la investigación separó a los pacientes de acuerdo a sus estadios de cambio, teniendo como criterio de inclusión que los participantes hayan sido diagnosticados con trastorno bipolar; los instrumentos utilizados fueron: el cuestionario de ansiedad de Hamilton, el test de dependencia a la nicotina Fagestrom, la escala visual analógica EVA, el cuestionario de evaluación del cambio URICA y el cuestionario disfunción cognitiva para trastorno bipolar COBRA; El protocolo aplicado consistió en 7 sesiones bajo el modelo 3As. (Sarramea, y otros, 2018).

Después del procesamiento de los datos, los resultados revelan que 8 de cada 10 investigados consideraron la necesidad de dejar de fumar luego de la intervención; las comparaciones de las puntuaciones iniciales con las puntuaciones al finalizar la intervención muestran diferencias significativas en la disposición al cambio; los factores asociados al cambio fueron el rendimiento cognitivo, deseo de abandono del consumo, capacidad de dejar de fumar, la edad e inicio del consumo; finalmente, 4 de cada 10 participantes después de la intervención, desarrollaron mayor disposición al cambio y estadios de cambio del comportamiento de consumo, intervención sustentada en el modelo Trasteórico del cambio (Sarramea, y otros, 2018).

La revista psicología y sociedad de Brasil en su volumen 31, en diciembre del 2019 publica los resultados de la investigación “evaluación y atención psicosocial en consumo de drogas, a los familiares de los adictos” cuyo objetivo fue el fusionar el relato de la experiencia de los familiares de las personas con problemas de consumo de drogas con una evaluación clínica de los estadios de cambio, el proceso de recolección de datos cualitativos se realizó mediante entrevistas individuales, grupales y grupos focales de los familiares, la recolección de datos cuantitativos se ejecutó mediante el cuestionario de evaluación al cambio URICA (Soares, Oliveira, & Pinho, 2019).

El correlato de los discursos de los familiares con la evaluación del cambio permite contrastar la satisfacción de los familiares de los pacientes acerca de evidenciar cambios de comportamiento de consumo por conductas saludables que al ser tamizadas con los proceso de cambio correspondientes, se cumplen tanto los indicadores de los estadios correspondientes a la etapa de mantenimiento; la experiencia vivencial de la verificación del cambio por parte de los pacientes en los familiares produce factores de protección que podría evitar la recaída y sostener la abstinencia por parte de los pacientes rehabilitados (Soares, Oliveira, & Pinho, 2019).

En Brasil, los autores Junior, Calheiros y Crispim investigaron la motivación al cambio en consumo de drogas dentro de población que había sido juzgada por crímenes o delitos, la muestra estuvo compuesta por 120 personas adultas varones que participaban de un internamiento bajo la modalidad de comunidad terapéutica, los grupos de comparación fueron estipulados bajo el criterio de haber sido juzgado por la justicia y no haber tenido problemas con la justicia; los reactivos psicológicos

empleados fueron: la escala de evaluación al cambio URICA (Junior, Calheiros, & Crispim, 2018).

Los resultados fueron procesados mediante comparaciones de los dos grupos diferenciados con evidencias estadísticamente significativas de las diferencias ya que, existe mayor disposición al cambio en personas que siguen su tratamiento en adicciones que tienen problemas con la ley en relación con las personas que acuden por su propio bienestar; Estos resultados permiten diferenciar los escenarios en los que se encuentran los pacientes que deciden un tratamiento bajo un contexto legal, identificando así, la posibilidad de diferenciar y mejorar el posible éxito terapéutico y la adherencia a los tratamientos (Junior, Calheiros, & Crispim, 2018).

El estudio relacionado con las diferencias por sexo en los procesos de cambio y deseo de consumo de cigarrillo en una muestra de 936 universitarios en la ciudad de Bogotá por los autores Gantiva, Guerra y Vila tuvo como objetivo relacionar las variables motivación al cambio, dependencia al cigarrillo según sexo; los instrumentos que se utilizaron fueron: Escala de cambio de Becoña y Lorenzo, el tests de dependencia a la nicotina Fagerström y el Cuestionario “Smoking Urges” (Gantiva, Guerra, & Vila, 2017).

Las evidencias más importantes arrojadas de la investigación develan que 3 de cada 10 universitarios que consumen cigarrillo tienen bajos niveles de estadios de cambio; la relación de variables entre la dependencia a la nicotina y los estadios de cambio resulto significativa, media y negativa; no existe correlación entre los estadios de cambio y la ansiedad por el consumo, finalmente no existieron diferencias estadísticamente significativas en la comparación de grupos según sexo (Gantiva, Guerra, & Vila, 2017).

2.3. Definiciones conceptuales y operacionales de variables.

2.3.1. Definición conceptual y operacional de la satisfacción con la vida.

Definición conceptual:

La satisfacción vital se conceptualiza a la valoración global que realiza una persona sobre su vida, comparando lo que ha conseguido, sus metas referentes con sus expectativas. (Pavot & Diener, 1993)

Un autoanálisis comprendido de la existencia de factores positivos, la ausencia de factores negativos y una autopercepción general de vida, es decir que la consecución de satisfacción con la vida está asociada a que, un individuo manifieste en menor grado factores negativos y que además su valoración general de su vida se encuentre como satisfactoria, estos factores se encuentran asociados por un juicio propositivo de vida, mantenidos en el tiempo.

Definición operacional:

Para la valoración del bienestar subjetivo se utilizó la escala Satisfacción con la Vida de Diener (SWLS), cuyo contenido consta de cinco ítems con oraciones referentes a la percepción cognitiva actual de vida (satisfacción), utilizando medidas conceptualizadas en ideal de vida, condiciones, satisfacción, consecución de metas y actitud hacia el pasado; Instrumento con siete opciones de respuestas en escala Likert, permitiendo identificar el grado de conformidad entre los valores 1 totalmente en desacuerdo hasta 7 totalmente de acuerdo, con una valoración a mayor puntaje, mayor percepción de Bienestar subjetivo.

Operacionalización de la variable Satisfacción con la vida

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumento
Satisfacción con la Vida	Percepción cognitiva de la satisfacción con la vida	<ul style="list-style-type: none">· Ideal de vida,· Condiciones para la satisfacción· Logro de metas· Actitud hacia el pasado	1, 2, 3, 4, 5	Escala de Satisfacción con la Vida de Diener (SWLS)

2.3.2. Definición conceptual y operacional de las estrategias de afrontamiento

Definición conceptual:

Todos los recursos psicológicos que utiliza un individuo para enfrentarse a situaciones de estrés, sean motivados por factores externos o internos; estrategias que usa el sujeto para hacer frente a experiencias que pueden ser percibidas como cuantiosas de movilidad psíquica o desbordantes (Lazarus & Folkman, 1986).

Definición operacional:

El afrontamiento o estrategias de afrontamiento, al depender del desarrollo de estrategias estables y por tanto mayormente predominantes al enfrentarse a situaciones de estrés, se utilizará el instrumento denominado “Escala de estrategias de afrontamientos-Escala de afrontamiento de Lazarus”, que evalúa mediante situaciones ficticias y su reacción común, mediante 67 ítems, bajo modalidad de respuesta en escala de Likert, con una calificación que oscila de 0 en absoluto a 3 en gran medida, permite identificar el modo de afrontamiento más estable de un individuo.

Operacionalización de la variable Estrategias de Afrontamiento

Variable		Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumento
Estrategias de afrontamiento al estrés	Afrontamiento centrado en el problema	1. Afrontamiento por confrontación	<ul style="list-style-type: none"> - Acciones tomadas en problemas. - Búsqueda y actitud en la responsabilidad. - Actitud positiva a conseguir objetivos. 	6, 7, 17, 28, 34 y 46.	Escala de afrontamiento de Lazarus y Folkman
		2. Afrontamiento por planificación	<ul style="list-style-type: none"> - Planificación de actividades. - Explicación y análisis de las situaciones - Esperanza de cambio con acciones planificadas. - Búsqueda de varias opciones de resolución. 	1, 2, 6, 27, 39, 48, 49, y 52	
	Afrontamiento centrado en la emoción	3. Afrontamiento por distanciamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar con la planificación. - Cambio de actitud ante situaciones negativas. - Situaciones de escape en dificultades. 	12, 13, 15, 19, 21, 32,41 y 44.	
		4.- Afrontamiento por aceptación de la responsabilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Autocrítica. - Búsqueda de compensación - Autoconciencia del problema. - Expectativa de inicio. 	9, 25,29 y 51.	
		5. Afrontamiento por auto-control	<ul style="list-style-type: none"> - Control de emociones en situaciones difíciles. - Ausencia de búsqueda de apoyo. - Pensamientos futuros de éxito. - Planificación de acciones frente a situaciones. 	10, 14, 35, 37, 43, 53, 54, 57, 62 y 63.	
		6. Afrontamiento por reevaluación positiva.	<ul style="list-style-type: none"> - Actitud positiva frente al problema. - Evaluación de madurez frente al problema. - Búsqueda de sentido o propósito en las situaciones. - Búsqueda espiritual en momentos difíciles. 	20,23, 30, 36, 38, 56 y 60.	
		7. Afrontamiento por huida- evitación,	<ul style="list-style-type: none"> - Esperanza milagrosa de cambio. - Acciones no vinculadas a resolver el problema. - Sobrecogimiento - Deseo de cambio sin acciones 	11, 16, 24, 33,40, 47, 55, 58 y 59.	
		8. Afrontamiento por búsqueda de apoyo social	<ul style="list-style-type: none"> - Acercamiento a personas específicas para resolver problemas. - Búsqueda de consejos y apoyo emocional. 	8, 18, 31, 42 y 45.	

2.3.3. Definición conceptual y operacional de los estadios de cambio en adicciones.

Definición conceptual:

Definición y clasificación del proceso de cambios sistemáticos en la modificación de un comportamiento adictivo, proceso que comprende la motivación hacia el cambio mediante acciones concretas, traducido en el paso que va desde una baja motivación correspondiente a la precontemplación, seguida por la decisión de cambio en la contemplación, preparación, generando cambios concretos en la acción y mantenimiento como el sostenimiento en tiempos establecidos de nuevos comportamientos no adictivos (Prochaska, Norcross, & DiClemente, 1992).

Definición operacional:

La evaluación de los estadios de cambio en adicciones se fundamenta en el modelo Transteórico de cambio, teoría que fundamenta cambios sistemáticos para la modificación del comportamiento adictivo, evaluación mediante la escala de evaluación del cambio que fue desarrollada por James O. Prochaska y Carlo DiClemente que contiene 32 preguntas bajo respuestas escalares que van desde 1 totalmente en desacuerdo hasta 5 Totalmente de acuerdo, escala Likert que una vez sumada su respuesta se percibe la situación particular del sujeto en cada uno de sus estadios.

Operacionalización de la variable Estadios de cambio en adicciones.

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumento
Estadios de cambio en adicciones.	1. Precontemplación.	<ul style="list-style-type: none"> · Consciencia del problema · Actitud frente al problema 	Precontemplación: 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29, 31	Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA).
	2. Contemplación.	<ul style="list-style-type: none"> · Predisposición al cambio · Expectativa frente al tratamiento 	Contemplación: 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24	
	3. Acción.	<ul style="list-style-type: none"> · Acciones frente al problema · Planificación para conservar el cambio 	Acción: 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30, 4.	
	4. Mantenimiento.	<ul style="list-style-type: none"> · Acciones para evitar la recaída 	Mantenimiento: 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32	

2.4. Hipótesis.

H1= Existe una relación estadísticamente significativa de la Satisfacción con la vida con los estadios de cambio en pacientes consumidores de sustancias psicotropas, de centros especializados para tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas en Quito-Ecuador.

H2= Existe una relación estadísticamente significativa de las estrategias de afrontamiento con los estadios de cambio en pacientes consumidores de sustancias psicotropas, de centros especializados para tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas en Quito-Ecuador.

H3= La satisfacción con la vida y las estrategias de afrontamiento predicen los estadios de cambio en pacientes consumidores de sustancias psicotropas, en un centro especializado para tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas en Quito-Ecuador.

Capítulo III: Metodología.

3.1 Nivel y tipo de investigación.

Nivel de investigación asociativa, debido a los objetivos que persigue en asociar las dos variables dos variables independientes, satisfacción con la vida y afrontamiento, con la variable dependiente, estadios de cambio en adicciones. Investigación que persigue conocer la relación estadísticamente significativa entre sus variables. (Baptista , Hernández, & Fernández, 2014).

Investigación de tipo cuantitativa. La investigación se sustenta en un modelo teórico positivista y pretende una visión científica de la realidad del consumo de sustancias, traducida en la formulación de hipótesis, con una base de datos de tres reactivos psicológicos y comprobación de hipótesis, por tanto, coincide con una investigación de tipo cuantitativa.

Tipo de investigación que se fundamenta en poner a prueba hipótesis, basada en la toma y levantamiento de datos, sustentado en el método hipotético-deductivo que responde a su filosofía positivista, que responde a fenómenos observables y medibles. (Ander Egg, 2010).

3.2 Diseño de la investigación.

Investigación no experimental-transversal-descriptivo-relacional.

Investigación que no ensaya con las variables independientes, sino que observa y mide el fenómeno sin participar activamente, (Arias, 1999), análisis que se realiza a través de una base de datos obtenida mediante la aplicación de instrumentos psicológicos debidamente validados, procedimiento de medición en un único momento del tiempo y la historia de los investigados, (Hernández, 2010).

Investigación a realizarse en un centro especializado de tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas, cuyo objetivo inicial pretende describir las frecuencias, identificar cuantitativamente las frecuencias y categorías de la satisfacción con la vida, estrategias de afrontamiento y estadios de cambio en adicciones, datos que serán analizados desde medidas de tendencia central y no central, y graficados mediante tablas de resultados, evidenciando sus categorías y frecuencias, (Baptista, Hernández, & Fernández, 2014).

Tipo de investigación que pretende relacionar dos variables independientes sobre la variable dependiente, identificando una relación estadística significativa, su fuerza de asociación y dirección, explicando a las variables mediante un patrón predecible en su población de estudio (Llamas, 2000).

3.3 Naturaleza de la Muestra.

3.3.1 Población.

3.3.1.1 Descripción de la Población.

Definido por casos de pacientes consumidores de sustancias psicotropas, internos en un centro especializado para tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas; con diagnóstico formal CIE-10, F10-F19 “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas, que hayan sido internados en un programa de tratamiento voluntario para adicciones.

3.3.2 Muestra y método de muestreo.

La descripción de la muestra corresponde a una base de datos de pacientes adultos varones en edades comprendidas entre 18 y 65 años, de diversos estratos socioeconómicos que participaron en un tratamiento de adicciones bajo la modalidad de internamiento voluntario en el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón en el periodo 2019. El Instituto tiene como su misión la Acogida, Asistencia, Cuidado especializado y preferente a los enfermos mentales, a personas con discapacidad física o psíquica.

Para la caracterización de los datos se presentarán inicialmente tablas de frecuencias y porcentajes de los datos sociodemográficos de la muestra, estos datos serán expresados según: edad, instrucción académica, tiempo de internamiento en semanas y estado civil.

Tabla 2*Frecuencias según datos sociodemográficos*

Variable	Categoría	N	%	Acumulado
Edad	18 -22 años	12	7,5	7,5
	23-27 años	27	16,9	24,4
	28-32 años	27	16,9	41,3
	33-37 años	34	21,3	62,5
	38-42 años	12	7,5	70
	43-47 años	15	9,4	79,4
	48-52 años	6	3,8	83,1
	53-57 años	9	5,6	88,8
	58-63 años	18	11,3	100
Escolaridad	Primaria	21	13,1	13,1
	Secundaria	76	47,5	60,6
	Superior	51	31,9	92,5
	Universitaria	12	7,5	100
Internamiento	Semana 1	39	24,4	24,4
	Semana 2	24	15	39,4
	Semana 3	15	9,4	48,8
	Semana 4	36	22,5	71,3
	Semana 8	24	15	86,3
	Semana 10	3	1,9	88,1
Estado civil	Semana 12	19	11,9	100
	Casado	50	31,3	31,3
	Divorciado	18	11,3	42,5
	Soltero	82	51,3	93,8
	Unión libre	9	5,6	99,4
	Viudo	1	0,6	100

Fuente: Elaboración propia.

Del total de 160 casos analizados de pacientes consumidores de sustancias psicotropas, internos en un centro especializado para tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas, con respecto a la edad, se evidencia una media poblacional de 37 años, teniendo como referencia que la cifra de 18 años representa el valor mínimo y con valor marginal mayor el de 63 años; la desviación estándar muestra que existe alto nivel de dispersión de los datos.

Los datos muestran por su dispersión un tipo de distribución no normal debido a que en su mayoría se concentran en la cola izquierda correspondiente a las edades de 23 hasta 37 años respectivamente como se observa en el anexo 1 gráfico de frecuencias según edad.

Para el análisis de frecuencias según la edad de 160 casos analizados de pacientes consumidores de sustancias psicotropas, internos en un centro especializado para tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas se crearon intervalos de 5 años de amplitud mediante la aplicación de la regla de Sturges identificando el logaritmo de n y la identificación del rango de los datos de la edad.

Los resultados explican que el rango de edad con mayor número de casos corresponde a los 23 y 37 años donde se concentran 6 de cada 10 pacientes, mientras que las edades comprendidas desde los 38 años hasta los 43 presentan como ocurrencia entre 1 de cada 10 pacientes, incluso con porcentajes menores al 10%, finalmente el intervalo que presenta mayor número de casos con 39 personas representan a las edades de 33 a 37 años con la ocurrencia de 2 de cada 10 casos, como se observa en el anexo 2.

Del total de 160 casos de pacientes consumidores de sustancias psicotropas, internos en un centro especializado para tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas, en referencia con el nivel de escolaridad, es posible identificar datos distribuidos de forma heterogénea puesto que entre sus categorías las puntuaciones distan con respecto a su frecuencia, respecto a la categoría con mayor número de casos se encuentra el nivel de instrucción secundaria que en su interpretación muestra 5 de cada 10 casos analizados, seguidos respectivamente con 3 de cada 10

y 1 de cada 10 por las categorías de formación superior y primaria, como se observa en el anexo 3.

Del análisis de 160 casos de pacientes consumidores de sustancias psicotropas, internos en un centro especializado para tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas, se muestra el tiempo promedio de internamiento de 5 semanas, la desviación estándar muestra que existe un porcentaje medio en cuanto a la dispersión de los datos, finalmente, los datos muestran por su dispersión un tipo de distribución no normal debido a que en su mayoría se concentran en la cola izquierda correspondiente a 1 y 4 semanas; los resultados marginales de puntuación mínima y máxima se encuentran supeditados al programa de internamiento de la institución, debido a que la modalidad de comunidad terapéutica refiere un internamiento voluntario por un periodo máximo de 12 semanas o 3 meses y que de ser necesario mayor estancia en el periodo de internamiento se requiere una nueva evaluación del equipo de intervención y de acuerdo a sus criterios técnicos y clínicos podrían extenderse el tiempo de internamiento.

El análisis de frecuencias según el tiempo de internamiento en semanas de los 160 casos analizados de pacientes consumidores de sustancias psicotropas, internos en un centro especializado para tratamiento en consumo de alcohol, identifica a las categorías con mayor número de casos correspondientes a la primera y cuarta semana de internamiento donde se concentran 2 de cada 10 pacientes, mientras que las demás categorías respectivamente 2, 3, 8, 10 y 12 presentan como ocurrencia entre 1 de cada 10 pacientes, incluso con porcentajes menores al 1%, finalmente, es necesario especificar que el levantamiento de la información para la base de datos fluctúa en cuanto a las semanas, debido a que no dependía de un protocolo

específico de diagnóstico obligatorio al iniciar el tratamiento de internamiento, sino que se realizó de manera aleatoria durante el periodo de tratamiento en adicciones, como se observa en el anexo 4.

El análisis del total de 160 casos de pacientes consumidores de sustancias psicotropas, internos en un centro especializado para tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas, sustenta de acuerdo al estado civil, una distribución heterogénea de datos, ya que, entre sus categorías las puntuaciones distan con respecto a su frecuencia. La categoría con mayor número de casos se encuentra el estado civil soltero que en su interpretación muestra 5 de cada 10 casos, seguidos respectivamente por 3 de cada 10 y 1 de cada 10 por las categorías casado y divorciado, en cuanto a las categorías unión libre y viudos se presentan porcentajes menores al 10% como se observa en el anexo 5.

Muestreo de tipo no probabilístico.

Muestreo que al no conocer la probabilidad de ser elegida para el estudio de cada unidad de análisis y su selección se realizará mediante métodos que no estén relacionadas al azar (Argimón & Jiménez, 2019),

Así mismo la muestra para la presente investigación está compuesta por una base de datos con los respectivos permisos correspondientes por parte de la Dirección Médica del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, situado en la ciudad de Quito en la dirección Avenida Manuel Córdova Galarza, Km 4. Base de Datos que corresponde a la evaluación psicológica de las variables, Satisfacción con la Vida, Modos de Afrontamiento y Estadios de cambio en adicciones correspondiente al periodo 2019 y que, por su naturaleza de selección, se desarrollará en pacientes con diagnóstico formal tipificado CIE 10 y que, para la selección de casos, estarán supeditados a los requerimientos del investigador y especificados en los criterios de inclusión.

La selección de la muestra se gestionará a través de una base de datos de pacientes atendidos en los meses enero-diciembre del 2019, serán pacientes internos que cumplan con los criterios de inclusión que responden al número aproximado de asistidos en el programa de tratamiento en adicciones en un centro especializado de tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas en Quito-Ecuador.

Método de muestreo censal.

Estrategia que refiere la selección de casos que cumplan con los criterios de selección especificados, a medida que hayan acudido al centro especializado de tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas en Quito-Ecuador durante el periodo enero-diciembre del 2019 (Argimón & Jiménez, 2019).

Las razones que sustentan la investigación a realizarse en pacientes con diagnóstico F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas, precisan el requerimiento de levantamiento de información con el 100% de la población que cumplan con los criterios de inclusión.

En cuanto al tamaño de la muestra, se utilizará el modelo matemático propuesto por (Pértegas & Pita, 2002) que se representa a continuación, cuando la variable principal es de tipo cualitativo y que es el caso de la presente investigación:

$$n = \left[\frac{Z1 - \alpha + Z1 - \beta}{\frac{1}{2} \ln \left[\frac{1+r}{1-r} \right]} \right]^2 + 3$$

- La posible asociación de variables es referida de los estudios de (Moya, 2018) y (Aguila & Lagos, 2016) es de un $r= 0.30$.
- El Margen de error del 5%
- Z: área de la curva normal que corresponde al nivel de confianza de 95%.
- Pérdidas del 10%

Al desarrollarse la investigación mediante una base de datos y que de acuerdo a los registros del IPSC corresponde a 180 casos aproximadamente en el año 2019, se estimó una muestra proporcional de 114 casos al aplicarse la fórmula anteriormente detallada, sin embargo, se trabajará con la totalidad de casos que cumplan los criterios de inclusión y que una vez tamizados serán 160 casos.

3.3.3 Criterios de Inclusión y Exclusión.

Es necesario establecer que dentro de la base de datos del 2019 correspondiente a las atenciones de pacientes con diagnóstico F10-F19 en el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón se encontraban casos con diagnóstico de patologías duales y/o otros trastornos del comportamiento, además, de casos atendidos en modalidades distintas a las referidas del internamiento voluntario como ambulatorio y ambulatorio intensivo, por tal motivo y debido a intereses de la presente investigación es necesario establecer criterios de inclusión y exclusión.

Inclusión:

- Casos con diagnóstico único CIE-10, Tipificado F10-F19 “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas, sin diagnóstico de otros trastornos del comportamiento, ni patologías duales.
- Casos que fueron atendidos en tratamiento voluntario de internamiento para adicciones bajo modalidad de comunidad terapéutica.

Exclusión:

- Casos de reingreso por abandono al tratamiento de adicciones. (Criterio que impide el sesgo de información, en referencia a los estadios de cambio en adicciones, debido a que, la experiencia previa de tratamiento puede alterar los resultados y no la medición de las variables independientes.
- Antecedentes del caso de tratamiento farmacológico que respondan a problemas de abstinencia.

3.4 Instrumentos.

3.4.1 Escala de Satisfacción con la Vida de Diener (SWLS)

Escala de cinco ítems con afirmaciones pertinentes a la visión actual de vida (satisfacción), bajo parámetros conceptualizados en ideal de vida, condiciones, satisfacción, consecución de metas y actitud hacia el pasado; con siete opciones de respuestas en escala Likert, permitiendo identificar el grado de conformidad entre los valores 1 totalmente en desacuerdo hasta 7 totalmente de acuerdo.

La corrección e interpretación se realiza bajo puntos de corte categorizados desde muy insatisfechos hasta altamente satisfechos (muy felices); escala desarrollada con el objetivo de evaluar los aspectos cognitivos del bienestar, desarrollada por Larse y Griffin (1985).

Escala de un factor que de acuerdo a (Diener, 1985) exhibe en su análisis de confiabilidad mediante consistencia interna en análisis de homogeneidad con su estadígrafo coeficiente alfa un valor de entre ,89 y ,79, además, con un análisis de validez de constructo divergente con su estadígrafo coeficiente de correlación negativas entre ansiedad, depresión y correlacione positivas con varias escalas de bienestar.

Escala en español desde 2000 que en la investigación de afrontamiento y bienestar subjetivo citada por (Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro, Gómez-Romero, & Ardilla-Herrero, 2012), presenta su análisis de confiabilidad mediante consistencia interna en análisis de homogeneidad con su estadígrafo coeficiente alfa un valor de estimación de ,76.

En la investigación por (Martínez & Herrero, 2004). Para la validación en su estudio mediante análisis de confiabilidad por método de estabilidad temporal, y toma del tests-retest con un periodo de tiempo determinado de 2 mes, bajo el coeficiente de correlación de ,82 y estadígrafos de corrección ítem-tests entre ,57 y ,75. La validez se expresó en Validez de constructo con el método factor y su análisis de componentes principales con resultados de un 1 solo factor, con la explicación en su varianza del 66% de su resultado.

3.4.2 Escala de estrategias de afrontamientos-Escala de afrontamiento de Lazarus.

Instrumento desarrollado por Folkman y Lazarus (1984), su objetivo persigue identificar las estrategias de afrontamiento. Afrontamiento definido como todos los recursos psicológicos que utiliza un individuo para enfrentarse a situaciones de alto estrés, sean motivadas externa o internamente, experiencias que pueden ser percibidas por el individuo como cuantiosas de movilidad o desbordantes.

El afrontamiento responde a criterios ideográficos y nomotéticos, dependiendo del contexto de demanda, se desarrollan estrategias estables y por tanto mayormente predominantes al enfrentarse a situaciones de estrés, razón por la cual el instrumento a través de 67 ítems, bajo modalidad de respuesta en escala de Likert que va de 0 en absoluto a 3 en gran medida, permite identificar el modo de afrontamiento más estable de un sujeto.

Las subescalas tipifican 8 estrategias de afrontamiento detallados, el modo de afrontamiento por confrontación, el modo de afrontamiento por distanciamiento, el modo de afrontamiento por auto-control, el modo de afrontamiento por búsqueda de apoyo social, el modo de afrontamiento por aceptación de la responsabilidad, el

modo de afrontamiento por huida-avoidancia, el modo de afrontamiento por planificación, el modo de afrontamiento por reevaluación positiva.

Para las investigaciones de (Nava-Quiroz, Vega-Valero, & Trujano, 2010) la Scale of Ways of Coping presenta validez en su constructo 6 factores por componentes principales en su análisis factorial; y una confiabilidad por análisis de homogeneidad “consistencia interna”, un coeficiente alfa total de ,86. En su análisis por componentes un estadígrafo de coeficiente alfa entre ,57 y ,90.

Ibáñez y Olmedo (2003) La versión de escala de estrategias de afrontamiento evidencia confiabilidad: de consistencia interna, mediante la estimación de homogeneidad con su estadígrafo coeficiente alfa de 0,61-0,79 y validez en su constructo, por método factorial confirmatorio entre sus componentes principales dirigidos a la resolución de un plan de acción y factores dirigidos a la emoción (búsqueda de apoyo social emocional, distanciamiento, evitación, acentuación de los aspectos positivos de la situación y autorreproche).

3.4.3 Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA).

La escala de evaluación del cambio o escala de motivación al cambio en adicciones fue creada por James O. Prochaska y Carlo DiClemente, instrumento que se sustenta del modelo Transteórico de cambio, reactivo psicológico que pretende explicar los cambios cíclicos para la modificación de una conducta “adictivo”, dicho proceso, involucra el fenómeno de la motivación hacia el cambio, cambio que se mide en acciones objetivas, dicho proceso inicia desde la precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

El proceso evaluativo se desarrolla en 32 ítems bajo respuestas de tipo Likert puntúan desde 1 totalmente en desacuerdo hasta 5 Totalmente en acuerdo, escala que mediante la sumatoria, identifica la situación particular de cada persona con respecto a la etapa en la que se encuentra.

En el estudio de (Valero & Espinoza, 2008) se efectuó un análisis de confiabilidad por consistencia interna en su prueba de homogeneidad por coeficiente alfa con resultados dimensionales: precontemplación ,83; Contemplación ,83; Acción ,86 y mantenimiento ,89.

(Flores, Faccio, & Luque, 2015) para el instrumento la confiabilidad mediante estimación de homogeneidad, arroja resultados mediante el índice de coeficiente Alpha de para cada una de sus cuatro estructuras dimensionales, superando así, los valores esperados de .70, evidenciando alto nivel de consistencia interna (Nunnally, 1967, p. 226).

En la investigación de (Flores et al., 2015) la validez de constructo mediante análisis factorial exploratorio con giro varimax con káiser, la explicación de cuatro factores que explican el 63% de los resultados en su varianza.

3.5 Procedimiento.

Se formuló la idea a investigar por medio de una revisión sistemática en base de datos y literatura gris, permitiendo el planteamiento del problema, se elaboró el marco teórico que fundamentó la construcción de las variables, una vez identificado el tipo de investigación, se presentó los documentos que legalizan la investigación desde la Unidad de posgrado de la Universidad Cayetano Heredia.

Se desarrollaron los trámites referentes de autorización al Comité de Ética, permitiendo así los permisos correspondientes de acceso y manejo de la base de Datos de pacientes evaluados en el periodo 2019 a la dirección médica del Instituto psiquiátrico Sagrado.

De acuerdo a la planificación y acorde a los recursos presupuestados, una vez concedido el permiso para el manejo de la base de datos de pacientes en el periodo 2019, se desarrolló una primera compilación de los casos que cumplen los criterios de inclusión y eliminar los casos mediante los criterios de exclusión, estos datos fueron enmascarados bajo un código alfanumérico para impedir su identificación y proteger la confidencialidad de los datos de información.

Una vez obtenida la base de datos final se realizó una depuración dependiendo de las puntuaciones obtenidas en los 3 cuestionarios psicológicos, eliminando las pruebas incompletas e incorrectas; en el caso de datos perdidos y atípicos se dio el tratamiento oportuno para su modificación o eliminación.

La manipulación, almacenamiento y procesamiento de la base de datos, se trabajó desde la laptop personal, siendo de manejo y responsabilidad estrictamente por parte del investigador.

Los datos obtenidos y resultados se almacenaron únicamente en digital bajo una contraseña de 12 caracteres para evitar pérdida o filtración de datos, asegurando los criterios de ética en investigación.

La investigación de tipo descriptivo-relacional se realizó en una base de datos de pacientes adultos varones con diagnóstico de trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas, población que estuvo interna en un programa de tratamiento para adicciones, sustentado en el modelo Transteórico de cambio en adicciones sostenido por los autores Prochaska y DiClemente, hallazgos que se fundamentaron en: Descripción de frecuencias y correlaciones. Su especificación fue representada en tres capítulos teóricos.

El estudio se respaldó en un diseño de tipo no experimental-transversal, recurriendo al método científico, del análisis de la base de datos de los pacientes atendidos y que han sido evaluados con 3 instrumentos psicométricos (1. Escala de Diener de bienestar psicológico, 2.-Ways of Coping Questionnaire de Estrategias de afrontamiento y la Escala de evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA). Cuyo respaldo se realizó mediante la comprobación de hipótesis sometidas a verificación, permitiendo concluir con la descripción y relación entre sus variables.

Para obtener los resultados de asociación de variables se presentaron inicialmente tablas de contingencia de acuerdo a su correspondencia estadística. Finalmente, para establecer la hipótesis de independencia y predicción se desarrolló el proceso sugerido por (Argimón & Jiménez, 2019):

- 1) Formulación de Hipótesis
- 2) Establecer el nivel de significancia

- 3) Estadístico de Prueba
- 4) Estimación del p-valor
- 5) Toma de decisión

Los resultados obtenidos respondieron a sustentar las variables que se relacionaron con el proceso de cambio en adicciones, identificando las relaciones en los fenómenos de la satisfacción con la vida y las estrategias de afrontamiento, teniendo como objetivo la discusión de resultados, el reporte de la investigación para su posterior defensa.

3.5.1 Consideraciones éticas.

En la presente investigación no se realizará ningún tipo de referencia o identificación que pueda emparejar a los casos con los pacientes en el proceso de análisis de los datos, la información será utilizada únicamente para fines de la investigación, razón por la cual, se utilizará una carta de permiso avalada por la Dirección Médica del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” para el manejo de la base de datos de los pacientes evaluados en el periodo 2019.

La forma específica para el manejo de la base de datos se llevará a cabo bajo codificación de cuatro dígitos (1-234), protegiendo la identidad de los participantes y evitando la alguna forma de identificación, la codificación, la base de datos y los resultados obtenidos serán de estricto manejo del investigador y serán protegidos con clave y contraseña en cuanto a los resultados digitales.

La investigación se sustenta en términos científicos y éticos, bajo criterios de comprobación de hipótesis y análisis estadístico, justificada bajo el reporte de investigación y sustentada por un tribunal de grado, razones que sustentan la veracidad de los datos bajo los permisos correspondientes con fechas exactas, la base de datos en bruto y los resultados sin manipulación,

Los resultados de la investigación estarán disponibles en la base de datos de la Biblioteca de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. En la información pública disponible no se mostrará ningún dato que permita la identificación de las personas que participaron en el estudio.

La investigación por su naturaleza de tipo secundaria no causará ningún daño, así como tampoco riesgo para los casos analizados, ni para los profesionales del IPSC ya que, se desarrollará mediante un análisis de datos (Santi, 2015), donde se

seleccionarán casos de acuerdo a los criterios de inclusión, se los codificará evitando el emparejamiento e identificación del nombre del paciente con el caso, a cambio de la información obtenida el beneficio inscrito consistirá en la entrega oficial de los reactivos psicológicos protocolizados y una copia en físico y digital de la investigación completa.

3.6 Plan de análisis de datos.

Los procedimientos estadísticos serán realizados a través, del programa Statistics / Data Analysis “STATA” en su versión 16.0 2020.

Los datos levantados mediante los 3 instrumentos serán tratados mediante pruebas estadísticas a continuación detallados:

Para la caracterización de la población de acuerdo a sus datos sociodemográficos se utilizarán medidas de tendencia central, específicamente: media y desviación estándar; también medidas de posición referidas a la puntuaciones máximas y mínimas, dependiendo si los datos son de tipo cuantitativo, en el caso de datos de tipo categórico se usará tablas de frecuencias y porcentajes expresados en diagramas y gráficos de ser factible.

Los objetivos de tipo relacional:

Para los alcances metodológicos de la investigación, se presupone el análisis de datos partirá de identificar su naturaleza, mediante una prueba de normalidad, debido a que el número de casos supera el n. de 40, se utilizó la prueba de Kolmogorov Smirnov para identificar si el procesamiento de datos responde a estadísticos paramétrico o no paramétricos. Para la comprobación de las hipótesis y las asociaciones se utilizará estadígrafos para variables categóricas, específicamente χ^2 con su prueba accesoria V de Cramer con el fin de conocer la intensidad de asociación de variables.

Para determinar el valor predictivo de las dos variables independientes (Satisfacción con la vida y modos de afrontamiento) sobre la variable dependiente (Estadios de cambio) se conjetura el uso de una regresión logística multinomial de tal manera que se evalué el modelo propuesto, el valor de significancia y el

porcentaje de predicción entre las dos variables independientes y la variable respuesta.

Los resultados de la investigación serán explicados desde el marco teórico y personalizados en tablas y gráficos para su discusión y reporte final.

Capítulo IV: Resultados

En el presente, se expondrán los resultados obtenidos mediante el procesamiento de la base de datos correspondientes a las variables satisfacción con la vida, modos de afrontamiento y estadios de cambio en adicciones, dichos resultados permiten sustentar las evidencias concernientes al planteamiento de las hipótesis y a los objetivos que perseguía la investigación.

4.1 Datos descriptivos

A continuación, se analizarán los resultados obtenidos de las variables satisfacción con la vida, modos de afrontamiento y estadios de cambio en adicciones, para la explicación de sus resultados se presentarán estadísticas descriptivas, para los datos cuantitativos de intervalo se detallarán la puntuación media, mediana, desviación típica, puntuaciones mínimas y máximas. Por otro lado, las variables de tipo cualitativo nominal, se especificará su manifestación mediante tablas de frecuencias y porcentajes que pudieran ser expresadas además en gráficos de barras o pasteles según corresponda.

Tabla 3

Frecuencias según nivel de Satisfacción con la vida

Satisfacción	Fr	%	Acumulado
Altamente satisfecho	24	15,0	15,0
Satisfecho	37	23,1	38,1
Ligeramente satisfecho	30	18,8	56,9
Debajo de la media de satisfacción vital	39	24,4	81,3
Insatisfecho	21	13,1	94,4
Muy insatisfecho	9	5,6	100,0
Total	160	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: Del análisis de 160 casos de pacientes consumidores de sustancias psicotropas, internos en un centro especializado para tratamiento en consumo de

alcohol y otras drogas, se muestran las puntuaciones correspondientes a la satisfacción con la vida. Fenómeno que pretende explicar la percepción global que realiza una persona sobre su vida en cuanto a una valoración propositiva de y obtención de metas. El número que representa al conjunto de datos obtenidos es de 21 correspondiente a una categoría “ligeramente satisfechos” con una puntuación de división exacta de 22 y una observación de datos altamente dispersos; los datos muestran por su dispersión un tipo de distribución no normal debido a que en su mayoría se concentran en la cola derecha correspondiente a puntuaciones desde 20 a 35 con mayor frecuencia como se observa en el anexo 6.

En referencia con el nivel de satisfacción con la vida, es posible observar datos distribuidos de manera heterogénea, puesto que entre sus categorías las puntuaciones distan con respecto a su frecuencia, respecto a las categorías con mayor número de casos se encuentran los niveles “satisfecho” y “Debajo de la media de satisfacción vital” respectivamente y que en su interpretación muestran 2 de cada 10 casos. Seguidos se encuentran las categorías “ligeramente satisfechos”, “altamente satisfechos” e “insatisfechos” con porcentajes descendentes de 2 y 1 de cada 10 casos investigados. Finalmente, la categoría con menores casos en su frecuencia es “muy insatisfechos” con porcentajes por bajo del 1% como se observa en el anexo 7.

Tabla 4*Frecuencias según modos de afrontamiento*

Modos de afrontamiento	Fr.	%	Acumulado
Aceptación de la responsabilidad	51	31,9	31,9
Autocontrol	6	3,8	35,6
Búsqueda de apoyo social	21	13,1	48,8
Confrontación	6	3,8	52,5
Distanciamiento	21	13,1	65,6
Huida o evitación	21	13,1	78,8
Planificación	9	5,6	84,4
Reevaluación positiva	25	15,6	100,0
Total	160	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: Del análisis de 160 casos de pacientes consumidores de sustancias psicotropas, internos en un centro especializado para tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas, se muestran las puntuaciones correspondientes a los modos de afrontamiento. Fenómeno que se conceptualiza como las estrategias que usa un individuo para hacer frente a experiencias que pueden ser percibidas como cuantiosas de movilidad psíquica o estresantes. El valor que representa al conjunto de datos obtenidos es de 12 como promedio y con una puntuación de dispersión que varía entre 2 y 5 puntos que muestra observaciones de mediana y baja dispersión para cada uno de los modos de afrontamiento, por esta misma razón se observa un tipo de distribución no normal debido a que en su mayoría, los puntajes obtenidos se concentran en la cola izquierda.

En referencia con el análisis de frecuencias y porcentajes con respecto a los modos de afrontamiento, se visibilizan datos distribuidos de manera heterogénea, puesto que entre sus categorías las puntuaciones distan con respecto a su frecuencia, respecto a las categorías con mayor número de casos se encuentran el modo de afrontamiento aceptación a la responsabilidad con 4 de 10 casos estudiados, seguido

en forma descendente por el modo de afrontamiento reevaluación positiva con 2 de cada 10 casos; los casos con similar manifestación son los representados por los modos de afrontamiento búsqueda de apoyo social, distanciamiento y huida o evitación con casos correspondientes a 1 de cada 10 participantes.

Finalmente, las categorías con menores casos en su frecuencia son los modos de afrontamiento autocontrol, confrontación y planificación con porcentajes por bajo del 1% como se observa en el anexo 7.

Tabla 5

Frecuencias según tipos de afrontamiento

Tipo de afrontamiento	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
Centrado en el problema y la emoción	21	13,1	13,1
Centrado en el problema	15	9,4	22,5
Centrado en la emoción	124	77,5	100,0
Total	160	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: Del análisis de la muestra compuesta por 160 casos de pacientes consumidores de sustancias psicotropas, internos en un centro especializado para tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas, se exponen las puntuaciones correspondientes a los tipos de afrontamiento, conceptualizadas como las categorías que contienen a cada uno de los modos de afrontamiento según como el individuo configure y de respuesta a una situación de estrés.

En cuanto al análisis de frecuencias y porcentajes con respecto a los tipos de afrontamiento, se encontró que, existe una distribución heterogénea de las puntuaciones, puesto que entre sus categorías las puntuaciones distan con respecto a su frecuencia.

La categoría con mayor número de casos es el tipo de afrontamiento centrado en la emoción con una manifestación de 8 de 10 casos estudiados, seguido en forma descendente por el tipo de afrontamiento centrado en el problema y el centrado en el problema y la emoción, ambas categorías con frecuencias de 1 de cada 10 unidades de análisis como se observa en el anexo 8.

Tabla 6

Frecuencias según estadios de cambio

Estadio	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
Precontemplación	0	0	0
Contemplación	87	54,4	54,4
Acción	64	40,0	94,4
Mantenimiento	9	5,6	100,0
Total	160	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: Del análisis de 160 casos de pacientes consumidores de sustancias psicotropas, internos en un centro especializado para tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas, se muestran las puntuaciones correspondientes a los estadios de cambio, fenómeno de interés para la investigación que se define como el proceso de cambios sistemáticos en la búsqueda de la modificación de un comportamiento adictivo a un comportamiento saludable.

El valor que representa al conjunto de datos obtenidos es de 34 puntos como promedio y con una puntuación de dispersión de 5 como desviación típica que muestran observaciones de mediana dispersión para cada uno de los estadios de cambio. por esta misma razón se observa un tipo de distribución no normal debido a que en su mayoría, los puntajes obtenidos para cada categoría se concentran en la cola izquierda.

El análisis de frecuencias y porcentajes modela una distribución de datos de forma heterogénea, puesto que entre sus categorías las puntuaciones distan con respecto a su frecuencia, en referencia a la categoría con mayor número de casos se encuentra el estadio de cambio por contemplación

con 5 de 10 casos estudiados, seguido en forma descendente por el estadio de cambio de acción

con una manifestación 4 de cada 10 casos.

Finalmente, la categoría con menores casos en su frecuencia es el estadio de cambio de mantenimiento presentando porcentajes por bajo del 1% como se observa en el anexo 9.

Tabla 7

Frecuencias según teoría del cambio

Cambio	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
No	87	54,4	54,4
Si	73	45,6	100,0
Total	160	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: Del análisis de la muestra compuesta por 160 casos de pacientes consumidores de sustancias psicotropas, internos en un centro especializado para tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas, se presentan las puntuaciones correspondientes a la teoría del cambio, que de acuerdo al modelo Transteórico especifica en sus estadios las manifestaciones comportamentales de cambio de forma explícita.

El análisis de frecuencias con respecto a la teoría del cambio, se encontró que, existe una distribución homogénea de las puntuaciones, puesto que entre sus categorías las puntuaciones son semejantes con respecto a su frecuencia.

La categoría con mayor número de casos es la manifestación del cambio en proceso sustentado en el estadio de contemplación con una manifestación de 5 de 10 casos, seguido en forma descendente por la categoría de manifestación explícita del cambio como comportamiento con una frecuencia de 5 de cada 10 casos como se observa en el anexo 10.

4.2 Datos de asociación de variables.

Para el procesamiento de los datos concerniente a determinar la relación de las variables satisfacción con la vida, modos de afrontamiento y estadios de cambio en adicciones, se identificó inicialmente el tipo de distribución del conjunto de datos por cada variable, el estadígrafo utilizado fue la prueba de normalidad Kolmogorov Smirnov.

Una vez definido el tipo de distribución se explica la asociación teórica de las variables mediante el uso de tablas de contingencia con la finalidad de describir los hallazgos relevantes en su manifestación mediante sus frecuencias.

Debido a la naturaleza de los datos de tipo cualitativo nominal para la variable dependiente se decidió el uso del estadígrafo Chi cuadrado para el contraste de hipótesis de independencia; en esa misma lógica, para identificar la intensidad de asociación de las variables se procedió a utilizar el estadístico accesorio V de Cramer.

Finalmente, para determinar si las dos variables independientes (Satisfacción con la vida y modos de afrontamiento) pueden explicar la variable dependiente (Estadios de cambio) se utilizó una regresión logística multinomial. Los resultados serán explicados en tablas y gráficos según su correspondencia estadística.

Prueba de normalidad

Para la estimación e identificación del tipo de distribución de los datos se utilizó el estadístico no paramétrico Kolmogorov Smirnov, identificando así la bondad de ajuste de la distribución de las probabilidades mediante la siguiente fórmula estadística:

$$KS = \frac{c_{\alpha}}{k(n)} \text{ Normal } \alpha 0,05 (0,895)$$

Donde para el contraste de hipótesis se consideró que los datos de Xi siguen una distribución normal con una media y varianza conocidas.

$$H_0: X_i \neq N(\mu, \sigma^2)$$

$$H_1: X_i = N(\mu, \sigma^2)$$

Tabla 8

Prueba de normalidad por variable

Variable	N	\bar{x}	σ	KS	Ca	Sig.	Error
Satisfacción con la vida		21,4	7,5	0.10		,00	
Modos de Afrontamiento	160	74.0	16,7	0.11	0.89	,00	0.07
Estadios de cambio		88,1	11,7	0.92		,00	

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: los supuestos para el uso del estadístico K-S refieren un número mayor de datos de 30 y con la significancia correspondiente al .05. Obteniendo como resultados que los puntajes del estadígrafo (KS) calculado en sus tres puntuaciones respectivas (.10, .11 y .92) son mayores al error máximo esperado (.07) y, además, sustentados en los valores de significancia por debajo del 0,05 esperados, para el contraste de hipótesis de distribución, se llegaron a las siguientes conclusiones:

No existe suficiente evidencia estadística para inferir que la hipótesis nula es falsa. No existiendo homogeneidad entre los datos por cada variable; su distribución es no normal en cuanto al comportamiento de las tres variables de interés, razón que justifica el uso de un estadígrafo no paramétrico para la asociación de las variables como se observa en la tabla número 13.

Asociación entre la Satisfacción con la vida y Estadios de cambio

Tabla 9

Frecuencias satisfacción con la vida según estadios de cambio

Satisfacción con la vida	Estadios de cambio		
	Contemplación	Acción	Mantenimiento
Altamente satisfecho	9 10,30%	15 23,40%	0 0,00%
Satisfecho	18 20,70%	16 25,00%	3 33,30%
Ligeramente satisfecho	15 17,20%	15 23,40%	0 0,00%
Debajo de la media de satisfacción vital	27 31,00%	6 9,40%	6 66,70%
Insatisfecho	12 13,80%	9 14,10%	0 0,00%
Muy insatisfecho	6 6,90%	3 4,70%	0 0,00%

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: Del análisis de la muestra compuesta por 160 casos de pacientes consumidores de sustancias psicotropas, internos en un centro especializado para tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas, se presentan las puntuaciones correspondientes al cruce de variables entre la satisfacción con la vida y los estadios de cambio.

El análisis de frecuencias al cruzar las variables identifica los siguientes hallazgos relevantes: 5 de cada 10 investigados que están en el estadio de contemplación se encuentran entre los niveles de satisfacción con la vida de altamente satisfechos, satisfechos y ligeramente satisfechos, en este grupo la categoría con más casos son los satisfechos con una representación de 2 de cada 5 casos.

En contraposición, 5 de cada 10 investigados que están en el estadio de contemplación se encuentran entre los niveles de satisfacción con la vida, debajo

de la media, insatisfechos y muy insatisfechos, en este grupo la categoría con más casos es la “debajo de la media de satisfacción vital” con una representación de 3 de cada 5 casos como se observa en el anexo 11.

Las frecuencias correspondientes al estadio de cambio de acción evidencian que, 7 de cada 10 casos se encuentran entre los niveles de satisfacción con la vida de: altamente satisfechos, satisfechos y ligeramente satisfechos, en este grupo la categoría con más casos son los satisfechos con una representación de 3 de cada 7 casos.

Al contrario, se muestran los resultados a las categorías de satisfacción con la vida, debajo de la media, insatisfechos y muy insatisfechos, con un resultado de 3 de cada 10 casos, donde la categoría con más casos es la “insatisfechos” con una manifestación de 1 de cada 3 casos como se observa en el anexo 11.

En esa misma lógica, las frecuencias correspondientes al estadio de cambio de mantenimiento evidencian que, 7 de cada 10 casos se encuentran en el nivel de satisfacción por “debajo de la media de satisfacción vital” y finalmente, 3 de cada 10 casos investigados tienen una percepción de “satisfechos” con respecto a su estadio de cambio como se observa en el anexo 11.

En mayor porcentaje los participantes que presentan niveles de satisfacción con la vida por debajo de la media se encuentran en etapa de mantenimiento, que podría explicarse desde el proceso de adaptación al nuevo contexto de realidad, esta apreciación se fundamenta en el cambio rutina y hábitos de consumo hacia hábitos mayormente saludables y que puede además estar supeditado a posibles riesgos de recaída como parte del proceso de recuperación.

Por otro lado, los participantes que se encuentran en el estadio de acción se encuentran distribuidos equitativamente en los niveles de satisfacción de altamente satisfechos, satisfechos y ligeramente satisfechos, los resultados explican que, el lograr un cambio inicial como una meta planificada del comportamiento, presenta indicadores de logro podría generar satisfacción en cualquiera de sus manifestaciones, generando mejores expectativas e inclusive posible mayor adherencia a los procesos terapéuticos que han generado el cambio.

Bajo la misma lógica, la mitad de los usuarios que deciden empezar un proceso de cambio en un estadio de contemplación, refieren niveles por debajo de la media de satisfacción, insatisfechos y muy insatisfechos como una respuesta al proceso terapéutico de tratamiento en adicción. En contraposición la otra mitad correspondiente de usuarios que han tomado la decisión de cambio experimenta ligera satisfacción, satisfacción y alta satisfacción con el proceso, ambos fenómenos ambiguos podrían expresar primeramente la insatisfacción por el cambio de rutina de vida debido al proceso de internamiento y la transformación de hábitos de consumo y comportamentales. La satisfacción en cambio podría ser explicada por la percepción del logro con respecto al objetivo de dejar de consumir sustancias, debido a la percepción subjetiva del tiempo esperado con respecto a las expectativas y además vinculado al reconocimiento y como una forma de comportamiento de reparación hacia su dinámica vincular familiar.

Finalmente, es necesario establecer que según el resultado de frecuencias que, 7 de cada 10 personas que se encuentran en estadios de cambio de acción, es decir, personas que ha cambiado su comportamiento y cogniciones con respecto al consumo, asumiendo un compromiso con respecto a la modificación de su hábito

anterior, movilizando recursos psicológicos para sostener una abstinencia entre 1 a 6 meses, dichas personas en la presente investigación refieren mayor nivel de satisfacción con la vida. Resultados que podrían ser explicados debido a que, en el proceso de tratamiento psicológico, el cumplimiento de metas individuales, objetivos terapéuticos y expectativas de su internamiento, pudieron haber generado resultados visibles por los que reciben mayor reconocimiento externo por la comunidad terapéutica, familiares y amigos, produciendo una autopercepción de mejora en su proceso de recuperación. El cambio en los niveles de la satisfacción con la vida además podría estar ligado al tratamiento que se articula en la modalidad de comunidad terapéutica, resultado del trabajo multidisciplinario en los servicios especializados de tratamiento en adicciones.

Asociación entre los modos de afrontamiento y Estadios de cambio

Tabla 10

Frecuencias modos de afrontamiento según estadios de cambio

Modos de afrontamiento	Estadios de cambio		
	Contemplación	Acción	Mantenimiento
Aceptación de la responsabilidad	27 31,0%	24 37,5%	0 0,0%
Autocontrol	3 3,4%	3 4,7%	0 0,0%
Búsqueda de apoyo social	12 13,8%	9 14,1%	0 0,0%
Confrontación	0 0,0%	3 4,7%	3 33,3%
Distanciamiento	15 17,2%	6 9,4%	0 0,0%
Huida o evitación	18 20,7%	0 0,0%	3 33,3%
Planificación	3 3,4%	6 9,4%	0 0,0%
Reevaluación positiva	9 10,3%	13 20,3%	3 33,3%

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: Del análisis de la muestra compuesta por 160 casos de pacientes consumidores de sustancias psicotropas, internos en un centro especializado para tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas, se presentan las puntuaciones correspondientes al cruce de variables entre los modos de afrontamiento y los estadios de cambio.

El análisis de frecuencias al cruzar las variables identifica los siguientes hallazgos relevantes: las categorías que presentan mayores frecuencias en el estadio de contemplación según los modos de afrontamiento son los afrontamientos de aceptación de la responsabilidad, huida-evitación y el distanciamiento con valores

descendientes de 3, 2 y 2 de cada 10 casos, valores correspondientes al 70% de la muestra cómo se observa en el anexo 12.

Las frecuencias correspondientes al estadio de cambio de acción muestran que, el 60% de los casos se encuentra en los modos de afrontamiento aceptación de la responsabilidad (4 de cada 10) y reevaluación positiva (2 de cada 10) finalmente un hallazgo relevante es que no existen manifestación en este estadio de cambio del afrontamiento de tipo huida y evitación como se observa en el anexo 12.

En esa misma lógica, las frecuencias correspondientes al estadio de cambio de mantenimiento evidencian homogeneidad en las puntuaciones de los modos de afrontamiento, debido a que, 3 de cada 10 casos de forma uniforme se encuentran en los afrontamientos de confrontación, huida-evitación y reevaluación positiva, estos modos de afrontamiento explican el 100 de las puntuaciones obtenidas en el estadio de mantenimiento como se observa en el anexo 12.

Es importante reiterar que, dependiendo de los estadios de cambio, se evidencian estrategias de afrontamiento predominantes, es así que, en estadios de contemplación los participantes de la investigación refieren afrontamientos de aceptación de la responsabilidad por una parte y en contraposición huida (evitación) en similar porcentaje a distanciamiento. El inicio del proceso terapéutico de tratamiento en adicciones en fases de contemplación puede generar sentimientos ambivalentes con respecto a la visión del cambio. Siendo así que, dichas personas en contemplación pretender dar una significación a su comportamiento adictivo, definir sus posibles causas, consecuencias y dar respuesta a su tratamiento, pudiendo justificar y generar una percepción positiva del consumo.

Por lo tanto, este complejo sistema emocional entre justificación del consumo, posible decisión del cambio y valoración de su estado actual, explicaría la transición o manifestación de estrategias de afrontamiento como aceptación de responsabilidad, huida-evitación y el distanciamiento.

En estadios de acción, es decir existen indicadores de compromiso firme, evidenciándose en acciones y desarrollo de cogniciones vinculadas a cambios estructurales que movilizan esfuerzo en el cambio del comportamiento adictivo, existen mayores relaciones (en frecuencia y porcentaje) con estilos de afrontamientos acción y reevaluación positiva, además de nula asociación en estadios de huida-evitación.

Datos que muestran clara manifestación del proceso terapéutico psicológico, siendo importante en estos estadios la necesidad del desarrollo de la responsabilidad en toma de decisiones, conciencia de enfermedad, participación activa en el proceso de tratamiento, adherencia y, sobre todo, el cambio de estilo de vida en referencia a su autopercepción cognitiva y hábitos que pudieron influir como factores mantenedores del consumo.

En esa misma lógica, en similares cifras se encuentran los modos de afrontamiento confrontación, reevaluación positiva y reevaluación positiva se manifiestan en mayor porcentaje en estadios de mantenimiento, datos que pudieran estar sesgados, debido a que el proceso de internamiento tiene un periodo aproximado de 3 meses residenciales, por tal forma sería importante, identificar a dichas cifras como personas que han presentado una recaída y han requerido un segundo internamiento. Debido a esta situación, pudiera ser explicado su mayor apareamiento de comportamientos de confrontación respecto a la recuperación,

resignificación de la situación de recaída como parte del proceso que permita prevenir próximas situaciones de exposición y de huida hacia situaciones que pudiera identificar como no manejables, ya que, pudieran influenciar a la búsqueda del comportamiento de consumo de sustancias.

4.3 Contrastación de hipótesis

Para la obtención de la prueba del estadígrafo Chi² se utilizará la formula original propuesta por Pearson K (1990) que se describe a continuación.

$$\text{Formula Chi}^2 \quad \chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \quad E_i = \frac{n_{i.} * n_{.j}}{n}$$

De igual forma la el estadístico V de Cramer para identificar el porcentaje de asociación de las variables mediante la siguiente fórmula matemática:

$$\text{Formula V de Cramer} \quad V = \sqrt{\frac{\chi^2}{n * \min (r - 1, c - 1)}}$$

Asociación entre la Satisfacción con la vida y Estadios de cambio

Tabla 11

Asociación satisfacción con la vida y estadios de cambio

Coeficiente	Valor calculado	gl.	α	V. Critico
Chi cuadrado	25,1	10	0,05	18,31
V de Cramer	0,28	10	0,05	-

Fuente: Elaboración propia.

1) Formulación de Hipótesis:

H1= Existe una relación estadísticamente significativa de la satisfacción con la vida con los estadios de cambio en pacientes consumidores de sustancias psicotropas, de un centro especializado para tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas en Quito-Ecuador.

H0= No existe una relación estadísticamente significativa de la satisfacción con la vida con los estadios de cambio en pacientes consumidores de sustancias psicotropas, de un centro especializado para tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas en Quito-Ecuador.

2) Establecer el nivel de significancia: 0.05

3) Estadístico de Prueba: Chi² y V de Cramer

4) Estimación:

- **Chi²:** 0,00 p-valor.
- **V de Cramer:** 0,28 valor.

5) Toma de decisión:

Debido a que el valor de Chi² calculado (25,1) es mayor al valor crítico (18.31) y la significancia en $P < 0.05$ entonces, rechazamos la hipótesis nula, concluyendo que existe suficiente evidencia estadística para inferir que la hipótesis nula es falsa.

Aceptamos la hipótesis de asociación entre la satisfacción con la vida con los estadios de cambio. Por otro lado, el coeficiente V de Cramer evidencia la intensidad de la asociación de 0,28 con un criterio de efecto débil.

Asociación entre los modos de afrontamiento y Estadios de cambio

Tabla 12

Asociación modos de afrontamiento y estadios de cambio

Coefficiente	Valor calculado	gl	α	V. Critico
Chi cuadrado	54,78	16	0,05	26,3
V de Cramer	0,41	16	0,05	-

Fuente: Elaboración propia.

1) **Formulación de Hipótesis:**

H2= Existe una relación estadísticamente significativa de las estrategias de afrontamiento con los estadios de cambio en pacientes consumidores de sustancias psicotropas, de centros especializados para tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas en Quito-Ecuador.

2) **Establecer el nivel de significancia:** 0.05

3) **Estadístico de Prueba:** Chi² y V de Cramer

4) **Estimación del p-valor:**

- **Chi²:** 0.00 p-valor.
- **V de Cramer:** 0,41valor.

5) **Toma de decisión:**

Debido a que el valor de Chi² calculado (54,78) es mayor al valor crítico (26.30) y la significancia es $P < 0.05$ entonces, rechazamos la hipótesis nula, concluyendo que existe suficiente evidencia estadística para inferir que la hipótesis nula es falsa. Aceptamos la hipótesis de asociación entre los modos de afrontamiento con los estadios de cambio.

A la par, el coeficiente V de Cramer evidencia la intensidad de la asociación de 0,41 con un criterio de efecto mediano o moderado.

Tabla 13

Predicción de la Satisfacción con la vida y modos de afrontamiento según los Estadios de cambio.

Predictores	Ajuste Modelo	R^2	Razón de verosimilitud	Clasificación
Satisfacción con la vida	0,000	0,50	0,00	64,4%
Modo de afrontamiento			0,00	

Fuente: Elaboración propia.

H3= La satisfacción con la vida y las estrategias de afrontamiento predicen los estadios de cambio en pacientes consumidores de sustancias psicotropas, en un centro especializado para tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas en Quito-Ecuador.

H0= La satisfacción con la vida y las estrategias de afrontamiento no predicen los estadios de cambio en pacientes consumidores de sustancias psicotropas, en un centro especializado para tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas en Quito-Ecuador.

Interpretación: En la evaluación del ajuste del modelo se obtuvieron puntuaciones con un coeficiente $P < .05$, permitiendo concluir que rechazamos H0, debido a que existe suficiente evidencia estadística de que el modelo de regresión logística multinomial se ajusta al conjunto de datos.

La valoración del R^2 (.50) mediante el coeficiente “Nagelkerke” estima con una valoración alta, es decir que, existe evidencia suficiente evidencia estadística de que la explicación de la variable respuesta por el modelo es alta.

En la misma lógica, las pruebas de razón de máxima verosimilitud obtuvieron puntuaciones con un coeficiente $P < .05$ en ambas variables permitiendo inferir que, rechazamos la hipótesis nula y debido a que existen suficientes evidencias

estadísticas de que la satisfacción con la vida influye en los estadios de cambio, al igual que los modos de afrontamiento influyen en los estadios de cambio.

Las respuestas referentes a las tablas de clasificación evidencian que el modelo especificado explica el 64% de la varianza de los estadios de cambio, considerándose un valor aceptable en cuanto a la influencia de las variables X^1 , X^2 sobre la variable de predicción.

El resultado de la varianza explica que, parte del proceso de cambio en problemas de adicciones es influenciado en un 64% por el nivel de satisfacción con la vida y los modos de afrontamiento.

Capítulo V: Discusión

La presente investigación denominada satisfacción con la vida y estrategias de afrontamiento asociadas a los estadios de cambio en adicciones en un centro especializado de tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas tuvo como alcance metodológico relación de dos variables independientes (satisfacción con la vida y estrategias de afrontamiento) y una variable dependiente (estadios de cambio) con la finalidad de predecir en función de las variables predictoras a la variable respuesta en el escenario de las adicciones.

En tal virtud, en el presenta apartado se expondrá la discusión de los hallazgos más relevantes iniciando por los objetivos específicos hacia al objetivo general, siguiendo lógica de lo particular a lo general desde la fundamentación en metodología científica.

Con respecto a los objetivos descriptivos, los niveles de satisfacción con la vida en personas con problemas de consumo de drogas se especificó que 60% de toda la muestra presenta resultados de altamente satisfechos, satisfechos y ligeramente satisfechos en contraposición con el 40% que se encuentran en niveles de satisfacción vital entre debajo de la media e insatisfechos, mostrando así que, las personas que tienen un problema de salud mental diagnosticado formalmente como Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos y que además están en un tratamiento bajo la modalidad de internamiento voluntario muestra niveles medios y altos de satisfacción vital en su mayoría, resultados que confirman los hallazgos de (Rodriguez, Sobrino, & Castro, 2018).

En la misma lógica, los hallazgos que corresponden a los niveles de satisfacción con la vida, muestran que, al empezar un proceso de tratamiento en adicciones, los

usuarios utilizan mayor recurso cognitivo que comportamentales para estructurar el cambio, ya que, en las primeras fases como la precontemplación y contemplación se enfoca sobre el manejo sintomatológico y el estrés propio del cambio de comportamientos y cuya finalidad es establecer un mejor nivel de bienestar psicológico para en concomitante desarrollar compromiso de cambio y adherencia a los procesos de intervención (Sánchez, Gradolí, & Gallús, 2016).

Por otro lado, los resultados de los modos de afrontamiento refieren que en personas con problemas de consumo de drogas, la mitad (50%) de la muestra, presenta estrategias de afrontamiento entre aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva, en cambio, el otro porcentaje distanciamiento, huida/evitación y búsqueda de apoyo social, permitiendo una posible explicación de que los modos de afrontamiento influyen de forma no solo estadística sino fenomenológica con los estadios de cambio, dependiendo de cómo el sujeto procesa de forma cognitiva la experiencia en la que se encuentra de forma individual y que responde también a un estadio específico de su proceso de cambio, resultados que sostienen los hallazgos de (Hasking, Lyvers, & Carlopio, 2012).

Los modos de afrontamiento que se vinculan con el estadio de contemplación son la aceptación de la responsabilidad y la huida/evitación. Su asociación conceptual frente al tratamiento en adicciones específica al acto ineludible de acatar la situación estresante como inevitable y sugiere una separación, bloqueo, ideas de no enfrentar la situación o simplemente escapar de ella, ambas construcciones de afrontamiento responden a la percepción del sujeto de la pérdida de la libertad en referencia al consumo, donde es necesario un cambio estructural en sus hábitos de consumo por comportamientos mayormente saludables de acuerdo a las

aproximaciones teóricas de (Lazarus R. , From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks, 1993)

Los modos de afrontamiento que se vinculan con el estadio de acción son la aceptación de la responsabilidad, búsqueda de apoyo social y reevaluación positiva donde su asociación conceptual explica que, la forma particular de compartir con los otros de la dificultad que se atraviesa con el fin del buscar apoyo para la posible solución del problema, asumir el comportamiento de cambio como una decisión inevitable y único camino a seguir en el proceso de rehabilitación y que, sumado a la reconfiguración cognitiva al problema estresante del consumo, podría considerarse como estrategias deseables en el proceso de tratamiento en adicciones como formas activas que permiten un cambio no solo comportamental sino actitudinal con respecto al sistema de valoración psíquica de los nuevos hábitos, explicación que se sustenta desde los aportes de (Lazarus & Folkman, 1986).

Los modos de afrontamiento que se vinculan con el estadio de mantenimiento son la huida/evitación y la reevaluación positiva. Por una parte, la huida y evitación podría ser explicado desde la concepción que los problemas anexos al sostenimiento del comportamiento adictivo al poder generar una posible recaída, podrían ser bloqueados, estableciendo la hipótesis de no poder ser enfrentados y que podrían llevarle inclusive escapar de estas situaciones de estrés, en contraposición la reevaluación positiva como una forma de aceptar los nuevos comportamientos de abstinencia desde un nuevo significado, dando una nueva valoración al estado de relativa estabilidad tanto individual como familiar y social de acuerdo a los hallazgos teóricos explicados por (Lazarus & Folkman, 1986) y (Marlatt, Baer, Donovan, & Kivlahan, 1994) .

Los diferentes modos de afrontamiento que se podrían definir como estrategias no activas en la forma de enfrentar a las situaciones de problemáticas de consumo podrían estar influenciando de manera indirecta con el sostenimiento y oposición con el desarrollo de nuevos comportamientos saludables que se contraponen al hábito de consumo de acuerdo a los aportes de (McConnell, Memetovic, & Richardson, 2014) y (Moysén, y otros, 2014)

La especificación de las estrategias de afrontamiento que se vinculadas en su mayor manifestación de acuerdo a su tipología en personas con consumo de sustancias que han decidido un tratamiento de internamiento voluntario en la presente investigación son las estrategias vinculadas a la emoción, que podría explicarse como, estrategias cuyo objetivo es regular de forma emocional en cuanto existe situaciones de estrés dando respuestas de evitación la situación crítica, generando una nueva reestructuración cognitiva o focalizando de forma selectiva a los prospectivos de la percepción del fenómeno estresante o de las condiciones individuales para gestionarla según (Lazarus & Folkman, 1984).

La población de estudio con respecto a los estadios de cambio en adicciones se encontró dividida de forma homogénea en la manifestación de motivación al cambio, debido a que, la mitad muestral obtuvo estadios de contemplación y de forma equitativa la otra mitad correspondió a los estadios de acción en un porcentaje similar; las excepciones en la variable motivación al cambio especifican a ningún individuo en el estadio de precontemplación y un porcentaje menos al 1 % en estadios de mantenimiento.

Hallazgos que confirman la teoría del modelo Transteórico del cambio donde establece que en los estadios de precontemplación no existe conciencia del

problema de consumo y por otro lado, los estadios de mantenimiento refieren un proceso sostenido de abstinencia de al menos 6 meses de la conducta problemática, sin embargo, al existir un porcentaje minoritario en este último estadio, se conjetura que corresponden a personas que han estado en estadios superiores y que en algún momento experimentaron recaídas y por tanto, retrocesos a estadios motivacionales posteriores, resultados sustentados en los hallazgos de (Cisneros, 2017)

La relación entre la satisfacción con la vida y los procesos de cambio, especificaron en estadios de precontemplación y contemplación dirección inversa de acuerdo a los estudios planteados por (Shealy, Murphy, Borsari, & Correia, 2010) y (Rooks, 2010), que desde la interpretación estadística explica que, a mayor presencia de estadios iniciales de cambio menor manifestación de satisfacción con la vida, datos que se contraponen a los hallazgos de la presente investigación siendo que existen tantos niveles de alta satisfacción medios y ligeramente de satisfacción con la vida en estadios de contemplación pudiendo explicar sus diferencias por el tipo de tratamiento al ser ambulatorio en el primer estudio y en el presente de internamiento voluntario.

De acuerdo a los objetivos de asociación de variables, el estudio evidenció asociaciones significativas entre la satisfacción con la vida y estrategias de afrontamiento con el proceso de cambio en adicciones con resultados calculados de 25,1 y 54,78, superiores a los valores críticos esperados 18,31 y 26,3 con valores de alfa menores a .05; siendo su tamaño de efecto en asociación .28 con un criterio de efecto débil y respectivamente de .41 con un criterio de efecto de asociación moderado.

La manifestación de asociación entre las variables satisfacción con la vida y estadios de cambio en la presente investigación confirman los hallazgos de (Cabascango, 2019) quien especifica que, en personas con consumo problemático de sustancias se establece una relación significativa con manifestación moderada, coeficientes correspondientes de significancia de $p=.00$ y de correlación de $r= ,57$ con la especificación a nivel teórico que, a mayor nivel de satisfacción con la vida correspondiente a bienestar psicológico, mayor proceso motivacional del cambio en pacientes internos en un tratamiento de internamiento voluntario.

Para la discusión de resultados con investigaciones que sustenten los hallazgos de predicción de los estadios de cambio en adicciones a partir de la satisfacción con la vida y los modos de afrontamiento se estableció una búsqueda sistemática en bases de literatura gris y científica sin encontrar un aporte que pudiera contrastarlos, por tanto, se resalta la importancia de los hallazgos obtenidos en el modelo establecido, siendo que las pruebas de razón de máxima verosimilitud se obtuvieron puntuaciones significativas en ambas variables (satisfacción con la vida y modos de afrontamiento) permitiendo inferir que existen suficientes evidencias estadísticas de que la satisfacción con la vida influye en los estadios de cambio, al igual que los modos de afrontamiento influyen en los estadios de cambio.

La definición en las tablas de clasificación evidencia que el modelo especificado explica el 64% de la varianza de los estadios de cambio, considerándose un valor aceptable en cuanto a la influencia de las variables independientes sobre la variable de predicción, siendo que explica que, parte del proceso de cambio en problemas de adicciones es influenciado en un 64% por el nivel de satisfacción con la vida y los modos de afrontamiento. Por tanto, el controlar los niveles de satisfacción con

la vida y los modos de afrontamiento influiría de manera directa el proceso de cambio en adicciones dentro de la modalidad de internamiento voluntario.

Finalmente, la investigación pretendió evidenciar la asociación entre la satisfacción con la vida, modos de afrontamiento y estadios de cambio en pacientes internos de un centro de atención en problemas de consumo de sustancias y desde esta lógica, se encontraron efectos que en su mayoría fueron esperados y que pudieron de forma teórica-conceptual contrastados en investigaciones existentes con la diferencia del contexto del tipo de tratamiento de internamiento, de tal manera que se mostró la consistencia en el plan metodológico, y la obtención de resultados.

Capítulo VI: Conclusiones

Los pacientes consumidores de sustancias psicotropas, internos en un centro especializado para tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas que se encuentran en estadios de cambio de mantenimiento muestran mayores puntuaciones en niveles por debajo de la media de satisfacción con la vida.

La relación descriptiva evidenció que los pacientes consumidores de sustancias psicotropas, internos en un centro especializado para tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas que se encuentran en estadios de cambio de acción también muestran mayores puntuaciones en niveles medios y altos de satisfacción con la vida.

Se demostró que los pacientes consumidores de sustancias psicotropas, internos en un centro especializado para tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas que se encuentran en estadios iniciales de cambio, en este caso de contemplación, muestran puntuaciones equivalentes para niveles bajos y altos de satisfacción con la vida.

Los pacientes consumidores de sustancias psicotropas, internos en un centro especializado para tratamiento en adicciones que se encuentran en estadios iniciales de cambio, en este caso de contemplación, muestran preferencia por los modos de afrontamiento de aceptación de la responsabilidad, distanciamiento y huida y evitación.

El estudio sustenta que los pacientes consumidores de sustancias psicotropas, internos en un centro especializado para tratamiento en adicciones que se encuentran en estadios de cambio de acción, manifiestan mayor preferencia por los modos de afrontamiento de aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva.

Se identificó que los pacientes consumidores de sustancias psicotropas, internos en un centro especializado para tratamiento en adicciones que se encuentran en estadios de cambio de mantenimiento, manifiestan mayor preferencia por los modos de afrontamiento de confrontación, reevaluación positiva y huida y evitación.

Se demostró asociación significativa entre los niveles de satisfacción con la vida con los estadios de cambio con un criterio de efecto débil en los pacientes consumidores de sustancias psicotropas, internos en un centro especializado para tratamiento en adicciones.

El estudio determinó que existe asociación significativa entre los modos de afrontamiento con los estadios de cambio con un criterio de efecto moderado en pacientes consumidores de sustancias psicotropas, internos en un centro especializado para tratamiento en adicciones.

El estudio explicó que la satisfacción con la vida y las estrategias de afrontamiento predicen los estadios de cambio en pacientes consumidores de sustancias psicotropas, en un 64% de su manifestación en el escenario del tratamiento en adicciones para pacientes internados voluntariamente.

Recomendaciones

Los resultados de la presente investigación permiten sugerir que dentro del proceso terapéutico en el tratamiento para problemas de adicción, deben existir procesos diferenciados de acuerdo a los estadios de cambio en el que se encuentran las personas que refieren un internamiento voluntario, ya que, dependiendo de la “etapa” de cambio en la que se encuentre el solicitante de atención, necesita generar un trabajo direccionado referente al desarrollo de nuevas estrategias de afrontamiento que faciliten de mejor forma la respuesta a situaciones de estrés que podrían influir en recaídas o retroceso en el proceso de tratamiento.

Es pertinente la creación de protocolos de tratamiento en adicciones de acuerdo a las necesidades de los usuarios, dependiendo del proceso de cambio en el que se encuentren, debido a que cada etapa del cambio se encuentra influenciada por la autopercepción de la satisfacción con la vida y el uso específico de estrategias de afrontamiento que influyen directamente en el paso, estancamiento o retroceso en el proceso de transición de los estadios de contemplación a acción y mantenimiento en adicciones.

El trabajo psicoterapéutico en estadios primarios de precontemplación y contemplación en el tratamiento en adicciones debe direccionarse inicialmente al cambio de la autopercepción de la satisfacción de con la vida, debido a que la percepción cognitiva de la ausencia de metas, objetivos y prospección generaría mayores niveles de reactancia, influyendo directamente en la adherencia y participación activa en las actividades terapéuticas planificadas.

Bajo esa misma lógica, la intervención psicoterapéutica en estadios primarios de precontemplación y contemplación en el tratamiento en adicciones debe

direccionarse inicialmente al cambio de la estrategia de afrontamiento “pasivas” como la huida-evitación y distanciamiento hacia estrategias “activas” como la aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva. El cambio de estrategias de afrontamiento permitirá una participación responsable y genera compromiso en los usuarios con respecto a su propio esfuerzo en la obtención de recursos psicológicos para hacer frente a situaciones de estrés que pudieran anteriormente influenciar en el apareamiento de comportamientos adictivos.

Es prioritario un proceso de evaluación psicológica integral que vaya más allá del diagnóstico confirmatorio de la sintomatología de consumo de drogas, dicho proceso de evaluación psicológica debería sustentarse también en esferas, áreas y estructuras psicológicas que pudieran relacionarse directamente en la recuperación del paciente. Sustentado en los hallazgos de la presente investigación, es necesario una valoración de la satisfacción con la vida y de las estrategias de afrontamiento, siendo factores que influyen directamente en el proceso de tratamiento de adicciones en un 64%.

El estudio podría aportar de mejor forma a la transformación de las políticas públicas en la inversión de los recursos del estado para enfrentar a los problemas de consumo de sustancias si se replica con cambios metodológicos que busquen predecir además de la relación, la adherencia terapéutica al tratamiento en adicciones y el éxito de la rehabilitación en un estudio prospectivo posterior al internamiento, para aplicar un nuevo protocolo de tratamiento basado en evidencias.

Se recomienda que, debido a la naturaleza de la investigación de tipo secundaria y que, además al haberse realizado únicamente con casos que hayan sido

diagnosticados bajo criterio formal CIE-10 en población de internamiento, el estudio pueda ejecutarse en población distinta sin diagnóstico formal y en tratamiento ambulatorio, ya que, sus resultados podrían evidenciar una dinámica diferente de comportamiento entre sus variables en otros contextos no hospitalarios.

Se recomienda que para posteriores investigaciones se considere el sesgo por “genero” que podría determinar resultados diferentes en sus variables, debido a que el fenómeno del consumo de drogas esta atravesado por el discurso discriminatorio hacia el sexo femenino y entender su manifestación podría aportar a tratamiento diferenciados en su lógica de ejecución.

Al determinar el modelo predictivo que explica los estadios de cambio a partir de la satisfacción de vida y los modos de afrontamiento es necesario recomendar la identificación del estado inicial de los pacientes que están cruzando por un proceso de tratamiento en modalidad de internamiento en cuanto a sus niveles de bienestar y modos de afrontamiento, ya que, podría afectar de manera directa el proceso cíclico del cambio en adicciones.

Referencias

- Aguila , D., & Lagos, A. (2016). *Afrontamiento y satisfacción con la vida en relación al consumo de sustancias de jóvenes universitarios*. Lima: PUCP.
- Aguirre, R. (2016). *onstrucción de un proyecto de vida en adolescentes que consumen drogas. Un estudio de casos*. Cuenca: Bachelor's thesis, Universidad del Azuay.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting socialbehavior*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Ander Egg, E. (2010). *Métodos y técnicas de investigación social*. Buenos Aires: Lumen Humanitas.
- Andrews, F., & Withey, S. (27 de Julio de 1979). *Publicaciones Sociales*. Obtenido de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1994/vol2/bibli5.htm>
- Apud, I., & Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*, 115-125.
- Argimón, J., & Jiménez, J. (2019). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Elsevier.
- Arias, F. G. (1999). *Métodos de investigación*. España.
- Arteaga, A., Cogollo, R., & Muñoz, D. (2017). Apoyo social y control metabólico en la diabetes mellitus. *CUIDARTE*, 1668-1676.
- Atienza, F., Pons, D., & García, M. (2000). *Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida*. Psicothema.

- Baptista , M., Hernández, R., & Fernández, C. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. De C.V.
- Barberán, T., & Sánchez, H. (2019). LA EDUCACIÓN FAMILIAR EN EL TRATAMIENTO DE CASOS DE ADICCIONES AL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. *Cognosis*, 67-82.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 237-243.
- Baskerville, N., Dash, D., Shuh, A., Wong, K., Abramowicz, A., Yessis, J., & Kennedy, R. (2017). Tobacco use cessation interventions for lesbian, A scoping review. *Preventive Medicine Reports*, 53-62.
- Becoña, E. (2016). La adicción “no” es una enfermedad cerebral. *Papeles del Psicólogo*, 118-125.
- Bradburn, N. (1969). The Structure of Psychological Well-Being.
- Braun, P. (1976). Psychological well-being and location in the social structure. *Psychological well-being and location in the social structure* (pág. 22). Universidad del Sur de California: Abstracts International.
- Bryant, F., & Veroff, J. (1982). The structure of psychological well-being: A sociohistorical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 543-673.
- Caballo, V. E. (2008). *Manual para el tratamiento cognitivo- conductual para los trastornos psicologicos*. Mexico: Siglo XXI S.A.
- Cabascango, A. (2019). *Bienestar psicológico asociado a la motivación de cambio en el proceso de rehabilitación en pacientes con consumo problemático de sustancias*. Quito: Bachelor's thesis, Quito: UCE.

- Calvo, H. (2007). Redes de apoyo para la integración social: la familia. Salud y drogas. *Redalyc*, 45-56.
- Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, E. (1976). *The quality of American life. Perceptions, evaluations and satisfactions*. New York: Russel Sage Foundation.
- Cannon, W. (1929). Organization for physiological homeostasis. *Physiological*, 399-431.
- Capella, M. (2018). *nfluencia de la edad de inicio del consumo en el rendimiento cognitivo, ritmicidad circadiana y afrontamiento al tratamiento en pacientes con trastorno por consumo de sustancias*. Barcelona: Respositorio Digital de la Universidad de Barcelona.
- Cardinal, B., Engels, K., & Zhu, W. (1998). Application of the transtheoretical model of behavior change to preadolescents physical activity and exercise behavior. *Pediatric Exercise Science*, 69-80.
- Carmona, N., & Lever, J. (2017). Factores familiares y psicosociales asociados al consumo de drogas en adolescentes. *Interamerican Journal of Psychology*, 141-151.
- Carrasco, J. (2018). Tecnologías de intervención en adolescentes infractores de ley en Chile: Siguiendo un portafolio. *Fractal. Revista de Psicología*, 292-301.
- Carver, C., Svheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies. *Personality and Social Psycholog*, 267-283.
- Casas, M., Duro, P., & Pinet, C. (2006). *Otras Drogodependencias*. Barcelona: Masson.

- Casullo , M., & Fernández, M. (1998). *Adolescentes en riezgo* . Buenos Aires: Paidós.
- Chávez, M. (2015). Correlación entre las creencias irracionales y estilos de afrontamiento al estrés en pacientes drogodependientes de un centro de rehabilitación de Lima Metropolitana. *Revista Psicológica Herediana*, 1-15.
- Chiauszi, E. (1993). Taboo topics in addiction treatment: An empirical review of clinical folklore. *Journal of Substance Abuse Treatmen*, 303-316.
- Cisneros, A. (2017). *Exploración de modelos para el cambio personal y social: el modelo transteórico de Prochaska*. *Revista Oratores*, (1).
- Clemente, M. (2003). Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. *Interdisciplinaria*, 31-60.
- Clúa, C., Suárez, A., & García, R. (2020). *Políticas públicas dirigidas a personas consumidoras de drogas*. Catalunya.
- Coan, R. (1977). Age and the satisfactions from work. *Journal of Gerontology*, 264-272.
- Córdova, A., Rodríguez, S., & Díaz, D. (2010). Bienestar subjetivo en jóvenes mexicanos usuarios y no usuarios de drogas. *redalyc.org*, 147-162.
- Costa, M., & López, E. (2000). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.
- Costa, P., & McCrae, R. (1984). *Personality as a life long determinant of well-being*. *British Journal of Psychology*.
- Courtenay, W. (2000). Engendering health: A social constructionist examination of men's health beliefs and behaviors. . *Psychology of Men y Masculinity*.

- Csikszentmihalyi, M. (1998). *Una psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairos.
- Cuadra, H., & Florenzano, R. (2010). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología*, 83.
- Cunningham, J. (1999). Untreated remissions from drug use: the predominant pathway. *Addictive Behaviors*, 267-270.
- Davidson, R. (1998). Affective Style and Affective Disorders. *Perspectives from Affective Neuroscience. Cognition & Emotion*, 307-330.
- Davis, R., Campbell, R., Hildon, Z., Hobbs, L., & Michie, S. (2016). Theories of behaviour and behaviour change across the social and behavioural sciences. *Health Psychology*, 323–344.
- Dawson, D., Grant, B., Stinson, F., Chou, P., Huang, B., & Ruan, V. (2005). *Recovery from DSM-IV alcohol dependence*. United States: Addiction.
- De Souza, J., Kantorski, L., Pereira, G., & Villar, M. (2011). Red social de adictos al alcohol bajo tratamiento en un servicio de salud mental. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 1-8.
- Del Aguila, D. (2016). *Afrontamiento y satisfacción con la vida en relación al consumo de sustancias de jóvenes universitarios*. Lima: Repositorio de la PUCP.
- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C., & Van Dierendonck, D. (2006). *Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff*. Psicothema.
- Díaz, G. (2001). El bienestar subjetivo: actualidad y perspectivas. *Revista Cubana de Medicina General integral Vol 17*, 572.

- DiClemente, C., & Werch, C. (1994). A multicomponent state model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use. *Health educ*, 37-46.
- DiClemente, C., Prochaska, J., Fairhurst, S., Velicer, W., Velasquez, M., & Rossi, J. (1991). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 295-305.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 542-575.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). *The Satisfaction With Life Scale. Journal of Personality Assessment*. New York.
- Diener, E., & Griffin, S. (27 de julio de 1994). *Publicaciones Sociales*. Obtenido de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1994/vol2/bibli5.htm>
- Diener, E., & Larsen, R. (1991). The experience of emotional well-being. *Handbook of Emotions*.
- Diener, E., & Lucas, R. (1999). *Personality and subjective well-being*. New York: Russell Sage Fundation.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 277.
- Erickson, E. (1959). *Identity and the life cycle: Selected papers*. Psychological Issues.
- Escalante , R., & Miñano, M. (1982). *Investigación, organización y desarrollo de la comunidad*. México: Oasis.

- Escofato, A. (2000). *Historia general de las drogas*. Madrid : Alianza.
- Eyben, R. (2008). *Thinking about change for development practice: a case study from Oxfam GB, en Development in Practice*. London: Routledge Publishing.
- Eysenck, J., & Gray, J. (1999). Personality and Individual Differences. *Sciencedirect*, 583-626.
- Flores, R., Quiroz, C., Cruz , D., & Fernández, M. (2019). Satisfacción con la vida y uso de sustancias como predictores de intento suicida en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 1-8.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology* , 466-475.
- Frederick, S., & Loewenstein, G. (1999). *Hedonic adaptation*. New York: Russell Sage Foundation.
- Frydenberg , E., & Lewis, R. (1999). *Things Don't Better Just Because you're Older: A Case for Facilitating Reflection*. Madrid: Educational Psychology.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1996). *A replication study of the structure of the Adolescent Coping Scale*. Londres: British Journal of educational Psycholog.
- Gantiva, C., Guerra, P., & Vila, J. (2017). Diferencias por sexo en la motivación, la dependencia y el ansia por el consumo de cigarrillo en estudiantes universitarios. *Pensamiento Psicológico*, 55-65.
- Garcia Mendez, G., & Romero , J. (2009). Comparación de las propiedades psicométricas del MMPI Y MMPI 2. *REVISTA COLOMBIANA DE PSICOLOGÍA*, 23.

- Garrido, C., Pons, J., Murgui, S., & Ortega, J. (2018). Satisfacción con la Vida y Factores Asociados en una Muestra de Menores Infractores. *Anuario de Psicología Jurídica*, 66-73.
- González, C., González, B., Operaza, T., & Salazar, E. (2020). *RELACIÓN ENTRE CONSUMO DE DROGAS Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS MEXICANOS*. . Revista Electrónica de Psicología Iztacala: 23(1).
- Harris, D. (1990). *La justificación del estado del bienestar*. Madrid España: Instituto de Estudios fiscales.
- Hasking, P., Lyvers, M., & Carlopio, C. (2012). *The relationship between coping strategies, alcohol expectancies, drinking motives and drinking behaviour*. . Addictive Behaviors: 36, 479-487.
- Hathaway, S., & McKinley, J. (2002). *Inventario Multifásico de personalidad de Minnesota 2*. España: TEA.
- Heinz, A., Daedelow, L., Wackerhagen, C., & Di Chiara, G. (2019). *Addiction theory matters-Why there is no dependence on caffeine or antidepressant medication*.
- Hernández, R. (2010). Diseño de investigación transversal y longitudinal.
- Hynes, M., & Ventura, C. (2019). *Inversión en capacitación para investigar y generar evidencias científicas relacionadas al fenómeno de las drogas*. Sao Paulo: SciELO.
- Jo, T., & Almao, S. (26 de julio de 2016). *Abandono del tratamiento en consulta externa de psiquiatría y psicología clínica*. Obtenido de Revista Médica-Portales médicos:

file:///D:/TESIS%20UPCH/INVESTIGACIONES/rechazo%20al%20trata
miento/INTERNACIONAL/Abandono%20del%20tratamiento%20en%20
una%20consulta%20externa%20de%20psiquiatr%C3%ADa%20y%20psic
olog%C3%ADa%20cl%C3%ADnica.Monografias%20de%20PortalesMed
icos.com..html

Junior, F., Calheiros, P., & Crispim, P. (2018). Motivación para el cambio de la conducta adictiva entre consumidores de drogas enviadas por la justicia. *Temas em Psicologia*, 1363-1378.

Kalat, J. (2008). *Biological Psychology*. Cengage Learning Eds.

Kammann, R. (1982). Personal circumstances and life events as poor predictors of happiness. *Annual Convention of APA*, (págs. 14-22). Washington DC.

Kannna, B., & Boutin, C. (2016). Demographic and Behavioral Factors Linked to Obesity Among Inner-City Latino New Yorkers in the Bronx Community. *Journal Community Health*,, 1062-1068.

Kaplan, H. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative theory behavior to the study of drugs use. *Journal of drugs Issues*,, 345-377.

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

Lazarus, R. (1999). *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Brouwer.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca. (V.O. 1984).

- Lazarus, R., & Lazarus, B. (1994). *Pasión y razón: la comprensión de nuestras emociones*. Barcelona : Paidós.
- Limonero, J., Sábado, J., Fernández, J., Gómez, J., & Ardilla, A. (2012). Estrategias de Afrontamiento resilientes y regulación emocional: Predictores de satisfacción con la vida. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 183-196.
- Lipowski, Z. (1970). *Physical illness*. Psychiatry in Medicine.
- Lipschitz, J., Yusufov, M., Paiva, A., Redding, C., Rossi, J., Johnson, S., & Prochaska, J. (2015). Transtheoretical principles and processes for A longitudinal 24-month comparison of maintainers, relapsers, and nonchangers. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, , 592-606.
- Llamas, J. (2000). *Llamas, J. L. G. (1994). Investigación correlacional y descriptiva. In Problemas y métodos de investigación en educación personalizada . Rialp.*
- Llerena, E. (27 de Mayo de 2016). *Consumo de drogas, percepción de riesgo y afrontamiento en soldados del ejército*. Obtenido de Repositorio Dígital de la PUCP:
http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/6550/LLERENA_HENZLER_EDGARDO_CONSUMO_DROGAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Lyubomirsky, S. (2007). *The how of happiness*. New Cork: The Penguin Press.
- Marín, R., Eliosa, A., Lozano, I., Fernández, C., Turnbull, B., & Tena, A. (2015). *Estudio sobre la experiencia de hombres atendidos en centros residenciales de ayuda mutua para la atención de las adicciones*. Scielo.

- Marlatt, G., Baer, J., Donovan, D., & Kivlahan, D. (1994). *Addictive Behaviors: Etiology and Treatment*. *Annual Review of Psychology*, 39, 223-252.
- Martínez, F., & Casari, L. (2018). Cineterapia y adicciones: el cine como herramienta de la terapia en pacientes con adicciones. Un estudio piloto. *Revista española de drogodependencias*.
- Maslow, A. (1968). *Toward a psychology of being*. New York: Van Nostrand.
- Matalinares, M., Díaz, G., Raymundo, O., & Baca, D. (julio de 20 de 2016). Obtenido de <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147149810007>>
- Matud, P., Caballeira, M., López, M., Marrero, R., & Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud. *Salud Mental*, 32-37.
- McConnell, M., Memetovic, J., & Richardson, C. (2014). *Coping style and substance use*. intention and behavior patterns in a cohort of BC adolescents. : *Addictive Behaviors*, 39, 1394-1397. .
- Mechanic, D. (1978). *Medical Sociology*. New York: Free Press.
- Mercado , A., & Briseño, P. (2015). El “yo” deteriorado: estigma y adicción en la sociedad del consumo. *Espacios Públicos*, 137-157.
- Michalos, A. (1986). , A. (1986). “*Job satisfaction, marital satisfaction and the quality of life*”. Michigan: Institute for Social Research. .
- Mikkelsen , F. D. (25 de julio de 2009). *Repositorio PUCP*. Obtenido de file:///C:/Users/usuario/Downloads/MIKKELSEN_RAMELLA_FLOR_SATISFACCION_CON_LA_VIDA%20(1).pdf
- Miller, W. (1983). Motivational Interviewing with Problem Drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 147–172.

- Moncayo , R., & Tricila, Y. (2016). *Estadios de Cambio en adolescentes consumidores, participantes de terapia grupal CDID*. Guayaquil: Bachelor's thesis, Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Psicológicas.
- Monras, M., Mondon, S., & Jou, J. (2010). Estrategias de afrontamiento en enfermos alcohólicos. Diferencias según el consumo de benzodiazepinas, los trastornos de personalidad y el deterioro cognitivo. *Adicciones-Redalyc.org*, 191-197.
- Moos, R. (2005). Contextos Sociales, Afrontamiento y bienestar . *Revista Mwxicana de Psicología*, 15-29.
- Moreta, R., Gabior, I., & Barrera, L. (2017). El bienestar psicológico y la satisfacción con la vida como predictores del bienestar social en una muestra de universitarios ecuatorianos. *Salud & Sociedad*, 172-184.
- Mori, J. (2019). *Resiliencia y Bienestar psicológico eb mujeres internas por tráfico ilícito de drogas en un establecimiento penitenciario de Lima*. Lima: Repositorio de la Universidad Nuestra Señora de Sipan.
- Moya, P. (2018). *Moya Padilla, M. I. (2018). Satisfacción con la vida y estrategias de afrontamiento en estudiantes de una Universidad Pública de Trujillo*. Trujillo: UPDN.
- Moysén, A., Villaveces, M., Gurrola, G., Garay, J., Esteban, J., & Estrada, E. (2014). *Consumo de alcohol y estrategias de afrontamiento*. Estudio empírico.: *vances en psicología*, 22(2), 215-220.

- Muñoz, A., & Arellanez, J. (2015). Estrés Psicosocial, estrategias de afrontamiento, y consumo de drogas en adolescentes. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la U.A.C.J.S.*, 1-20.
- Murrillo, B. (2018). *Caracterización de creencias irracionales y estadios de motivación al cambio en adolescentes consumidores de SPA atendidos en el CDID*. Guayaquil: Bachelor's thesis, Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Psicológicas.
- Murrillo, D., & Valarezo, M. (2018). *Aspectos conativos y estadios para el cambio en adolescentes consumidores de drogas*. Machala: Bachelor's thesis, Machala.
- O’Hea, E., Wood, K., & Brantley, P. (2003). The Transtheoretical Model: Gender Differences Across 3 Health Behaviors. *American Journal of Health Behavior*, 645–656.
- OConnor, M. (1994). Exercise promotion in physical education: Application of the Transtheoretical Model. *Journal of Teaching in Physical Education*, 2-12.
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2014). Abuso de drogas: Tratamiento y Rehabilitación. *OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO*, 22-50.
- Organización de los Estados Americanos [OEA]. (2015). *Informe del uso de drogas en las Américas*. Washington DC: Organización de los Estados Americanos, 219.
- Ortiz, L., Pérez, D., & Tamez, S. (2015). Desigualdad socioeconómica y salud en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 336-347.

- Panderna, C., Fernández, C., & Gonzákez , A. (2002). *Calidad de vida en pacientes oncológicos terminales*. New York: Psicothema.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). 1993. *Social Indicators Research*, 1-20.
- Peacock, A., Leung, J., Larney, S., Colledge, S., Hickman, M., Rehm, J., & Degenhardt, L. (2018). *Estadísticas mundiales sobre consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas: informe de situación de 2017*. *Adicción* , 113 (10), 1905-1926.
- Peele, S. (1985). *The Meaning of Addiction. Compulsive Experience and Its Interpretation*. New York: Lexington Books.
- Pérez , R., & Miranda, A. (25 de julio de 2011). *Repositorio de investigación de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN*. Obtenido de http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyector/archivo_44_PROYECTO%20DE%20TESIS%209.pdf
- Pérez, M. (2017). Adaptación de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff en trabajadores de empresas industriales del Distrito de Los Olivos. *FACULTAD DE HUMANIDADES ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA CESAR VALLEJO*, 1-88.
- Pértegas, S., & Pita, S. (2002). *Determinación del tamaño muestral para calcular la significación del coeficiente de relación* . Coruña: Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. .
- Pineda, S. (2012). Abordaje terapéutico del dependiente a drogas. *Academia Biomédica Digital*.

- Poznyak, V., Reed, G., & Medina, M. (2018). Aligning the ICD-11 classification of disorders due to substance use with global service needs. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 212-218.
- Prochaska, J., & Bess, M. (1994). *The transtheoretical model: applications to exercise. Advances in exercise adherence*. Nueva York: Human Kinetics Publishers.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1985). *Coping and Substance Use*. New York: Academic Press.
- Prochaska, J., Norcross, J., & DiClemente, C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 1102 - 1114.
- Prochaska, O. (1999). *How do people change, and how can we change to help many more people?* Washington, DC: American Psychological Association.
- Prochaska, O., & DiClemente, C. (2005). The Transtheoretical Approach. In J. C. Norcross y M. R. Goldfried. *Handbook of Psychotherapy Integration*, 147–171.
- Prochaska, J., Velicer, W., Fava, J., Norman, G., & Redding, C. (1998). Smoking cessation and stress management Applications of the transtheoretical model of behavior change. *Homeostasis in Health and Disease*, 216–233.
- Quesada, M. (26 de julio de 2016). *Repositorio de producción académica de la UCM*. Obtenido de <http://eprints.ucm.es/37738/>
- Quintero, M. (2017). *stilos parentales, adversidad, apego adulto, psicopatología y afrontamiento en drogodependientes en tratamiento*. Sevilla: Doctoral dissertation, Universidad de Sevilla.

- Rodriguez, A. (25 de julio de 2012). *Repositorio de investigación de la PUCP*.
Obtenido de
RODRIGUEZ_CHACON_ALEJANDRA_AFRONTACION_SOPORTE.
pdf
- Rodriguez, V., Sobrino, A., & Castro, J. (2018). *a calidad de vida desde la perspectiva de las adicciones*. . Revista de calidad asistencial: 31(1), 3-9.
- Rogers, P. (2017). Implicaciones de características complicadas y complejas para tareas clave en la evaluación. *Routledge*, 45-64.
- Rojas, M., & Espinoza, L. (2006). consejo psicológico y sesiones motivacionales en caso de drogodependencias. Evaluación de las intervenciones del programa lugar de escucha de Cedro. *Revista Peruana de Drogodependencias*, 137-150.
- Romaní , O. (2015). Adicciones, drogodependencias y “problema de la droga” en España: la construcción de un problema social. *Redalyc*, 83-101.
- Rooks, L. (2010). *The relationship between life satisfaction and substance use*. University of South Florida, Florida, Estados Unidos.: Tesis doctoral, Departamento de psicología y cimientos sociales.
- Ryan, R., Sheldon, K., Kasser, T., & Deci, E. (1996). *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior* . New York: Guilford.
- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). *The Structure of Psychological Well-Being revisited*. *Journal of personality and Social Psychology*. Washington D.C: TEA.
- Ryff, F., & Keyes, L. (1995). *The structure of psychological well-being revisited*. New York: Journal of Personality and Social Psychology.

- Sánchez, H., Gradolí, V., & Gallús, E. (2016). *Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. Trastornos adictivos*. 6(3),: 159-166.
- Sandín, V. (2017). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 141-157.
- Santi, M. (2015). El debate sobre los daños en investigación en ciencias sociales. *Revista de bioética y derecho*, 11-25.
- Sapolsky, R. (2004). *Why zebras don't get ulcers*. Owl Books.
- Sarramea, F., Moreno, M., Balanzá, V., Osuna, M., Montiel, F., & Gil, S. (2018). Preparando el escenario para dejar de fumar en el paciente con Trastorno Bipolar: intervención breve en la práctica clínica. *adicciones*, 136-146.
- Segrera, M. (2019). La adicción y sus diferentes conceptos. *Centro Sur*, 14-26.
- Shealy, A., Murphy, J., Borsari, B., & Correia, C. (2010). *Predictors of motivation to change alcohol use among referred college students*. . *Addictive Behaviors*: 32, 2358-2364. doi:10.1016/j.addbeh.2007.02.003 .
- Shruthi, P., Niveditha, B., Shetty, P., Chaitanya, K., & Khargekar, N. (2017). Role of social support in tobacco cessation. *International Journal of Community*, 3942-3947.
- Soares, R., Oliveira, M., & Pinho, P. (2019). Evaluación de la atención psicosocial en alcohol y drogas por familiares de los pacientes. *Psicologia & Sociedade*, 31-52.
- Solano, A. (2017). *Estilos de afrontamiento y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas de Lima*. Lima: Doctoral dissertation. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS.

- Tarma, Y., & Roberston, A. (25 de julio de 2008). *REPOSITORIO DE TESIS DIGITALES*. Obtenido de CYBERTESIS: <http://200.62.146.130/handle/cybertesis/2507>
- Torres, J. (2019). *Estilos de afrontamiento y consumo de alcohol-cannabis en estudiantes de una universidad privada de Lima Sur*. Lima: Repositorio de la Universidad Privada del Sur.
- Turpo, O., Díaz, K., Zevallos, M., Carnero, M., & Begazo, C. (2019). Percepciones de estudiantes de la modalidad blended learning sobre la responsabilidad social universitaria. *Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologías de Informação*, 368-381.
- Tyler, J., Jackman, L., Strader, S., & Lenox, R. (1997). A change model approach to raising awareness of gay, lesbian, and bisexual issues among graduate students in counseling. *Journal of Sex Education and Therapy*, 37-43.
- United Nations Office on Drug and Crime [UNODC]. (2016). *Informe mundial sobre drogas*. Washington dc: UNODC.
- Vallejos, M., Orbegoso, C., & Capa, W. (2007). Escala de evaluación del cambio de la universidad de RHODE ISLAND (URICA). *Validez y confiabilidad en drogadependientes*, 52-59.
- Verde Sevillano, J. J. (25 de julio de 2014). *Repositorio de la Universidad César Vallejo*. Obtenido de file:///C:/Users/usuario/Downloads/138-355-1-PB.pdf
- Villaroel, M. (2018). *Las estrategias de afrontamiento y su influencia en la calidad de vida de las personas en proceso de recuperación del trastorno por consumo de sustancias del Centro Gran Renacer*. Ambato: Bachelor's thesis, Universidad Tecnológica Indoamérica.

Weisman, A., & Worden, J. (1977). *Coping and vulnerability in cancer patients*.
Cambridge: Shearson.

Weller, G. (26 de octubre de 2013). *Repositorio de investigación de la Universidad de Palermo*. Obtenido de <http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1034/Weller%20C%20Gladys.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

World Health Organization. (2013). *WHO country cooperation strategy at a glance*.
Panama: World Health Organization.

Zeballos, A., & De Lourdes, A. (2018). *Socialización del Informe Mundial sobre las Drogas*. Ecuador : Universitaria .

Anexos

Instrumentos.

Escala de Satisfacción con la Vida

A continuación, se presentan cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la escala, indique cuán de acuerdo está con cada elemento, eligiendo el número apropiado asociado a cada elemento. Por favor, sea abierto y honesto al responder. El tiempo de aplicación recomendado para realizar la prueba es de 2 minutos.

1. En la mayoría de los sentidos mi vida se acerca a mi ideal.
2. Las condiciones de mi vida son excelentes.
3. Estoy satisfecho/a con mi vida.
4. Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida.
5. Si tuviera que vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada.

Pregunta	Escala de Satisfacción con la Vida						
	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ligeramente en desacuerdo	4 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5 Ligeramente de acuerdo	6 De acuerdo	7 Totalmente de acuerdo
1							
2							
3							
4							
5							

Escala estrategias de afrontamiento de Lazarus

El siguiente cuestionario tiene por finalidad ayudarlo a analizar **las formas o estilos principales en que usted enfrenta las situaciones o conflictos**. Lea por favor cada uno de las preguntas que se indican a continuación y escriba el número que exprese en qué medida usted actuó en cada uno de ellos.

1. Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer (próximo paso)
2. Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor.
3. Me dediqué al trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.
4. Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.
5. Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación.
6. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.
7. Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.
8. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.
9. Me criticqué o me sermoneé a mí mismo.
10. No intenté quemar mis oportunidades, así que dejé alguna posibilidad abierta.
11. Confié en que ocurría un milagro.
12. Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte).
13. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.
14. Intenté guardar para mí mis sentimientos.
15. Busqué alguna pequeña esperanza, por así decirlo, intenté mirar las cosas por su lado bueno.
16. Dormí más de lo habitual.
17. Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema.
18. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.
19. Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentirme mejor.
20. Me sentí inspirado para hacer algo creativo.
21. Intenté olvidarme de todo.
22. Busqué la ayuda de un profesional.
23. Cambié, maduré como persona.
24. Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada.
25. Me disculpé o hice algo para compensar.
26. Desarrollé un plan de acción y lo seguí.
27. Acepté la segunda posibilidad mejor de lo que yo quería.
28. De algún modo expresé mis sentimientos.
29. Me di cuenta de que yo fui la causa del problema.
30. Salí de la experiencia mejor de lo que entré.
31. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.

32. Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones.
33. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos.
34. Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado.
35. Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso.
36. Tuve fe en algo nuevo.
37. Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.
38. Redescubrí lo que es importante en mi vida.
39. Cambié algo para que las cosas fueran bien.
40. Evité estar con la gente.
41. No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo.
42. Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo.
43. Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas.
44. No me tomé en serio la situación, me negué a considerarlo en serio.
45. Le conté a alguien cómo me sentía.
46. Me mantuve firme y peleé por lo que quería.
47. Me desquité con los demás.
48. Recurrí a experiencias pasadas, ya que me había encontrado antes en una situación similar.
49. Sabía lo que iba a hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien.
50. Me negué a creer lo que había ocurrido.
51. Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez.
52. Me propuse un par de soluciones distintas al problema.
53. Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto.
54. Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con mis cosas.
55. Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía.
56. Cambié algo en mí.
57. Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente.
58. Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo.
59. Fantaseé e imaginé el modo en que podría cambiar las cosas.
60. Recé.
61. Me preparé mentalmente para lo peor.
62. Repasé mentalmente lo que haría o diría.
63. Pensé como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo.
64. Intenté ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona.
65. Me recordé a mí mismo cuánto peor podrían ser las cosas.
66. Corrí o hice ejercicio.
67. Intenté algo distinto de todo lo anterior (por favor descríballo)

Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)

Cada una de las siguientes frases describe cómo podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento o aborda algún problema en su vida. Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases.

En cada caso, responda en función de cómo se siente ahora mismo, y no en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte.

1. Que yo sepa, no tengo problemas que cambiar.
2. Creo que puedo estar preparado para mejorar de alguna manera.
3. Estoy haciendo algo con los problemas que me han estado preocupando.
4. Puede que valga la pena el que trabaje para solucionar mi problema.
5. No soy una persona que tenga problemas. No tiene ningún sentido que yo esté aquí.
6. Me preocupa la posibilidad de que dé un paso atrás con un problema que ya he cambiado, por esto estoy aquí en búsqueda de ayuda.
7. Por fin estoy haciendo algo para solucionar mi problema.
8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo.
9. He trabajado con éxito en mi problema, pero no estoy seguro de que pueda mantener el esfuerzo yo solo.
10. A veces mi problema es difícil, pero estoy trabajando para resolverlo.
11. Para mí, el hecho de estar aquí es casi como perder el tiempo ya que el problema no tiene que ver conmigo.
12. Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor a mí mismo.
13. Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que yo necesite realmente cambiar.
14. Me estoy esforzando realmente mucho para cambiar.
15. Tengo un problema y pienso realmente que debo afrontarlo.
16. No me siento capaz de mantener lo que he cambiado en la forma que yo esperaba, y estoy aquí para prevenir una recaída en ese problema.
17. Aunque no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando.
18. Pensaba que una vez hubiera resuelto mi problema me sentiría liberado, pero a veces aún me encuentro luchando con él.
19. Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema.
20. He empezado a hacer frente a mis problemas, pero me gustaría que se me ayudara.
21. Quizás en este lugar me puedan ayudar.
22. Puede que ahora necesite un empuje para ayudarme a mantener los cambios que ya he llevado a cabo.
23. Puede que yo sea parte del problema, pero no creo que realmente sea así.

24. Espero que aquí alguien me pueda dar algún buen consejo.
25. Cualquier persona puede hablar sobre el cambio; yo de hecho estoy haciendo algo para cambiar.
26. Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué no podrá la gente simplemente olvidar sus problemas?
27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema.
28. Es frustrante, pero siento que podría reaparecer el problema que pensaba haber resuelto.
29. Tengo tantas preocupaciones como cualquier otra persona. ¿Por qué perder el tiempo pensando en ellas?
30. Estoy trabajando activamente en mi problema.
31. Asumiría mis defectos antes que intentar cambiarlos.
32. Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve a aparecer y me preocupa.

	Pregunta	1 Totalmente en desacuerdo	2 Bastante en desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 Bastante de acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						

	Pregunta	1 Totalmente en desacuerdo	2 Bastante en desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 Bastante de acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						

Autorización para manejo de base de datos



Quito, 26 de junio 2020

Hugo Alfredo Jiménez Taco
Psicólogo clínico
Presente
De mi consideración:

El Instituto Psiquiátrico "Sagrado Corazón" es una institución privada, sin fines de lucro, cuya misión se manifiesta en la Acogida, Asistencia, Cuidado especializado en la asistencia a los enfermos mentales, a personas con discapacidad Física o Psíquica y otros enfermos, con preferencia a los más pobres y marginados.

Además se desarrolla el ámbito Docente, que le permite mejorar su nivel de atención, realizando un conjunto actividades dirigidos a los residentes, evaluaciones psicológicas y tratamientos multidisciplinarios que están incluidas dentro del plan de actividades anual de la institución, y que permite realizar una formación académica importante con aporte a la Sociedad.

Con este antecedente y en respuesta a su pedido para el desarrollo de la investigación "Satisfacción con la Vida y Estrategias de Afrontamiento asociadas a los estadios de Cambio en Adicciones" y luego de ser revisado y Aprobado el Plan de Investigación por el Comité de Bioética, Docencia e Investigación de las Hermanas Hospitalarias Ecuador, se autoriza la realización de la Revisión de las evaluaciones correspondientes al año 2019, que reposan en los archivos de la Institución y que contiene información pertinente a las variables: bienestar psicológico, modos de afrontamiento y estadios de cambio en adicciones, la mismas que serán facilitadas para fines de investigación a su persona, dicha información que será utilizada de manera anónima por el investigador, con consentimiento del Instituto y bajo del compromiso del profesional antes mencionado de la aplicación de consideraciones éticas correspondientes al caso.

Por último, los resultados obtenidos de dicha investigación serán remitidos al Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón para su conocimiento y adecuada socialización con los profesionales responsables de la Unidad.

Agradezco su atención y seguimiento a este pedido

Atentamente,

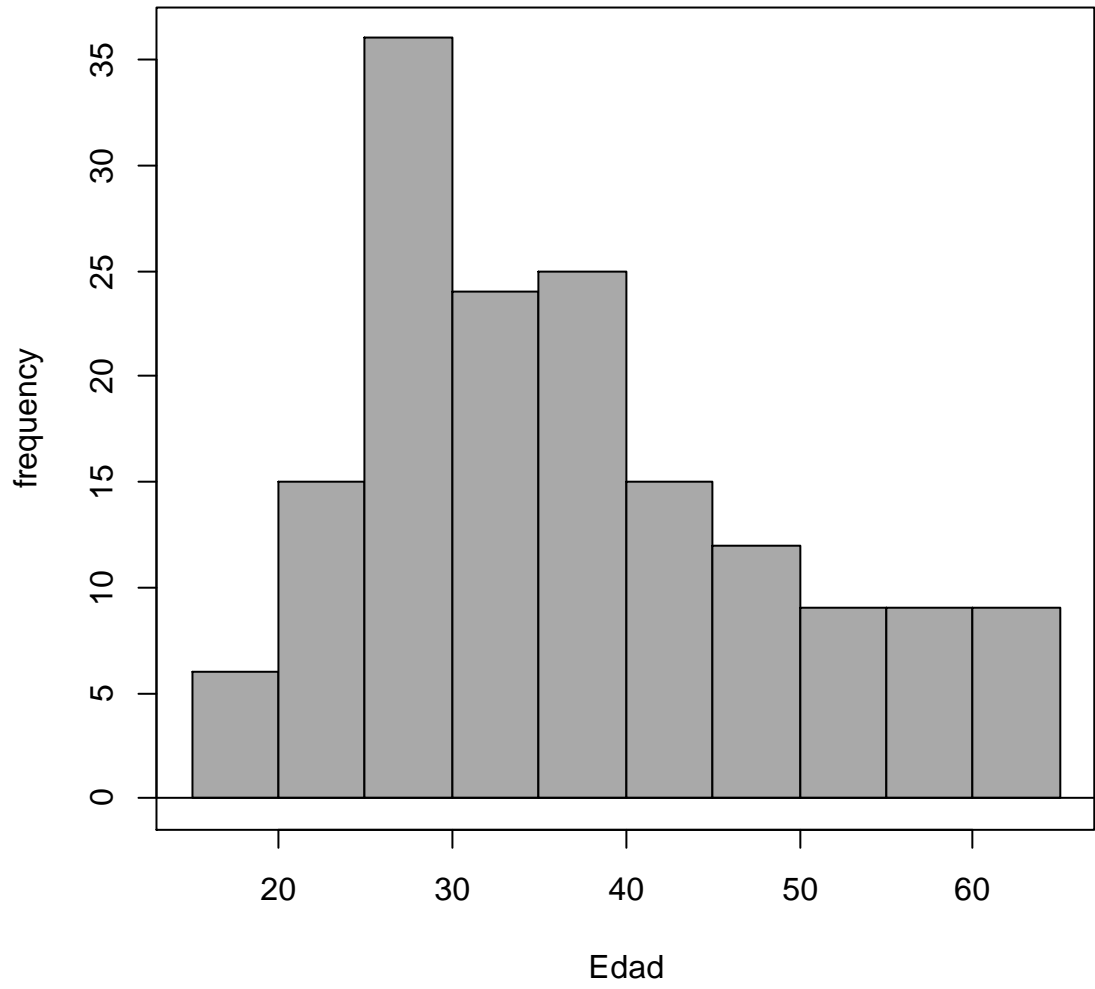
[Redacted Signature]

Dirección Médica

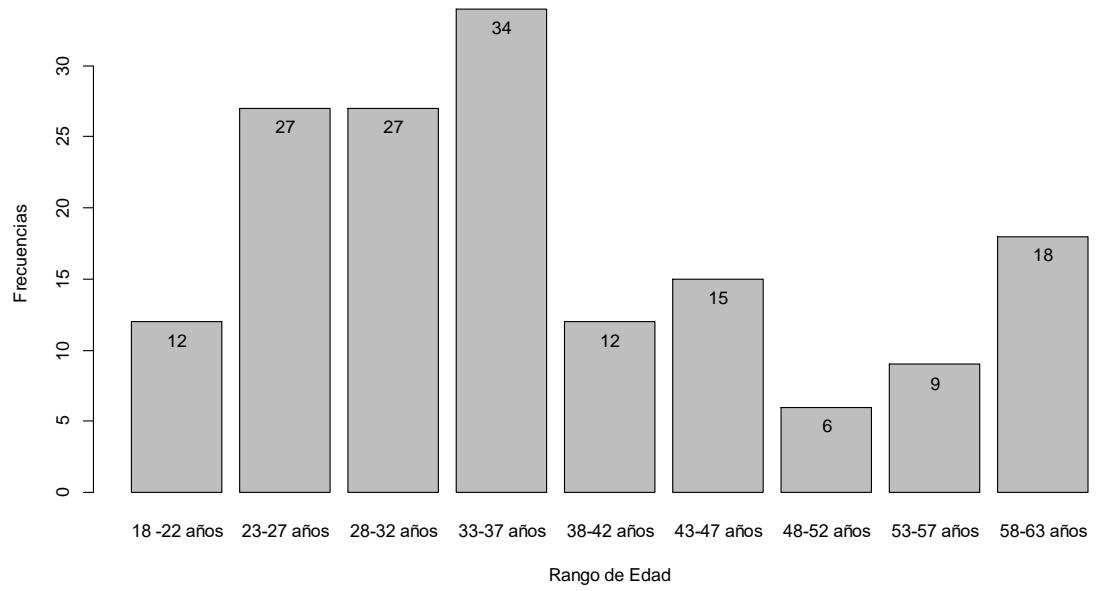
Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón



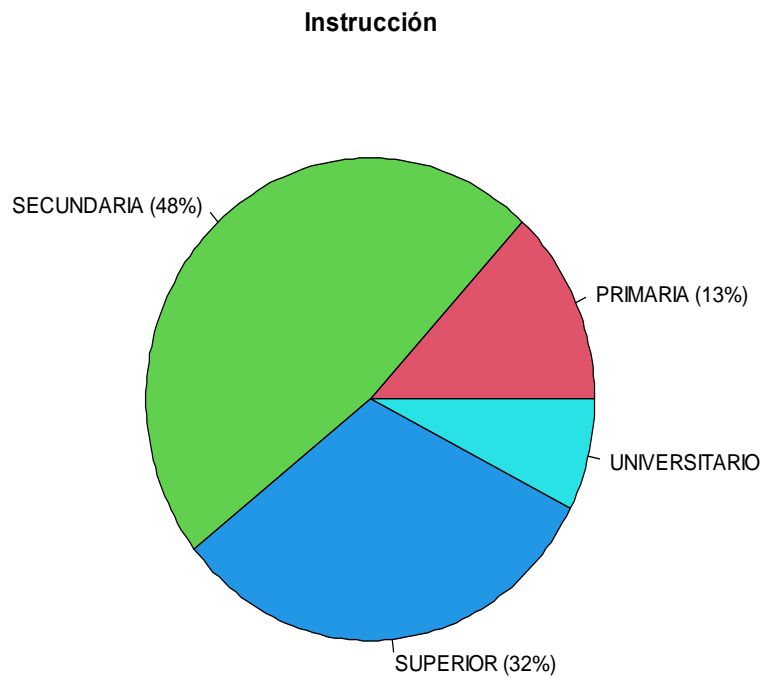
Anexo 1 Grafico de frecuencias según edad



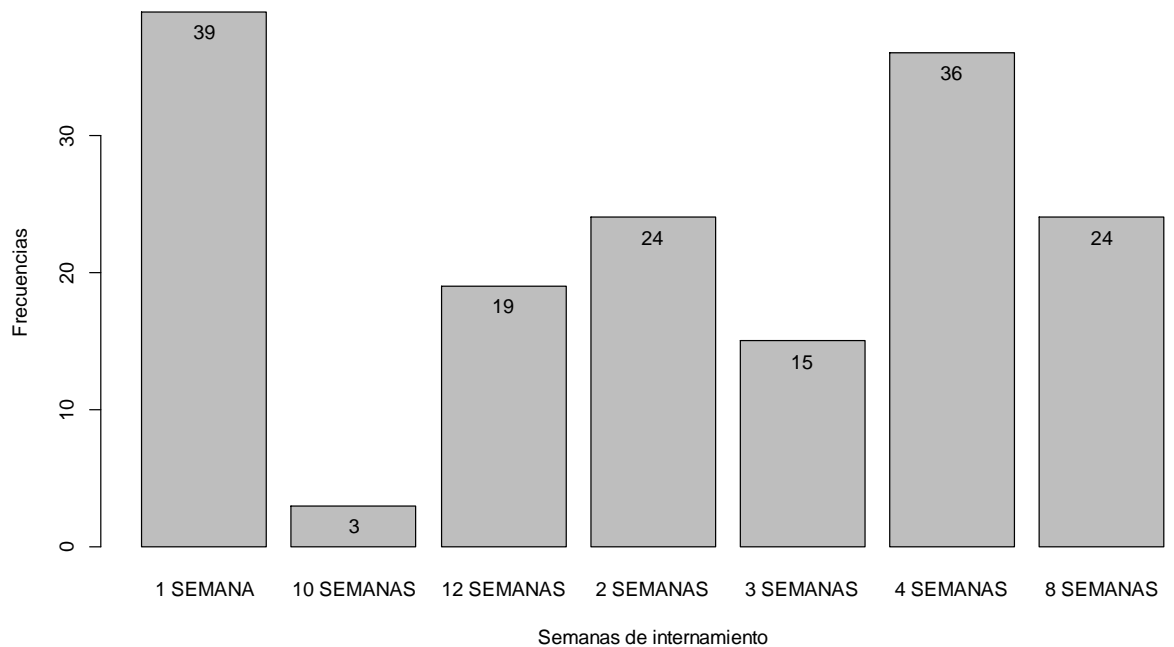
Anexo 2 Grafico de frecuencias según rango de edad



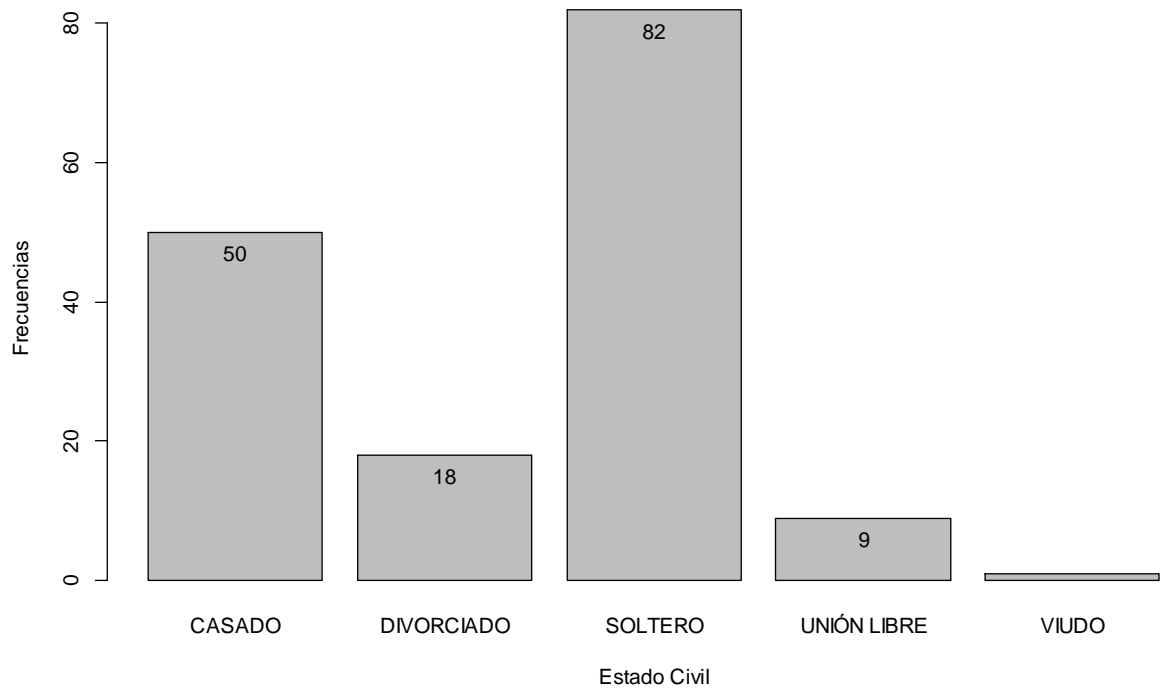
Anexo 3 Grafico de frecuencias según nivel de instrucción



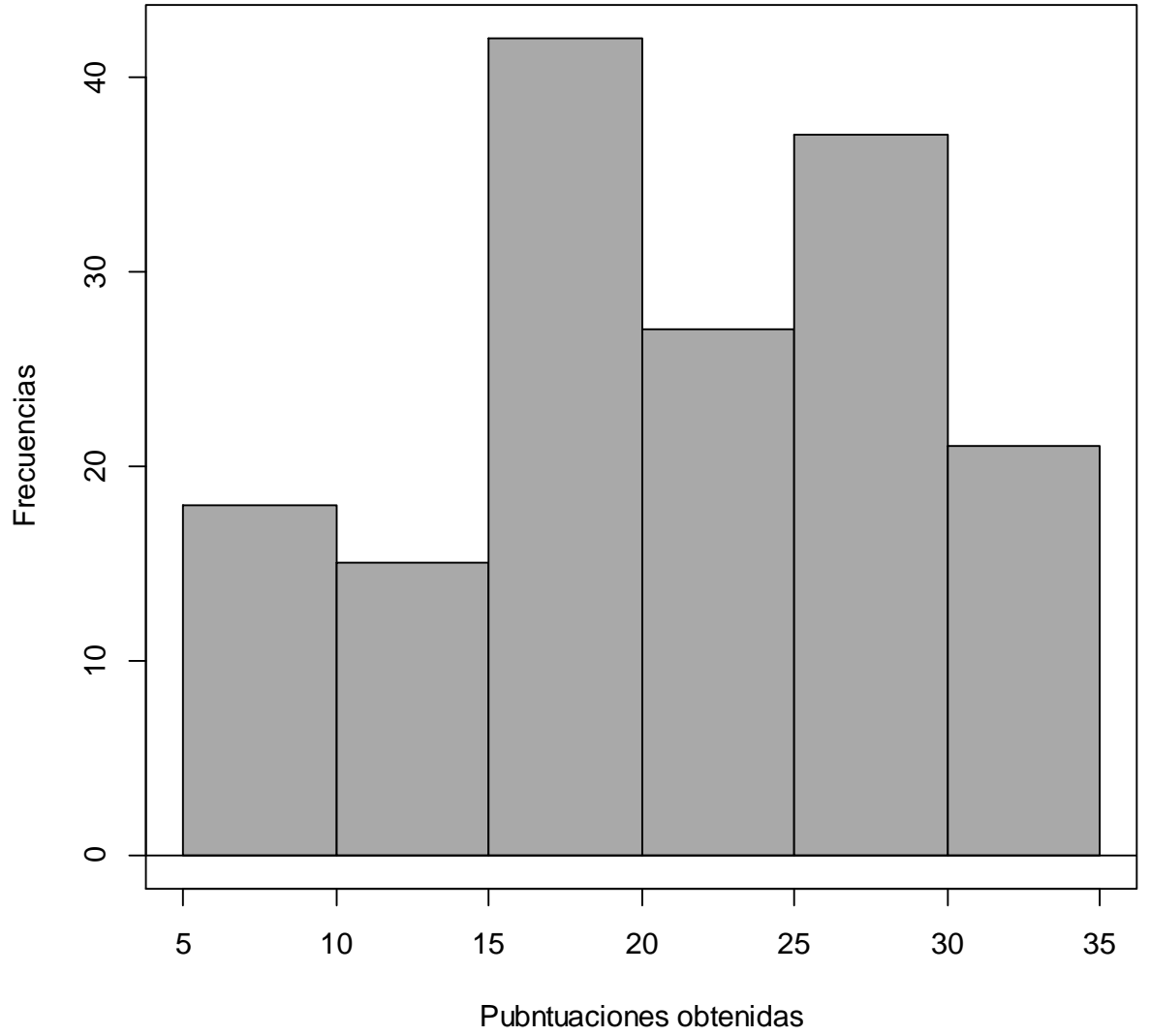
Anexo 4 Grafico de frecuencias según tiempo de internamiento



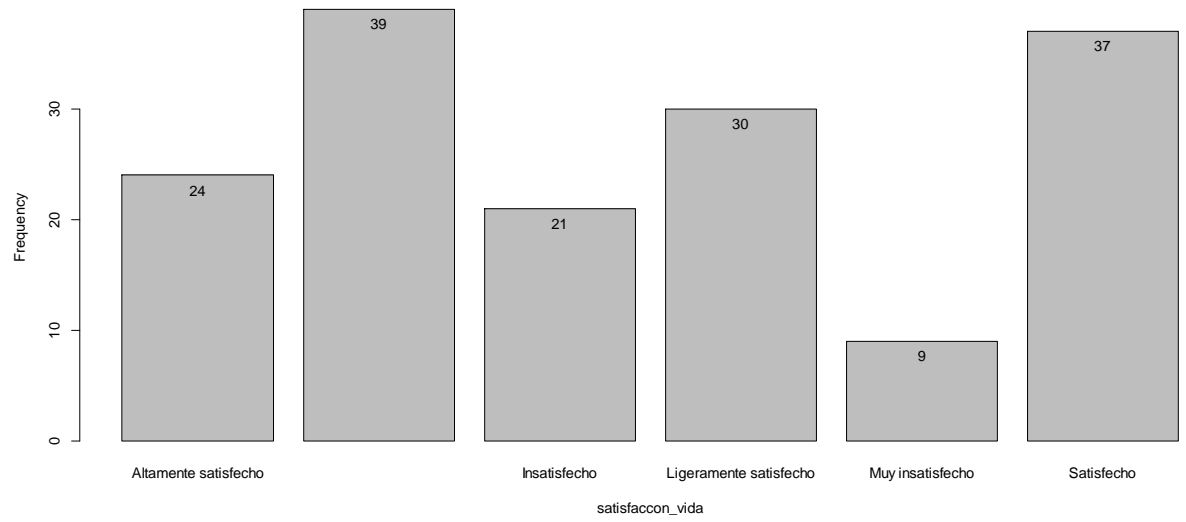
Anexo 5 Grafico de frecuencias según estado civil



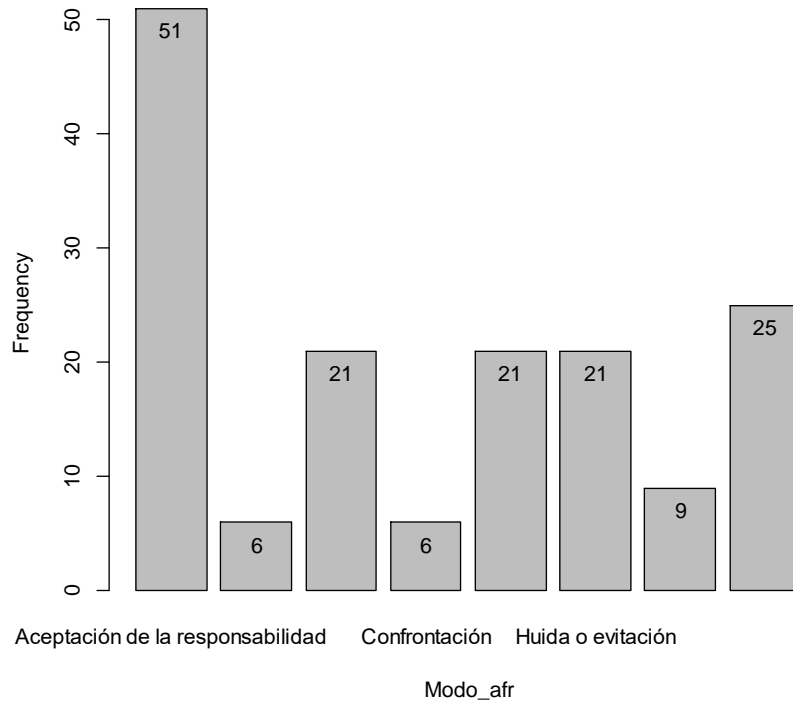
Anexo 6 Grafico de puntuaciones según satisfacción con la vida.



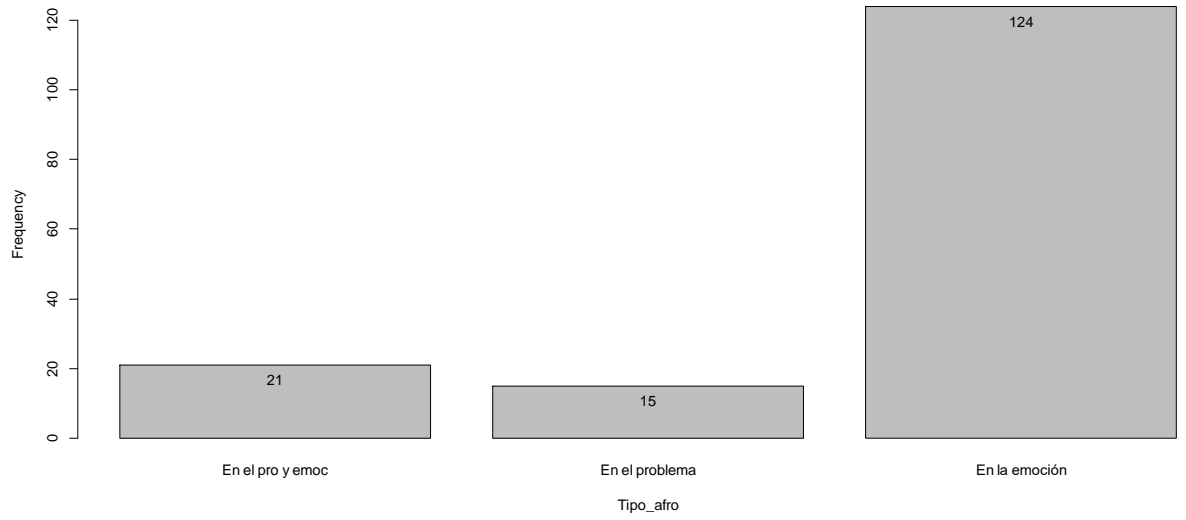
Anexo 7 Grafico de frecuencias según satisfacción con la vida.



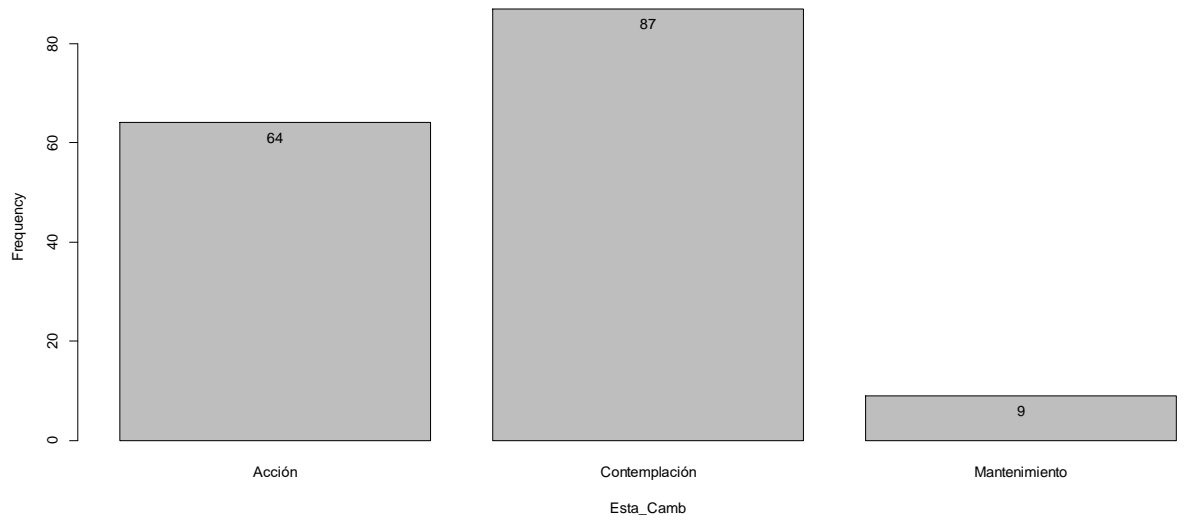
Anexo 8 Grafico de frecuencias según modos de afrontamiento



Anexo 9 Grafico de frecuencias según tipos de afrontamiento



Anexo 10 Grafico de frecuencias según estadios de cambio



Anexo 11 Gráfico de frecuencias según teoría del cambio

