



FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

AFRONTAMIENTO Y SOPORTE SOCIAL EN UN GRUPO DE
ADICTOS DE UN HOSPITAL PSIQUIATRICO DE LIMA

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología
con mención en Psicología Clínica
que presenta
la Bachiller

ALEJANDRA B. RODRÍGUEZ CHACÓN

CECILIA CHAU PÉREZ-ARANIBAR

Asesora

LIMA- Junio 2012

Agradecimientos

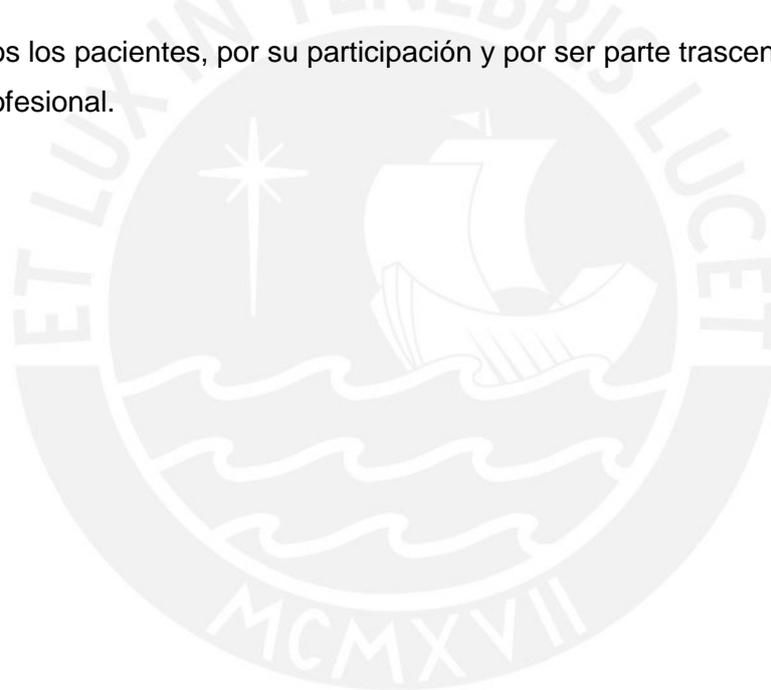
A Cecilia Chau por su apoyo y dirección a lo largo de la elaboración de esta investigación. Por asesorarme cuando no tenía plan de tesis, orientarme rigurosamente y motivarme cuando fue necesario.

A Arturo Calderón por su importante ayuda con el proceso estadístico.

A Elena Caballero y Daniel Sánchez por acompañarme, escucharme y ayudarme de forma incondicional, especialmente durante el tiempo que me tomó llevar a cabo este proyecto.

A César, Gina y Fabio, y a toda mi familia, sin ellos no me hubiera planteado investigar el constructo *soporte social*.

A todos los pacientes, por su participación y por ser parte trascendental de mi formación profesional.



Afrontamiento y soporte social en un grupo de adictos de un hospital psiquiátrico de Lima

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo principal explorar la relación entre afrontamiento y soporte social en una muestra de 45 adictos entre los 20 y 60 años, hospitalizados en una comunidad terapéutica de un hospital psiquiátrico de Lima. Se utilizó el Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE) desarrollado por Carver et al. (1989) y el Inventario de Entrevista de Soporte Social de Arizona (IESSA) desarrollado por Barrera et al. (1981). Se encontraron correlaciones significativas directas e inversas entre casi todas las estrategias de afrontamiento y funciones e índices de soporte social.

No se encontró predominancia de un estilo de afrontamiento particular; el estilo evitativo fue el menos utilizado. Las estrategias de mayor uso fueron *reinterpretación positiva* y *acudir a la religión*; la de menor uso fue *negación*. En cuanto al soporte social, se observó que la red percibida fue mayor que la red efectiva y la satisfacción fue mayor que la necesidad de soporte social. Además, se obtuvieron diferencias significativas en afrontamiento y soporte social de acuerdo a las variables estado civil, reingreso a la CT y comorbilidad psiquiátrica, las cuales fueron discutidas.

Los resultados sugieren que el soporte social mediaría la elección de estrategias de afrontamiento en la muestra estudiada.

Palabras clave: *afrontamiento, soporte social, comunidad terapéutica, adictos, hospitalizados*

ABSTRACT

The present investigation has as a main purpose to explore the relationship between coping and social support in a group of addicts between 20 and 60 years old, receiving inpatient treatment in a therapeutic community from a psychiatric hospital in Lima. The instruments used were the COPE Inventory, developed by Carver et al. (1989) and the Arizona Social Support Interview Schedule, developed by Barrera et al. (1981). Associations between almost all coping strategies; and social support's areas and indexes were found.

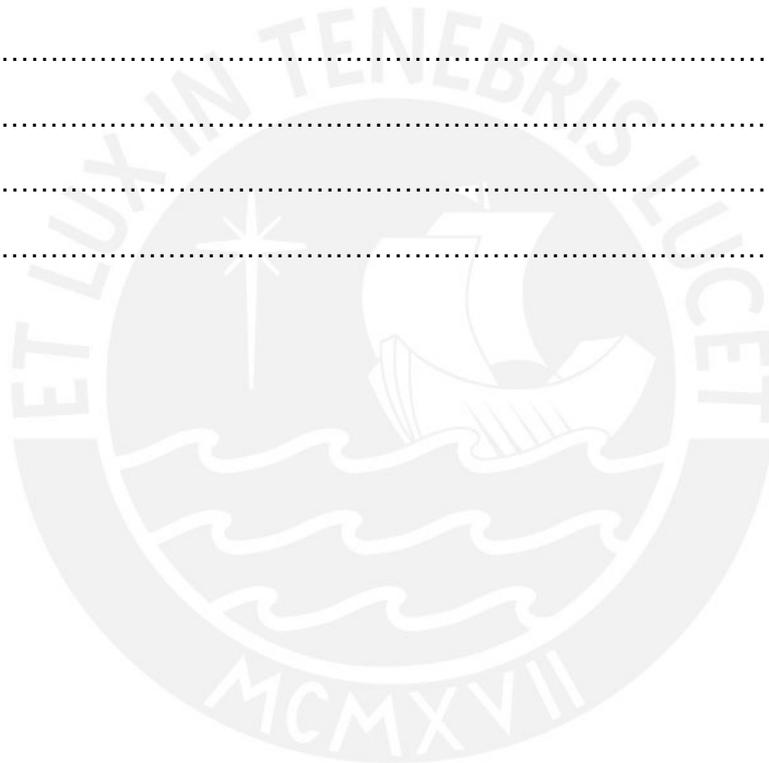
There was no predominance of a particular coping style; avoidant coping was the least used. *Positive reinterpretation and growth* and *religious coping* were the most commonly used strategies, whereas *denial* was reported as the less used. Regarding social support, total perceived network was observed bigger than total effective network and satisfaction bigger than the need of social support. Moreover, significant differences were found in coping and social support according to marital status, re-entry to the therapeutic community and comorbidity, which were discussed.

Results suggest a mediation role from social support over the use of coping strategies.

Key words: *coping, social support, therapeutic community, addicts, inpatient treatment*

Tabla de contenido

Introducción.....	1
Afrontamiento, soporte social y abuso o dependencia de sustancias.....	4
Método.....	13
Participantes.....	13
Medición.....	16
Procedimiento.....	20
Resultados.....	21
Discusión.....	29
Referencias.....	43
Anexos.....	55



En la actualidad, el consumo de drogas continúa representando uno de los problemas más graves que amenaza el bienestar y la salud de los individuos (Díaz y Botía, 2008). En el Perú, el aumento del uso y abuso de drogas legales e ilegales se torna una preocupación general dados los elevados índices de consumo (Velásquez y Pedrao, 2005). CEDRO (2010) y el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi- IESM (2002) encuentran que las drogas ilegales de mayor consumo en el Perú son la marihuana, la pasta básica de cocaína, el clorhidrato de cocaína y éxtasis, datos que continúan apareciendo desde los primeros estudios realizados en los años 80. La prevalencia de vida del consumo de alcohol a nivel nacional llega al 79.1% en población masculina, mientras en Lima Metropolitana, la prevalencia anual de bebedor riesgoso es de 36% y la prevalencia anual de abuso/ dependencia de alcohol es de 8.5%. Los resultados de ambas investigaciones, sobre consumo de sustancias en nuestro país, indican una mayor frecuencia de uso, abuso y dependencia del género masculino, (CEDRO, 2010; IESM, 2002), población con la cual se trabajará y de la cual se presentarán los principales datos epidemiológicos. CEDRO (2010) señala que, a nivel nacional, la prevalencia de vida en población general de la marihuana es de 6.1%; de 1.9% para la cocaína, de 2.8% para la PBC y de 1.3% para el éxtasis. En Lima Metropolitana, se encuentran cifras mayores: 11.5% de prevalencia de vida de marihuana y 7.5% de cocaína; la prevalencia anual de abuso/ dependencia a cualquier sustancia es de 5.3%, a la marihuana de 0.3%, y a la cocaína de 0.4% (IESM, 2002).

Por otro lado, el Observatorio Peruano de Drogas (2009) realizó un análisis de la demanda de tratamiento de sustancias psicoactivas del 2005 al 2007 a través del Sistema de la Red de Información de Demanda de Tratamiento por abuso o Dependencia de Sustancias Psicoactivas- RIDET. EL OPD (2009), a través de la RIDET, obtuvo información de distintas instituciones, centros de atención ambulatoria de día (CADES), comunidades terapéuticas, programas de tratamiento y rehabilitación del Instituto Nacional Penitenciario (INPE) de Lima y provincias. El Análisis de resultados de la red de información de demanda de tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas del 2005 al 2007, registró un promedio de 608 pacientes en cada año. Se encontró que el 80% de la población era masculina, prevalentemente joven, encontrándose la tercera parte entre 20 y 29 años y poco más del 20% entre 30 y 39 años. El 50% contaba con educación secundaria completa, seguidos por aquellos con estudios universitarios, quienes en todos los años superan en porcentaje a quienes estudiaron una carrera técnica; sin embargo, alrededor del

40% de los pacientes registrados se encontraba desempleado, el 25% aproximadamente contaba con un trabajo eventual y alrededor de 18% eran estudiantes. El porcentaje de pacientes solteros era de 60%, seguidos por los casados que conformaron el 15%.

El OPD (2009) señala que entre los años 2005 y 2007, la demanda de tratamiento por sustancias legales se incrementó en las instituciones participantes, pasando de representar el 28.7% en el 2005 a 43.7% en el 2007. En este año, el alcohol representó el 41.7% de la totalidad de los ingresados. En cuanto a sustancias ilegales, la pasta básica de cocaína es la droga ilegal con mayor incidencia, representando el 24.8% en el 2005 y 18.8% en el 2007. Seguidamente, la demanda de tratamiento por consumo de marihuana llega al 23% en el 2006. El clorhidrato de cocaína es la siguiente, con una presencia en el 14.6% de los pacientes registrados en el 2007. Luego se observa un 3.3% de pacientes que consumen la modalidad mixto (pasta básica más marihuana) en el 2005 y disminuyendo al 0.8% en el 2007. En cuanto al diagnóstico, el OPD (2009) señala que existe un mayor número de pacientes que demanda ayuda por dependencia (entre 81.6% y 87.9%), que por abuso (entre 12.1 y 18.4%). De los pacientes que buscan tratamiento por dependencia, más de una cuarta parte indicaron como sustancia principal el alcohol durante los años 2006 y 2007. En este mismo rubro, la pasta básica de cocaína es la segunda sustancia por la cual se demanda ayuda. En el caso de la demanda general de tratamiento por abuso de sustancias psicoactivas, se observa que el porcentaje de pacientes por alcohol fue mayor, llegando a más del 40% en los años 2006 y 2007.

Por su parte, DEVIDA (2003) ofrece datos puntuales sobre las atenciones realizadas en el periodo 2000-2002. Se brindó tratamiento a 19, 370 personas a través de internamientos prolongados, internamientos breves, grupos de autoayuda y atención ambulatoria. La información fue obtenida de 91 centros, de los que destacan el Hospital Hermilio Valdizán, en donde se atendió a 9 406 personas de forma ambulatoria y 520 usuarios de sustancias psicoactivas fueron hospitalizados. En el IESM Honorio Delgado- Hideyo Noguchi se atendió a 2 293 personas, 87 % hombres y 13 % mujeres, evidenciando una gran demanda del sexo masculino.

Un dato importante, que se encuentra es que el tipo de tratamiento recomendado por el personal asistencial, fue principalmente residencial (internamiento) durante los años 2005 y 2007, con alrededor del 45% de las recomendaciones. En el año 2006, el tratamiento más aconsejado fue de tipo

ambulatorio (36.6%). Para los casos de las sustancias legales, el tratamiento más sugerido fue el ambulatorio, (40.7% y 48.7% para el 2006 y 2007 respectivamente), mientras que en las sustancias ilegales fue el tratamiento residencial con 57% de recomendaciones en el 2007 (OPD, 2009).

En resumen, existe una demanda importante de tratamiento hospitalario y ambulatorio tanto por sustancias legales, principalmente por alcohol, y de sustancias ilegales, principalmente marihuana, cocaína y PBC. En esta línea, existe una mayor demanda de tratamiento, mayor incidencia y mayor prevalencia de consumo en hombres que en mujeres (OPD, 2009); la mayor parte de la población que demanda tratamiento se encuentra entre los 20 y 39 años, tiene estudios de secundaria completa, está actualmente desempleada y es soltera.

CEDRO (2010) señala que el consumo de drogas ilegales es grave para el país y requiere atención por parte de las autoridades educativas y políticas. Además, subrayan que es necesario reconocer y considerar que en el Perú se producen drogas que llegan a la población a precios muy bajos y en numerosos puntos de distribución, lo cual agrava la problemática.

En cuanto al impacto social y económico, se ha determinado que el costo de la problemática de las drogas en el Perú es de 444.7 millones de dólares anuales, lo que corresponde a alrededor de 16 dólares per cápita. De este costo anual, corresponden 245.4 millones o 8.7 dólares per cápita al alcohol, 192.3 millones o 6.8 dólares per cápita por sustancias o drogas ilegales y 7.0 millones o 0.2 dólares per cápita al tabaco (OPD-DEVIDA, 2010). Se estimaron estas cifras luego de identificar los siguientes indicadores de menor complejidad: número de solicitudes de tratamiento en instituciones públicas y privadas, número de muertes o lesiones graves asociadas al consumo, número de admisiones/ egresos hospitalarios por consumo y tiempo de duración, número de personas en tratamiento y duración del mismo, destrucción de activos físicos y costos de muertes prematuras en términos de productividad, entre otros.

Adicionalmente, se identificaron los siguientes indicadores de mayor complejidad: arrestos por porte y consumo de sustancias psicoactivas (SPA), presos por crímenes y delitos asociados con consumo de SPA, costos de ausentismo (pérdidas generadas como consecuencia de la pérdida a nivel de productividad), pérdida de productividad laboral (costos indirectos que sufre una sociedad por una disminución en las personas laboralmente activas que repercute en la economía del

país), pérdida económica por morbilidad, e impacto social por pérdida de bienes (OPD-DEVIDA, 2010). Asimismo, se advierten dos cuestiones importantes (1) se encuentran consecuencias en la estructura social, dado que la desintegración familiar que el abuso de SPA representa y su repercusión al interior de los hogares, frena la posibilidad para mejorar las condiciones de vida de sus miembros y (2) el tratamiento de adicciones es financiado básicamente con gastos privados de los usuarios, ya que el Plan de Aseguramiento Universal que se encuentra en implementación no incluye el tratamiento de trastornos mentales (entre los cuales se encuentran las adicciones), a excepción de los afiliados a ESSALUD, quienes ascienden solo al 42.3% de la población del Perú.

Por su lado la Organización Panamericana de la Salud- OPS (2007) señala otros indicadores de igual relevancia para enfatizar la importancia de las acciones de lucha contra el consumo de alcohol en nuestra región: muertes, incidencia y patrones de consumo; así como trastornos y enfermedades relacionadas al mismo. A su vez, afirman que en América el consumo de bebidas alcohólicas es 40% mayor al promedio mundial y que su consumo es el primer factor de riesgo para la carga de morbilidad en la región.

En el Perú, las adicciones son claramente un problema de salud pública, sin embargo, cabe mencionar que al no contar con insumos que logren identificar el consumo de cocaína, marihuana, PBC y otras drogas en peritajes policiales, se dificulta el cálculo del impacto económico de su uso y abuso (CEDRO, 2010; DEVIDA-OPD, 2010). Se configura así la problemática del consumo de drogas, con las particularidades de nuestro país y sus dificultades para satisfacer la gran demanda de tratamiento, lo cual a su vez, frena las posibilidades de acceder a una mejor calidad de vida para las familias que cuentan con una o más personas con alguna adicción.

Afrontamiento, soporte social y consumo, abuso o dependencia de sustancias

El afrontamiento ha sido ampliamente estudiado como un posible mediador entre situaciones estresantes y resultados en la salud, tanto física como mental, en población general (Tate, Van den Berg, Hansen, Kochman y Skkeima, 2006; Carver, Schreier y Weintraub, 1989).

La teoría de Lazarus y Folkman (1984) sostiene que las personas realizan dos evaluaciones ante el estrés; la evaluación primaria, en la cual se percibe un evento como una amenaza y la evaluación secundaria, en la cual se elaboran las posibles

respuestas ante el evento percibido como amenazante. El afrontamiento sucede en la segunda cuando el individuo despliega sus recursos para enfrentar el estrés.

El afrontamiento puede dirigirse al problema, intentado solucionar o alterar la situación de alguna forma; o enfocarse a la emoción, intentando reducir o manejar el malestar emocional que conlleva la circunstancia (Calvete y Connor-Smith, 2006; Skinner y Zimmer-Gembeck, 2007). Otra taxonomía del constructo diferencia afrontamiento por aproximación, lo cual involucra hacer algo sobre el evento y las emociones relacionadas (incluye al afrontamiento dirigido al problema y algunas formas de afrontamiento enfocado a la emoción como la búsqueda de soporte social, la regulación emocional y la reestructuración cognitiva); y afrontamiento por evitación, que consiste en distanciarse de la situación estresante y los sentimientos que la acompañan; incluye respuestas como la evasión y la negación (Moos y Schaffer, 1993; Taylor, 2003; Calvete y Connor-Smith, 2006; Skinner y Zimmer-Gembeck, 2007). Las distinciones entre afrontamiento enfocado al problema/emoción y afrontamiento por aproximación/ evitación serán mencionadas a lo largo de la presente investigación.

Diversos autores aceptan que el consumo de alcohol o drogas suele ser un intento de las personas por enfrentar o manejar la experiencia subjetiva de sus estados afectivos (Khantzian, Mack, y Schatzberg, 1973; Holahan, Moos, Holahan, Brenman y Schute, 2005) y se incluye en la categoría de afrontamiento evitativo, ya que encaja empíricamente con otros mecanismos de este tipo. Wills y Hirky (1996) sostienen que la tendencia al abuso de sustancias se incrementará cuando los individuos cuenten con grandes demandas del ambiente y con recursos de afrontamiento insuficientes para hacerles frente. Ellos postulan que tipos particulares de afrontamiento pueden disminuir o aumentar el riesgo de abuso de sustancias cuando existen factores de vulnerabilidad como percibir grandes demandas y escasos recursos para afrontarlas. Se espera que el afrontamiento evitativo aumente este riesgo dado que el individuo no se encuentra dispuesto a lidiar con situaciones problemáticas. Al respecto, los mismos autores reconocen una paradoja que resume lo antes expuesto: el uso de sustancias puede ser un mecanismo de afrontamiento, pero también puede ser el producto de los déficits en otras formas de lidiar con el estrés.

En la investigación científica, se ha encontrado que el afrontamiento evitativo está relacionado con el abuso de sustancias (Cronkite y Moos, 1984), con bajo soporte social y alto estrés (Timmer, Veroff y Colten, 1985; en Wills y Hirky, 1996); así como

con otros tipos de afrontamiento como la descarga emocional (Labovie, Pandina, White y Jonson, 1990). También se ha identificado la variable de afrontamiento evitativo como factor de riesgo para el abuso de alcohol (Hruska, Fallon, Spoonster, Sledjeski, y Delahonty, 2011).

Si bien se cree que el abuso de sustancias puede ser el resultado de un afrontamiento inadecuado frente al estrés diario y los estados emocionales negativos, Franken, Hendriks, Haffmans y Van der Meer (2001) señalan que esta relación no es del todo clara, ya que la existencia de una relación etiológica entre afrontamiento evitativo y el abuso de sustancias es ambigua. Lo que sí se ha encontrado es que mejorar las estrategias de afrontamiento generales y específicamente dirigidas al impulso de consumir en el tratamiento del abuso de las mismas, puede reducir el empleo de drogas y mejorar el funcionamiento psicológico en pacientes duales (Moggi y Crosby, 1999) y en pacientes adictos a la cocaína (Rohsenow, Martin y Monti 2005, en Sugarman, Nich y Carrol, 2010).

Sugarman et al. (2010) encontraron, en una muestra de personas que buscan tratamiento para el abuso de sustancias, que el trabajo en las estrategias de afrontamiento dirigidas al impulso de consumir estuvo significativamente correlacionado con la abstinencia de cocaína; sugieren que mientras aumenta el despliegue de estrategias de afrontamiento, la frecuencia de uso de sustancias decrece. En la misma línea, Maisto, Zywiak y Connor (2000) encuentran, en una investigación con personas con problemas de abuso o dependencia de alcohol, que es más probable que los individuos que poseen una variedad de estrategias de afrontamiento y que las usan de acuerdo a demandas situacionales, tengan más probabilidades de mantener un buen funcionamiento después de recibir tratamiento.

Por su parte, Franken et al. (2001) estudiaron los estilos de afrontamiento en una población de adictos a la heroína y/o cocaína donde no se encontró una relación significativa entre la severidad del abuso y el estilo de afrontamiento. A pesar de esto, refieren que la mejora de los estilos de afrontamiento puede ser beneficiosa para el bienestar psicológico de los adictos. Asimismo, los autores encontraron que en la etapa de desintoxicación se varió hacia un estilo más adaptativo, incluso sin tratamiento dirigido a los estilos de afrontamiento. Al inicio, los participantes en su investigación reportaron un mayor uso de *evitación*, *distracción* y *pasividad*; a los 3 meses cambió hacia *confrontar y resolver problemas*, *búsqueda de soporte social*,

expresión de emociones y auto estimulación; esto se mantuvo estable en los siguientes 3 meses (Francken et al., 2001).

También se ha estudiado los efectos de las intervenciones enfocadas en el afrontamiento en población con juego problemático, obteniendo resultados que apoyan la hipótesis de que el trabajo de las estrategias de afrontamiento favorece resultados positivos en población adicta (Petry, Litt, Kadden y Ledgerwood, 2007). Estudios longitudinales han encontrado que la disminución del afrontamiento evitativo durante el tratamiento para el abuso de drogas, predice abstinencia a los 6 meses en participantes con dependencia a opiáceos, especialmente en aquellos quienes se presentan al tratamiento con altos niveles de depresión (Avants, Warbuton y Margolin, 2000 en Hruska et al., 2011).

Otra variable estudiada en población con adicciones es el soporte social; configurando una variable de importancia. El soporte social percibido, está asociado directamente con mejor salud física y mental y usualmente amortigua los impactos dañinos, tanto físicos como mentales, que acompañan condiciones crónicas o situaciones de vida estresantes (Thoits, 1995, Cobb, 1976). Tanto el soporte social percibido como el soporte social recibido pueden tener un efecto amortiguador en el bienestar físico y psicológico.

Por su lado, Pierce, Sarason y Sarason (1996) sostienen que el soporte social tiene un efecto en cómo un individuo afronta eventos estresantes y, particularmente, en cómo los resultados de determinadas formas de afrontar influyen el uso de soporte social en el futuro. Thoits (1995) manifiesta que es necesario investigar los mecanismos intervinientes en la influencia del soporte social percibido y recibido en el escoger estrategias de afrontamiento si se quiere entender cómo el soporte social influye el bienestar psicológico. Finalmente, a pesar de tener datos sobre composición de las redes de población adicta (Davis y Jason, 2005), no se sabe qué fuente de soporte (profesionales, esposos, amigos, compañeros de trabajo) es la más eficaz a la hora de amortiguar el impacto de cierto tipo de estresores (Thoits, 1995).

En el presente estudio, se tomará la conceptualización del soporte social como un recurso individual que puede mediar la percepción y el impacto del estrés en el afrontamiento. Este entendimiento del constructo ha estado presente en diversos estudios empíricos (Calvete y Connor-Smith, 2006) y ofrece diferentes hallazgos. Moos, Brenman, Fondacaro y Moos (1992) encontraron, en una muestra de adultos con problemas de abuso de alcohol, un mayor uso de afrontamiento evitativo y que la

existencia de relaciones sociales estables tendían a incrementar el uso de afrontamiento de aproximación, decreciendo el uso de estrategias de afrontamiento evitativo. Al proveer de una forma de cambiar o moderar la circunstancia estresante, el recurso del soporte social podría proteger al individuo de la necesidad de adoptar estrategias de afrontamiento evitativas. A su vez, el soporte social puede facilitar la recuperación de las adicciones (Warren, Stein y Grella, 2007), en tanto predice un mejor estado de salud mental, moderando el impacto del estrés en los *cravings* (Ames & Roitzsch en Hyman et al., 2009), y promoviendo interpretaciones menos amenazantes de los eventos de vida negativos (Cohen, 2004). De esta forma, el soporte social como moderador del estrés, modifica la evaluación de los eventos estresantes y los efectos que estos puedan traer (Davis y Jason, 2005).

Hyman et al. (2009) investigan una muestra de adictos a opiáceos que reciben tratamiento hospitalario. Señalan que el uso de estrategias de afrontamiento evitativo puede estar implicado en la generación de futuros estresores, agravando la situación (Hammen, 1991 en Hyman et al., 2009; Wills y Hirky, 1996). Asimismo, Hyman et al. (2009) proponen que el soporte social puede proteger del estrés, mientras que el afrontamiento evitativo puede exacerbarlo, así uno sea adicto en tratamiento o perteneciente a un grupo control.

En el Perú, Ferreira (2000) estudia el soporte social, la interacción familiar y su influencia en la conducta adictiva. En su investigación, la autora compara muestras, una de adictos a la PBC y otra de no adictos, encontrando diferencias significativas en los niveles de soporte social entre los adictos y no adictos a dicha droga. También encontró que, en usuarios, existe una relación significativa entre el soporte social y la conducta adictiva, en comparación con el grupo de los no usuarios. Ferreira concluye que el soporte social desempeña un papel de importancia en la adicción a la PBC.

También en nuestro país, Guevara, Hernández y Flores (2001) investigan los estilos de afrontamiento en población adicta en el contexto de una comunidad terapéutica, encontrando que en dicha población las estrategias de afrontamiento centradas en el problema eran las más usadas (planificación, afrontamiento activo, postergación del afrontamiento y acudir a la religión); lo cual no concuerda con la literatura científica sobre afrontamiento en población adicta revisada previamente. Los investigadores proponen que la predominancia del afrontamiento enfocado al problema en su estudio puede deberse a la necesidad de los pacientes de desarrollar otra forma de afrontar los problemas estando internados y sin la posibilidad de

consumir drogas. Además, no encontraron relación entre tiempo de consumo y estilo de afrontamiento; pero si entre tiempo de abstinencia y estilo de afrontamiento. Los adictos con menor tiempo de abstinencia tendían a usar más estrategias como enfocar y liberar emociones y desentendimiento conductual.

Por lo demás, resulta importante tomar en cuenta la fase del tratamiento en la que se encuentra el paciente, pues, como señalan Franken et al. (2001), la evaluación del afrontamiento en la fase de pre desintoxicación se confunde probablemente con factores que acompañan el comienzo del tratamiento, incluyendo la influencia de las sustancias psicoactivas y el síndrome de abstinencia; datos que concuerdan con una investigación dirigida por Husband et al. (1996) en Franken et al. (2001) sobre disforia en cocainómanos, en la cual concluyen que la evaluación de los estilos de afrontamiento debe realizarse después de la fase de desintoxicación. Siguiendo sobre la fase inicial del tratamiento, Laudet, Cleland, Magura, Voge y Knight (2004) señalan que durante las primeras etapas de la recuperación es frecuente que los adictos se encuentren ante la ambivalencia acerca de dejar la sustancia, el estilo y vida social asociadas al consumo. El soporte social suele ser de extrema importancia en este momento, ya que para pasar del estadio de acción a mantenimiento del cambio, es necesario el uso de soporte social de los otros significativos (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992); sin embargo, este puede decrecer en los primeros momentos de la recuperación, mientras la persona deja el consumo y aún no establece una nueva red de soporte que no consuma. De este modo, las estrategias y los recursos de recuperación que pueden minimizar la erosión del soporte social en etapas tempranas de recuperación, pueden mejorar la probabilidad de éxito en el tratamiento (Laudet et al., 2004).

Además, el soporte social puede proteger de la recurrencia del consumo de drogas por lo menos hasta 6 meses después de salir del tratamiento (Laudet, et al., 2004); es un predictor positivo de la continuación del tratamiento y un predictor modesto de la reducción en el uso de alcohol (Dobkin, Civita y Paraherakis, 2002). Por el contrario, la falta de soporte social puede ser uno de los factores influyentes en la recurrencia del consumo después de recibir tratamiento (Garvendia, Alvarado, Montenegro y Pino, 2008); un bajo soporte social está relacionado significativamente con el abandono del tratamiento (Dobkin et al., 2002).

Sin embargo, Wasserman, Stewart y Delucchi (2001) señalan que estos beneficios pueden depender del tipo de soporte experimentado, dado que en su

investigación (con individuos que reciben tratamiento por dependencia a opiáceos y cocaína) encuentran que la asociación entre soporte social y abstinencia (3 meses) estuvo mediada por el tipo de soporte y la droga usada. Los autores sugieren que intervenciones centradas en modificar el soporte social para mantener la abstinencia, pueden ser de utilidad para reducir las altas tasas de trastornos relacionados al uso de cocaína.

Oblitas (2001) investiga características demográficas y psicosociales, dentro de las cuales se incluye el soporte social, en un grupo de mujeres alcohólicas que asisten a reuniones de Alcohólicos Anónimos (A.A.) con el instrumento que se utilizó en la presente investigación y encontró que las participantes cuentan con un promedio de 18 y 12 miembros en su red de soporte social percibido y efectivo, respectivamente. Refiere que las participantes tienen redes amplias de soporte social y que, ante una necesidad mediana del mismo, la satisfacción con la ayuda recibida es relativamente alta. Davis y Jason, (2005) estudiaron la composición de las redes en pacientes que recibían tratamiento residencial por abuso principalmente de cocaína, encontrando que éstas estaban conformadas en un 74 % por amigos y en 26% por familiares. Las redes estuvieron conformadas por un promedio de 6.5 personas, el porcentaje de adictos en la red 4.7%, mientras que el porcentaje de miembros de la red en recuperación fue de 79.4%. Si bien los autores encontraron una correlación alta y directa entre redes de soporte y auto eficacia para la abstinencia y una correlación alta e inversa entre redes de soporte y tiempo de permanencia en la residencia, sugiriendo efectos directos del soporte social sobre la recuperación; esto no excluye la posibilidad de que las redes también tengan funciones amortiguadoras, tal como sugieren Cobb (1976), Cohen y Wills (1985), Thoits (1995) y Cohen (2004). En este sentido, la medición de distintos índices y distintas funciones del soporte social, dará luces sobre los mecanismos de dicho constructo y cómo estos favorecen o no un mayor despliegue de estrategias de afrontamiento.

Otro factor importante a tener en cuenta, para la investigación de las variables de soporte social y afrontamiento en población adicta, es la pertenencia o participación en grupos como (A.A.), Narcóticos Anónimos (N.A.) o agrupaciones similares. La participación en A.A. conlleva a un mejor afrontamiento de la ansiedad, lo cual derivará en una reducción del consumo de alcohol. Humphreys, Mankowski, Moos y Finney (1999) proponen que los resultados de la participación en grupos de ayuda mutua como A.A. pueden ser mediados por los cambios en las redes de amigos. Los autores investigaron en una muestra de varones veteranos en tratamiento hospitalario por

abuso de sustancias, encontrando que la calidad de las redes de amistad, de las redes de confianza, el respeto y la frecuencia del contacto estaban relacionados con mejores resultados en la recuperación. Después de realizar un estudio riguroso de la efectividad de grupos de A.A. y el tratamiento relacionado a los 12 pasos, a partir de numerosos estudios empíricos, uno de los principales hallazgos es que estos grupos ayudan a los individuos a su recuperación, a través de la intensificación de la autoeficacia, estrategias de afrontamiento, motivación y facilitando el cambio a redes de soporte más adaptativas. De esta forma, el soporte social, en forma de grupo de autoayuda, mediaría los resultados del tratamiento y el estar hospitalizado en una comunidad terapéutica, también ayudaría en el involucramiento con redes más sanas de personas que quieren dejar el consumo y en el aprendizaje y adopción de estrategias más adaptativas de afrontamiento. La investigación debe tener en cuenta factores objetivos y subjetivos sobre el soporte social para poder discernir el impacto diferencial de dichos factores en los individuos y su recuperación (Calvete y Connor-Smith, 2006).

Planteamiento del problema

Se ha señalado que la efectividad de los programas de rehabilitación (Tucker, Amico, Wenzel, Golinelli, Elliot y Williamsons, 2005), la reducción del malestar emocional y mejores resultados a largo plazo (Hyman et al., 2009) dependen en gran medida de la inclusión del aprendizaje de estrategias de afrontamiento efectivas y del fortalecimiento de las redes de soporte social.

Como se ha revisado, tanto el soporte social como el afrontamiento, juegan roles importantes en población adicta a sustancias durante la desintoxicación, la adaptación al tratamiento, el tratamiento mismo y en los resultados a corto y largo plazo. La evaluación de ambos constructos, podría ayudar a identificar fortalezas y debilidades que serían de utilidad para la implementación de tratamientos con intervenciones centradas en el estrés, sabiendo y considerando que el soporte social y el afrontamiento pueden ser sujetos a cambios (Hyman et al.; 2009).

La presente investigación tiene como objetivo describir y analizar la posible relación entre afrontamiento y soporte social en un grupo de adictos hospitalizados en una Comunidad Terapéutica (CT) de un hospital psiquiátrico de Lima, asimismo establecer si existen diferencias en las estrategias y estilos de afrontamiento; así como índices y funciones de soporte social según variables que se han encontrado relevantes como reingreso a la CT, tiempo de consumo, tiempo de abstinencia, tipo

de sustancia consumida, comorbilidad psiquiátrica y pertenencia a un grupo de A.A. o N.A. Además, la investigación contará con la ventaja de examinar el soporte percibido, el soporte recibido, la satisfacción con este y su necesidad subjetiva, del mismo modo que se identificarán los estilos y estrategias de afrontamiento. Todo esto, en distintos momentos del proceso de recuperación, dado que se contará con adictos evaluados al mes de su ingreso, y otros en etapas posteriores dentro del mismo internamiento en la CT.



Método

Participantes

En la presente investigación, la muestra estuvo conformada por adictos hospitalizados en una CT de un hospital psiquiátrico de Lima. Se consideraron los siguientes criterios de inclusión: (a) ser paciente hospitalizado en la CT mencionada con diagnóstico de Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos (F10-F19) (CIE-10, 1998), (b) haber permanecido en la CT más de un mes (etapa en la cual culmina la fase de desintoxicación), (c) contar con un máximo de 5 internamientos previos por consumo de sustancias, (d) tener entre 20 y 60 años.

Todos los participantes firmaron previamente el consentimiento informado (ver anexo A).

La muestra estuvo conformada por 46 pacientes hospitalizados en una CT de un hospital psiquiátrico de Lima. Un caso fue descartado, dado que el paciente superaba los 60 años. El promedio de edad fue de 36.09 años, con un mínimo de 20 y un máximo de 60 años. No se efectuaron mayores análisis sobre la variable edad, pues esto no fue parte de los objetivos de investigación.

En la CT los pacientes son ubicados en 4 fases de acuerdo a criterios temporales y al progreso observado. La hospitalización en la CT dura aproximadamente 6 meses. La primera (1) es la fase de desintoxicación y dura por lo menos 30 días. En este periodo los pacientes deben adaptarse a la CT, se les instruye sobre las normas y reciben atención psiquiátrica constante para el monitoreo de la sintomatología que acompaña el síndrome de abstinencia. La segunda fase (2a) dura entre 2 y 3 meses de acuerdo al progreso del paciente; en ella los internos participan en las diversas actividades, talleres y terapias programadas. Algunos pacientes comienzan a participar en éstas desde la primera fase, dependiendo de la gravedad de su síndrome de abstinencia y de las indicaciones de su médico tratante. Los pacientes tienen salidas cada 15 días y visitas en la semana en la que permanecen en la CT. En la siguiente fase (2b) comienzan a asistir a talleres de relajación e inician el desarrollo de un plan de vida con el área de psicología. Las salidas son más flexibles, las visitas son semanales; éstas se acuerdan con el médico tratante, quien los atiende semanalmente. La última fase (3) es pre alta, los pacientes salen la mitad de la semana, pues ya se encuentran adaptándose al lugar donde vivirán al salir de la CT, buscando trabajo o incluso trabajando de ser el caso; otros buscan o se reincorporan a

su centro de estudios. Asisten al taller de relajación y deben culminar un plan de vida. En esta fase la atención médica es semanal o cada 15 días. La atención psicológica y de servicio social no cuenta con un cronograma semanal

Es importante señalar, que cada paciente tiene un apoderado que se hace responsable de asistir a las reuniones para familiares dirigidas por personal de la CT, comprar las medicinas, movilizar al paciente cuando tiene salidas, da información sobre las personas que podrían visitar al paciente para que el médico tratante decida si es aconsejable o no. En las reuniones se dan pautas sobre el tratamiento y sobre el compromiso de la familia con el seguimiento de las indicaciones para lidiar con los pacientes durante el tiempo que están internados. Durante los meses de hospitalización se intenta trabajar con la familia, sin embargo, la participación de cada apoderado y cada familia es heterogénea, dado que no todos se comprometen de la misma forma. Cuando los pacientes son dados de alta, también se trabaja con la familia para que estos últimos asistan a las reuniones de seguimiento. Además, Narcóticos Anónimos (N.A.) asiste semanalmente a dar charlas, a las cuales los pacientes son motivados a asistir.

En la presente investigación el 17.8% de los participantes estuvo en la primera fase de internamiento, 48.9% en 2a, 24.4% y 8.9% en 2b y 3 respectivamente. La media de la edad fue de 36.09 años (DE= 3.04) y un rango entre 20 y 60 años.

La mayoría de los participantes son solteros (60%) seguidos por los casados (20%) y quienes conviven (11.1%). El 44.4% de los entrevistados manifestó no tener hijos, el 17.8% tiene un hijo y el 37.8% tiene de 2 a 5 hijos.

El 24.4% de los entrevistados cuenta con secundaria completa. Mientras que el 17.8% presenta nivel de instrucción técnica completa, 17.8% superior incompleta y 17.8% secundaria incompleta. Por su parte, el 15.6% culminó estudios superiores. Finalmente el 4.4% cuenta con primaria incompleta y el 2.2% con primaria completa.

Sobre el distrito de residencia previo al internamiento, el 13.3% vivía en Miraflores. En menor porcentaje se reportan los distritos de San Miguel (8.9%), Surco (8.9%), Callo (6.7%) y San Juan de Miraflores (6.7%). El 46.7% restante se reparte en los demás distritos de Lima y el 8.9% viene de provincias. El hospital en donde se llevó a cabo la investigación comprende el ámbito de la Dirección de Salud V, conformada por 22 distritos de Lima Metropolitana (MINSA, 2009).

En relación a las personas con quienes vivían los entrevistados antes de internarse, el 33.3% afirma haber vivido con sus padres y hermanos, seguido del 24.4% que vivía solo. El 13.3% vivía con otras personas y el mismo porcentaje se obtuvo para quienes residían con pareja e hijos. El 15.6% restante está repartido entre los que afirmaron haber vivido con otros familiares, con el padre o la madre, o con pareja.

En cuanto a la ocupación previa al internamiento, quienes se encontraban desocupados o eran independientes constituyen 33.3% y 22.2% respectivamente. En menor porcentaje se observan los trabajadores contratados (15.6%) y eventuales (15.6%). En el caso de los trabajadores dependientes, estables e informales estos representan el 4.4% cada uno.

En lo referente a las características de la adicción, la edad media de inicio de consumo de sustancias psicoactivas fue de 16.89 años ($DE=3.04$) y un rango entre los 11 y 30 años.

El 33.3% de la muestra identifica como sustancia problema que motivó su internamiento actual a la cocaína. La PBC ocasionó el 28.9% de internamientos, mientras las modalidades mixtas: PBC con cocaína y PBC con marihuana suscitaron internamientos en un 2.2% y 4.4% respectivamente. El alcohol fue reportado como sustancia motivadora de hospitalización en un 17.8%. Finalmente, la marihuana y el crack motivaron el 11.1% y 2.2% de hospitalizaciones cada una.

El tiempo de consumo tuvo una media de 15.36 ($DE=10.50$) y un rango entre 1 y 42 años.

El 48.9% de los entrevistados ha estado internado previamente en la misma CT. El 17.8% pertenece actualmente a un grupo de autoayuda, mientras que el 46.7% perteneció a un GAM alguna vez en su vida. La edad media en la que inician la participación en estas agrupaciones es de 28.95 años ($DE=9.60$); con un rango entre los 21 y 46 años. El porcentaje de pacientes duales es de 15.7%, con predominancia del trastorno depresivo mayor, un caso de esquizofrenia y otro caso de trastorno límite de la personalidad.

Medición

Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE)

El instrumento fue desarrollado por Carver et al. (1989), está conformado por 52 ítems y consta de 13 escalas diferentes que corresponden a las 13 estrategias de afrontamiento que los mismos autores proponen. Además, estas estrategias de afrontamiento se encuentran distribuidas en tres estilos: (a) afrontamiento enfocado en el problema, (b) afrontamiento enfocado en la emoción, y (c) afrontamiento evitativo u otros estilos de afrontamiento. El afrontamiento enfocado en el problema incluye: afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competentes, postergación y búsqueda de soporte social instrumental. El afrontamiento enfocado en la emoción incluye: búsqueda de soporte social emocional, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, acudir a la religión y negación. Los otros estilos de afrontamiento o afrontamiento evitativo incluyen: desentendimiento cognitivo, desentendimiento conductual y enfocar y liberar emociones. El COPE está conformado por 52 ítems que cuentan con una escala tipo Likert con una puntuación del 1 al 4. El puntaje 1 equivale a “casi nunca hago esto”, el puntaje 2 “a veces hago esto”, el puntaje 3 “usualmente hago esto” y el puntaje 4 “hago esto con mucha frecuencia”. Sumando los puntajes de los ítems de cada escala se obtienen 13 puntajes, que definen el perfil de afrontamiento, estableciendo una jerarquía de los estilos y las estrategias de afrontamiento más usados. Asimismo, existen dos formatos del COPE en los que se evalúa el afrontamiento disposicional y el afrontamiento situacional. En la presente investigación se utilizó el primero de los dos.

El COPE cuenta con validez de constructo. Esta se obtuvo a través del análisis factorial de las respuestas que fueron obtenidas de un total de 978 estudiantes de la Universidad de Miami. El análisis arrojó 12 factores con eigenvalues de valores mayores a 1.0, de los cuales 11 fueron fácilmente interpretables. El restante, que no llegó a una carga factorial superior a 0.3, fue excluido del resultado final. La composición de aquellos 11 factores concordó con la asignación de los ítems a las escalas, a excepción de los ítems de las escalas *Búsqueda de soporte social*, *Afrontamiento activo* y de *Planificación*, que aparecieron juntos en un mismo factor; sin embargo, se consideró adecuado mantenerlos como factores independientes de acuerdo a los criterios del modelo teórico (Carver et. al, 1989).

La confiabilidad se obtuvo a través del coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach, el cual fue analizado para cada escala. Los valores arrojados fueron altos, oscilando entre 0.60 y 0.92, a excepción de la escala de desentendimiento cognitivo que alcanzó el valor de 0.45. La confiabilidad test-retest tuvo un rango de .42 a .89 para seis semanas y de .46 a .86 para ocho semanas (Carver et al., 1989).

En el Perú, Casuso (1996) realizó la adaptación del instrumento en su versión disposicional, aplicándolo a 817 estudiantes de una universidad privada de Lima y otra pública. Se calculó el coeficiente del alfa de Cronbach para cada escala, obteniendo valores que fluctuaron entre 0.40 y 0.86, los cuales fueron inferiores a los valores obtenidos por los autores originales en 1989. La validez se obtuvo mediante el análisis factorial. La estructura factorial encontrada no coincidió con la obtenida originalmente por los autores, por lo cual la autora realizó una redistribución de los ítems, dando lugar al inventario COPE *reorganizado*.

Investigaciones posteriores usaron la adaptación lingüística de Casuso (1996), más no la combinación factorial. Estas investigaciones confirmaron que la prueba funciona adecuadamente en nuestro medio. El instrumento adaptado ha sido utilizado principalmente en estudiantes universitarios: Chau (1999), con una muestra de 440 participantes, obtuvo valores de alfa de Cronbach que oscilaron entre .61 y .89, a excepción de desentendimiento cognitivo (.44); posteriormente, en una muestra de 1162 estudiantes universitarios obtuvo valores que oscilaron entre .50 y .90 (Chau, 2004). Gastelumendi (2010) y Torrejón (2011) obtuvieron valores que oscilaron entre .54 y .91. En población clínica, Paredes (2003), obtuvo coeficientes de consistencia interna alfa de Cronbach satisfactorios, salvo para las escalas de estrategias de supresión de actividades competentes (.30), de postergación del afrontamiento (.21) y de desentendimiento cognitivo (.20) en una muestra de 40 pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Por su parte, Romero (2009), que trabajó con 30 pacientes con bulimia nerviosa y un grupo contraste, obtuvo coeficientes de alfa de Cronbach para cada escala que fluctuaron entre .61 y .91, a excepción de postergación del afrontamiento (.35) y desentendimiento cognitivo (.37), lo cual corresponde a lo hallado por Paredes (2003) y Chau (2004), quienes señalan que esta última escala debe interpretarse con cuidado.

Al realizar el análisis de consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach en la presente investigación, se obtuvieron valores relativamente altos para los estilos de afrontamiento enfocados al problema y a la emoción (.89) y (.88) respectivamente.

Para los otros estilos o, afrontamiento evitativo, el valor del alfa de Cronbach fue de .64. Se encontraron valores altos para acudir a la religión (.90), para búsqueda de soporte social emocional (.77), para búsqueda de soporte social instrumental (.77). Las demás estrategias obtuvieron coeficientes entre .58 y .75, a excepción de las estrategias de desentendimiento conductual (.41) y desentendimiento cognitivo (.37).

Inventario encuesta de soporte social de Arizona (IESSA)

El Inventario de Entrevista de Soporte Social de Arizona (IESSA) consta de 32 ítems de auto-reporte y fue construido por Barrera (1981) con el fin de medir los índices de las redes de soporte así como la satisfacción y la necesidad subjetiva de los mismos. Rojas (1991) señala que, a diferencia de otras medidas de soporte social en las que se solicita identificar a aquellas personas significativas dentro de la red social, este instrumento requiere identificar a aquellas personas que claramente sirvan como soporte. Además, la investigación de Barrera sugiere que las fuentes de soporte también puede resultar siendo fuentes de tensión. Es por esto que el instrumento también busca identificar a aquellas personas que, aún perteneciendo a la red de soporte social, son fuentes de conflicto interpersonal.

El inventario reconoce 7 funciones del soporte social: interacción íntima, ayuda material, consejo e información, retroalimentación positiva, asistencia física, participación social e interacción negativa. Además, el IESSA cuenta con 4 índices en relación a cada función del soporte social

- 1) Tamaño de las redes percibidas: número de personas que se perciben como integrantes de la red de soporte
- 2) Tamaño de las redes efectivas: número de personas que efectivamente ayudan y brindan soporte
- 3) Satisfacción del soporte social recibido: que cuenta con una escala de Likert de 5 opciones que va desde insatisfecho hasta muy satisfecho.
- 4) Necesidad del soporte social: que cuenta con una escala de Likert de 5 opciones que va desde ninguna necesidad hasta mucha necesidad.

La validez de contenido se obtuvo a través del análisis lógico del constructo. La construcción del Inventario se efectuó en base a una profunda revisión bibliográfica y al análisis conceptual a partir de los cuales se identificaron 7 categorías descritas

anteriormente por diferentes estudiosos e investigadores del soporte social (Barrera, 1986).

La confiabilidad del instrumento fue estudiada por los autores en una muestra conformada por 45 universitarios de EE.UU. con una edad promedio entre los 19 y 20 años. El coeficiente de confiabilidad se obtuvo con el método del test-retest para cada función de soporte. Para el soporte social percibido ($r=0.88$; $p \leq 0.001$) y para el soporte social recibido ($r=0.88$; $p \leq 0.001$). Además se realizaron estudios de confiabilidad por consistencia interna a través del método del alfa de Cronbach obteniendo valores de 0.78 y 0.74; lo cual confirma nuevamente la confiabilidad del instrumento (Barrera, 1981).

La prueba fue adaptada en nuestro medio por Rojas en 1991. No fue necesario traducir el inventario dado que existía una versión en español que fue aplicada a una población de hispanohablantes en los EE.UU. El trabajo de Rojas (1991) consistió en adaptar la prueba al español de Perú, para lo cual realizó un estudio piloto con 15 adolescentes y sometió el instrumento a la opinión de 9 jueces. Se efectuaron variaciones en la redacción de los ítems para un mejor ajuste a las modalidades lingüísticas de nuestro país. La confiabilidad de la versión adaptada se realizó a través de estudios de consistencia interna en donde se obtuvo alfa de Cronbach 0.52 para soporte social percibido y 0.72 para el efectivo. En investigaciones posteriores a la de Rojas (1991) se utiliza su versión adaptada.

El IESSA ha sido usado en Lima en adolescentes gestantes, en personas adultas que viven con VIH, en mujeres alcohólicas, en pacientes adultas con cáncer de mama, en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica y en adultos mayores. (Becerra, 1993; Chávez-Ferrer, 1995; Fasce, 1999; Oblitas, 2001; Paredes, 2003; Paredes, 2005; Del Risco, 2007; Rivas, 2008). Los estudios de consistencia interna, efectuados a través del coeficiente alfa de Cronbach, obtuvieron valores relativamente altos. Fasce (1999) obtuvo valores de .84 para el tamaño de la red percibida y .86 para el tamaño de la red efectiva. Rivas (2008) encuentra valores un poco más bajos .69 y .65 respectivamente. Paredes realiza el análisis para cada índice del soporte, encontrando los siguientes valores: soporte social percibido (.64), satisfacción (.72), necesidad (.62) y un valor relativamente bajo para soporte social efectivo (.41).

En la presente investigación se obtuvieron valores bajos del coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach, (.50) para la red percibida y (.53) para la red efectiva.

Procedimiento

Se requirió una carta de presentación de la especialidad de Psicología de la Facultad de Letras y Ciencias Humanas de la Pontificia Universidad Católica del Perú, para solicitar el permiso del Director General del hospital psiquiátrico donde se realizó el estudio. Dado que la investigadora fue interna de psicología en el departamento de adicciones de dicha institución, se contó con la disponibilidad de un espacio apropiado para citar a cada paciente que cumpla con los criterios de inclusión. Los participantes fueron informados de la investigación y se les solicitó su colaboración y la firma del consentimiento informado. Luego, se aplicaron las pruebas COPE, IESSA y la ficha de datos (ver *Anexo B*).

Con los datos recogidos, se procedió al análisis estadístico en el paquete SPSS. De acuerdo con los objetivos planteados, se corrieron estadísticos descriptivos (media, distribución de frecuencias, porcentajes) para describir la información obtenida en la ficha de datos. Se encontró que los resultados de las pruebas contaban con una distribución anormal según la prueba Shapiro-Wilk. (Ver *Anexo C*). Los resultados del COPE y el IESSA fueron analizados con el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach, la media, la desviación estándar y la distribución de frecuencias y porcentajes. Para identificar la posible relación entre los resultados de ambas pruebas se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. Finalmente, se ejecutaron análisis de comparación de medias con el estadístico U de Man-Whitney.

Resultados

Se presentarán los resultados obtenidos en el siguiente orden: en primer lugar los hallazgos para estilos y estrategias de afrontamiento, así como de estos según variables pertinentes. Luego se presentarán los hallazgos para índices y funciones de soporte social y estos según variables de relevancia. En segundo lugar, se mostrarán las correlaciones halladas entre estilos y estrategias de afrontamiento; e índices y funciones de soporte social. Finalmente se expondrán las diferencias significativas de acuerdo a estado civil, reingreso a la CT y comorbilidad psiquiátrica.

En lo concerniente a afrontamiento, se encontró que el estilo más usado fue el enfocado a la emoción, seguido del enfocado al problema y finalmente el afrontamiento evitativo.

Tabla 1

Descripción de los estilos de afrontamiento

	M	DE
Afrontamiento enfocado en el problema	48.04	11.16
Afrontamiento enfocado en la emoción	48.62	9.86
Afrontamiento evitativo/ Otros estilos	25.02	5.32

N=45

En cuanto a las estrategias de mayor uso, los participantes identificaron *reinterpretación positiva y crecimiento, acudir a la religión, búsqueda de soporte social instrumental y búsqueda de soporte social emocional*. La estrategia menos usada fue *negación*.

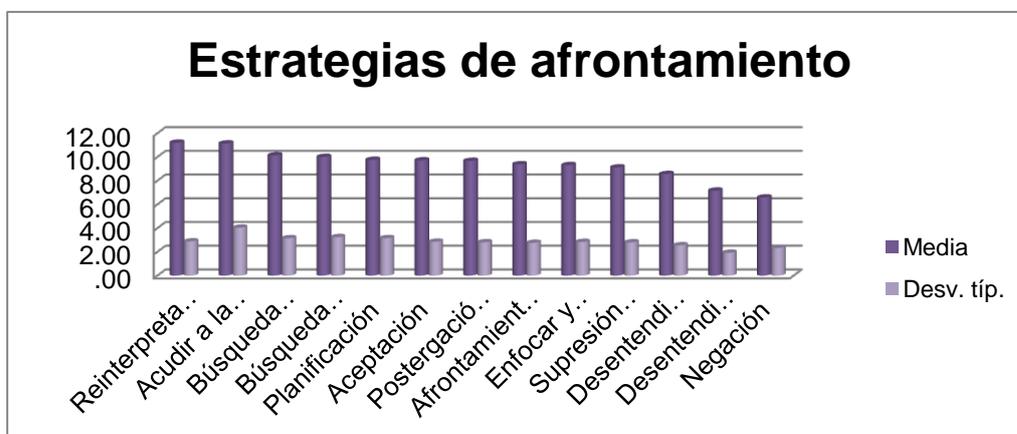


Gráfico 1: Descripción de las estrategias de afrontamiento

Según la variable fase de internamiento, se observa que quienes se encuentran en la primera fase hacen un mayor uso de la *búsqueda de soporte social instrumental* y de *acudir a la religión*. Para las siguientes fases se reportó un uso más frecuente de *reinterpretación positiva y crecimiento*, seguida de *acudir a la religión* (Ver Anexo D). Al realizarse el análisis de las estrategias de mayor uso según la sustancia que motiva la hospitalización, se observó que quienes ingresan a la CT por alcohol, cocaína y PBC hacen un mayor empleo de las estrategias *reinterpretación positiva y crecimiento*. Los pacientes que señalaron a la marihuana como su sustancia problemática usaron más la estrategia *aceptación*. No se incluyó la opción *Otras sustancias* dado que contaba solo con un participante (Ver Anexo D).

En relación a la variable soporte social, los participantes estimaron una red percibida mayor a la red efectiva. Además, se observó que los sujetos presentaron mayores niveles de satisfacción que de necesidad de soporte social.

Tabla 2

Descripción de los índices del Soporte social

	<i>M</i>	<i>DE</i>	Min	Max
Tamaño de red percibida	11.13	4.96	3	23
Tamaño de red efectiva	9.40	4.76	1	21
Satisfacción con el soporte	25.60	3.19	16	30
Necesidad de soporte	22.89	4.39	8	30

N=45

Las redes, tanto percibidas como efectivas con un mayor número de miembros, fueron las de *información positiva y participación social*; las redes con menos miembros fueron las de *asistencia e interacción negativa*. Los participantes reportaron encontrarse más satisfechos con la ayuda material, seguida de la participación social. La función *ayuda material* se percibió como la más necesitada y la de *información positiva* como la menos necesitada (Ver Tabla 3).

Tabla 3

Descripción de los índices de soporte social según funciones

Funciones	Tamaño de red				Satisfacción		Necesidad	
	Percibida		Efectiva		<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>				
Interacción Intima	2.64	1.82	1.89	1.96	4.12	1.16	3.67	1.09
Ayuda material	2.36	2.08	2.18	1.63	4.49	0.76	4.11	1.05
Consejo e información	2.36	1.68	1.53	1.5	4.5	0.66	3.84	1.04
Retroinformación positiva	5.67	4.2	5.27	3.93	4.22	1.28	3.51	1.34
Asistencia	1.4	0.99	1.09	1.02	4.2	1.53	3.87	1.27
Participación social	4.16	3.13	3.31	3	4.56	1.01	3.89	1.28
Interacción negativa	1.91	1.87	0.91	0.92	-	-	-	-

N=45

En cuanto a los índices de soporte social según fase de internamiento a nivel descriptivo, las redes percibidas y efectivas, la satisfacción y la necesidad de soporte social fueron reportadas mayores para las fases 2a y 2b. De acuerdo al estado civil de los participantes, se obtuvo que los casados cuentan con mayores redes percibidas y efectivas, los solteros presentan la mayor necesidad y los convivientes la mayor satisfacción con el soporte social (Ver Anexo D). Se agrupó a quienes tenían pareja, es decir casados y convivientes, y a quienes no tenían pareja, es decir solteros y divorciados, con el fin de comparar las medias de estos dos grupos; estos resultados se presentaran posteriormente en ese acápite.

Al correlacionar las estrategias de afrontamiento con los índices del soporte social, se identificó una correlación significativa y moderada según el criterio de Cohen (1988). Se observó que a mayor uso de la estrategia *acudir a la religión*, la red efectiva se reportó más numerosa (Ver Anexo E). No se encontró ninguna correlación significativa entre los estilos de afrontamiento y los índices de soporte social. Es necesario mencionar que todas las correlaciones encontradas fueron medianas según el criterio de Cohen (1988).

Se encontró 3 correlaciones significativas entre las estrategias de afrontamiento y las funciones según tamaño de la red percibida. De esta forma, cuando el tamaño de la red de asistencia fue mayor, los participantes tendieron a hacer un menor uso de *supresión de actividades competentes*. Asimismo, a mayor tamaño de la red de participación social, se reportó un uso menos frecuente de *postergación del afrontamiento*. De la misma forma, ante una menor red de *interacción negativa*, más se utilizó la estrategia *acudir a la religión* (Ver Tabla 4).

En cuanto a las correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y las funciones según su efectividad, se encontró que a mayor tamaño de la red *interacción íntima*, mayor fue el uso de la estrategia *búsqueda de soporte social emocional*. Adicionalmente, el tamaño de la red *información positiva* correlacionó positivamente con la estrategia *planificación*. Además, mientras más se utilizó la estrategia *enfocar y liberar emociones*, mayor fue la red *interacción negativa* (Ver Tabla 4).

Tabla 4

Correlación entre estrategias de afrontamiento y funciones del soporte social

Según red percibida					
Estrategias	Función	Asistencia	Participación social	Interacción negativa	
	Supresión de actividades		.03	-.3*	-.11
Postergación del afrontamiento		-.32*	-.08	-.07	
Acudir a la religión		.08	0.14	-.31*	

Según red efectiva					
Estrategia	Función	Interacción íntima	Consejo e información	Información positiva	Interacción negativa
	Planificación		-.09	-.02	.3*
Búsqueda de soporte social emocional		.43**	-.12	.04	-.11
Aceptación		-.21	-.3*	-.07	-.11
Enfocar y liberar emociones		.09	-.02	-.23	.38*

*p<.05

**p<.005

Se obtuvieron cuatro correlaciones significativas entre las estrategias y las funciones según la satisfacción con el soporte social. El uso de *búsqueda de soporte social emocional* se relacionó con la satisfacción con las redes de información positiva y asistencia. Del mismo modo, a mayor satisfacción con la red de interacción íntima, se hizo menos uso de la estrategia *desentendimiento cognitivo*.

De acuerdo a las correlaciones halladas entre las estrategias de afrontamiento y las funciones según la necesidad de soporte social, cuanto mayor fue la necesidad de información positiva, mayor fue el uso de las estrategias de *búsqueda de soporte social emocional e instrumental*. Además, cuando la red de asistencia fue más necesitada, menor fue el empleo de *supresión de actividades competentes*. Finalmente, ante una mayor necesidad de la red de participación social, se utilizó en mayor proporción la estrategia *búsqueda de soporte social instrumental* (Ver Tabla 5).

Tabla 5

Correlación entre estrategias de afrontamiento y funciones del soporte social

Función		Según satisfacción		
		Interacción íntima	Información positiva	Asistencia
Estrategia				
Búsqueda de soporte social emocional		-.01	.18*	.38*
Planificación		.09	.33*	-.09
Desentendimiento cognitivo		-.34*	.09	.12

Función		Según necesidad		
		Información positiva	Asistencia	Participación social
Estrategia				
Supresión de actividades competentes		.19	-.3*	.02
Búsqueda de soporte social instrumental		.36*	-0.1	.37*
Búsqueda de soporte social emocional		.31*	.05	.23

*p<.05 bilateral

Se hallaron diferencias significativas en afrontamiento y soporte social de acuerdo a la tenencia de pareja; quienes reportaron estar involucrados en una relación sentimental usaron más *afrontamiento enfocado al problema* y estrategias de este estilo como *afrontamiento activo*, *planificación*, *supresión de actividades competentes*, *postergación del afrontamiento* y la estrategia *reinterpretación positiva*, perteneciente al estilo enfocado a la emoción, en comparación con quienes no estuvieron involucrados en una relación.

Tabla 6

Diferencias entre estilos y estrategias de afrontamiento según estado civil

	Estado civil				
	Sin pareja (n=31)		Con pareja (n=14)		U
	M	DE	M	DE	
Afrontamiento enfocado al problema	44.74	10.37	55.36	14	96.5*
Afrontamiento activo	8.55	2.62	11.21	2.15	100*
Planificación	8.77	2.77	11.93	2.92	94*
Supresión de actividades competentes	8.45	2.45	10.57	2.71	119*
Postergación del afrontamiento	9	2.45	11.14	3.06	126*
Reinterpretación positiva	10.42	2.81	12.93	2.27	99.5*

*p<0.05

En la Tabla 7 se observa que quienes señalaron contar con una pareja reportaron una mayor satisfacción total con el soporte social, con la red *información positiva*, así como redes percibida y efectiva más amplias para esta última función.

Tabla 7

Diferencias entre índices y funciones de soporte social según estado civil

	Estado civil				
	Sin pareja (n=31)		Con pareja (n=14)		U
	M	DE	M	DE	
Satisfacción total	24.71	3.06	55.36	9.49	99.5*
Red percibida de información positiva	4.68	3.75	7.86	4.45	124.5*
Red efectiva de información positiva	4.1	3.05	7.86	4.52	111.5*
Satisfacción con la red de información positiva	3.9	1.42	4.93	0.27	109.5*

*p<0.05

Por su parte, los pacientes de reingreso a la CT utilizaron más el estilo *afrentamiento enfocado al problema*, y las estrategias *afrentamiento activo*, *planificación* y *postergación del afrontamiento* frente a los pacientes que ingresan por primera vez. Los pacientes con comorbilidad psiquiátrica reportaron hacer un menor uso de *afrentamiento enfocado a la emoción*, *búsqueda de soporte social emocional* y *acudir a la religión*, en relación a quienes no presentan comorbilidad (Ver Tabla 8).

Tabla 8

Estilos y estrategias de afrontamiento de acuerdo a reingreso a la CT y comorbilidad

	Reingreso				Comorbilidad psiquiátrica				U
	Si (n=22)		No (n=23)		Si (n=7)		No (n=38)		
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	
Afrontamiento enfocado a la emoción	-	-	-	-	40	11.12	50.21	8.88	60*
Afrontamiento enfocado al problema	51.55	9.45	44.7	11.83	-	-	-	-	159*
Afrontamiento activo	10.36	2.28	8.43	2.89	-	-	-	-	139*
Planificación	10.68	2.78	8.43	2.88	-	-	-	-	158*
Postergación del afrontamiento	10.55	2.49	8.83	2.89	-	-	-	-	160.5*
Búsqueda de ss. emocional	-	-	-	-	7.29	3.5	10.5	2.98	51*
Reinterpretación positiva y crecimiento	-	-	-	-	8.86	3.58	11.63	2.57	70*
Acudir a la religión	-	-	-	-	8	4	11.71	3.81	63*

*p<0.05

Además, se observó que los pacientes sin comorbilidad psiquiátrica reportaron una mayor satisfacción con el soporte social y una menor necesidad de participación social que quienes no presentan comorbilidad. Por su parte, los pacientes que son hospitalizados por primera vez en la CT reportan una menor necesidad de asistencia (Ver *Tabla 9*).

Tabla 9

Diferencias entre índices y funciones de soporte social según reingreso y comorbilidad psiquiátrica

	Reingreso				Comorbilidad psiquiátrica				U
	Si		No		Si		No		
	(n=22)		(n=23)		(n=7)		(n=38)		
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	
Satisfacción total	-	-	-	-	22.57	3.31	26.16	2.87	56*
Necesidad de Asistencia	3.45	1.34	4.26	1.1	-	-	-	-	154.5*
Necesidad de Participación social	-	-	-	-	2.86	1.57	4.08	1.14	69.5*

* $p < 0.05$

Con el fin de comparar medias, se agrupó a los consumidores de drogas legales *versus* ilegales; a quienes tenían una ocupación antes de internarse *versus* los desocupados; quienes vivían solos *versus* quienes vivían con familia, pareja o amigos; quienes pertenecían actualmente a un GAM y quienes no; y finalmente quienes habían pertenecido a un GAM alguna vez en la vida y quienes no. No se encontraron datos estadísticamente significativos para estrategias y estilos de afrontamiento, ni para índices y funciones de soporte social según los grupos antes mencionados. Cabe mencionar que se agrupó de forma dicotómica por el tamaño pequeño de la muestra.



Discusión

En este capítulo se procederá a describir los resultados y comentarlos según la teoría y la literatura científica. Se comenzará con el objetivo principal de la investigación, esto es la relación entre soporte social y afrontamiento. Luego, se comentarán los resultados para afrontamiento y soporte social por separado; y finalmente se discutirán las diferencias significativas encontradas según estado civil, reingreso y comorbilidad psiquiátrica.

En la presente investigación no se encontró una predominancia de afrontamiento evitativo, contrario a los hallazgos de investigaciones previas que lo vinculan al consumo y dependencia de sustancias (Holohan et al, 2005; Lavobie et al, 1990). Esto puede deberse al afecto que el tratamiento residencial ejerce sobre los pacientes, a pesar de que no se haya trabajado en estrategias de afrontamiento (Franken et al, 2001); valdría mencionar que los pacientes entrevistados contaban por lo menos con un mes de internamiento, periodo durante el cual han debido adaptarse a la modalidad de comunidad terapéutica con la que trabaja el Hospital en el que tuvo lugar la investigación. De manera que al mes, la hospitalización en la CT podría haber modificado en cierta forma el estilo de afrontamiento de los pacientes que ingresan por primera vez y haber reforzado lo aprendido en sus anteriores ingresos a los reincidentes. Además, se debe tener en cuenta que el instrumento empleado para la medición de esta variable fue auto administrado y de auto reporte, lo cual podría implicar una falta de objetividad al momento de la autoevaluación por parte de personas que cuentan con una escasa capacidad de insight (Monras, Mondon y Jou, 2010) y podrían arrojar diferencias entre el afrontamiento reportado y el cómo uno realmente se sitúa ante los problemas (Hyman et al., 2009).

Si bien no se halló un mayor uso del estilo de afrontamiento evitativo, se encontró relación entre el soporte social y estrategias de este estilo; un hallazgo que llamó la atención fue la relación directa entre la estrategia *enfocar y liberar emociones* y la red efectiva de *interacción negativa*, lo cual implicaría que quienes usan la descarga emocional, pelean con un mayor número de personas. Además, la estrategia *desentendimiento cognitivo* tuvo una relación inversa con la satisfacción a partir de la red de *interacción íntima*, es decir que quienes se desentienden cognitivamente, reportaron estar menos satisfechos con las conversaciones sobre sus asuntos personales. Esto concuerda con lo propuesto por Holahan et al. (2005), quienes señalan que el desentendimiento cognitivo puede permitir que estresores menores

crezcan; así como el ventilar las emociones podría promover la aparición de nuevos estresores; por ejemplo, cuando tiene lugar la descarga emocional y agrava los lazos familiares o laborales dificultando la posibilidad de recurrir a redes de soporte en el futuro. Estos resultados también coinciden con DeLongis y Holtzman (2005) quienes sugieren que la satisfacción con el soporte social juega un rol en la determinación del uso de estrategias de afrontamiento. De esta forma, se abren las preguntas ¿Quiénes escogen estrategias enfocadas al problema tienen un mayor soporte social porque sus estrategias han funcionado en el desarrollo de una amplia de red de soporte? Y ¿los individuos que recurren al desentendimiento, evitación y negación tienen un menor soporte social percibido dado que su estilo de afrontamiento ha obstaculizado su capacidad para desarrollar un buen apoyo? (Brissette, Sheier y Carver, 2002 en Calvette y Connor-Smith, 2006). Estas preguntas podrían ser respondidas con una investigación longitudinal que recoja información sobre las redes de soporte social y sus integrantes; cuestión que no ha sido tomada en cuenta en la presente investigación ya que escapaba a los objetivos de la misma.

Al correlacionar las estrategias de afrontamiento y los índices de soporte social, se observó que quienes hicieron un mayor uso de *acudir a la religión* contaron con una red efectiva total más amplia. Además, esta estrategia correlacionó negativamente con la red percibida de *interacción negativa*. De esta forma, quienes rezan, encuentran consuelo en su religión, y ponen su confianza en Dios, cuentan con un mayor número de personas en su red de soporte y discuten con menos individuos. La literatura científica sugiere que existe una relación inversa entre religiosidad y uso de sustancias; sin embargo, el grado de esta relación es afectado significativamente por los métodos usados para medir ambos constructos, así como las características de las muestras estudiadas (Shields, Broome, Delany, Fletcher y Flynn, 2007). Sin embargo, no podemos determinar si quienes son religiosos tienen una red mayor dado que se involucran en actividades religiosas como grupos de lectura de la biblia o tienen una mayor apertura social. Tampoco podemos hacer afirmaciones en torno a la asociación negativa entre *acudir a la religión* y la red de conflicto. Lo que sí se podría hipotetizar es que, en nuestro grupo de investigación, la religiosidad puede favorecer la conservación y recuperación de vínculos sociales y familiares, lo cual se vería reflejado en una red efectiva más amplia.

En lo concerniente a la relación entre adicción y religión, Flynn, Joe, Broome, Simpson y Brown (2003) observaron que la religión y espiritualidad tuvieron influencia en la abstinencia a 5 años en una investigación con dependientes a la cocaína de

diversos programas de tratamiento en Estados Unidos. No obstante, debe tenerse en cuenta que los mecanismos involucrados en la relación abuso de sustancias- religión aún son desconocidos y es necesaria mayor investigación para realizar inferencias causales al respecto (Miller, 1998 en Shields et al. 2007; Borrás et al., 2010).

En la presente investigación, se observó relaciones negativas entre estrategias enfocadas al problema (*supresión de actividades competentes* y *postergación del afrontamiento*) con las redes percibidas de *participación social* y *asistencia* respectivamente. La primera relación sugiere que al dejar de lado otras actividades para poder concentrarse únicamente en el problema (supresión de actividades competentes) disminuye la posibilidad de socializar y divertirse con otros, en medida que es una actividad que sería usualmente dejada de lado para hacer frente a una situación difícil. Para discutir la segunda relación, debe tomarse en cuenta que la red para la función de asistencia fue reportada en promedio menor que las demás. Al parecer no todos los participantes cuentan con una amplia red de personas que los ayude en actividades domésticas (por ejemplo: acompañar al doctor, a hacer compras). Tal vez quienes no buscan actuar en el momento apropiado y actúan de forma impulsiva, perciben que su red de asistencia es menor; posiblemente estos participantes hayan dañado sus redes al actuar de forma impulsiva de forma que perciben un mínimo de personas dispuestas a ayudarlos.

Además, se encontró una relación positiva entre el uso de *planificación* y la red percibida de información positiva, entre el uso de *planificación* y la satisfacción con la red de información positiva; y entre el uso de la estrategia *búsqueda de soporte social emocional* y la satisfacción con la red de asistencia. Estos resultados coinciden con diversos autores quienes señalan que el soporte social funciona como recurso individual, con la posibilidad de mediar la percepción y el impacto del estrés en el afrontamiento y promoviendo interpretaciones menos amenazantes de los eventos de vida negativos (Thoits, 1995; Moos, Brenman, Fondacaro y Moos, 1992; Moos, 2007; Cohen, 2004). El soporte social a través de personas que dan retroinformación positiva y la satisfacción con esta red, estaría favoreciendo el uso de estrategias adaptativas, enfocadas al problema como la planificación. De manera similar, la satisfacción con la red de asistencia fomentaría la búsqueda de soporte social emocional.

En la misma línea, se observó una relación positiva entre *búsqueda de soporte social emocional* y la red de *interacción íntima* percibida. Para esta asociación, volvemos a la cuestión de la direccionalidad, dado que factores como la personalidad y

el efecto del tratamiento no han sido controlados. Resulta lógico que quienes más buscan compartir sus emociones con alguien, cuenten con una mayor red de personas con quienes compartirlas; sin embargo, la relación no queda del todo clara. Thoits (1995) señala que la medida más simple y más poderosa del soporte social parece ser si la persona cuenta o no con una relación íntima y confidente; Cohen y Wills (1985) refieren que tener un confidente reduce significativamente los efectos de las experiencias estresantes en resultados físicos y psicológicos. En vista de la importancia de esta función del soporte social, sería preciso prestar atención a esta relación entre búsqueda de soporte social emocional y la tenencia de un confidente alrededor de las siguientes preguntas: (1) ¿la búsqueda de soporte social emocional fue fomentada por la abstinencia y el tratamiento o fue un recurso con el que los pacientes llegaron a la CT?, (2) ¿Es a partir del tratamiento, en el cual se fomenta la expresión de los sentimientos, que los participantes logran compartir sus emociones?, (3) ¿la red de interacción íntima creció a partir del ingreso al hospital, con la aparición del personal (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, técnicos) y compañeros de internamiento o a través de la recuperación de lazos familiares? Resultaría recomendable evaluar el soporte social al ingreso y a los 6 meses, mas no el afrontamiento, dado que la evaluación de este constructo no es recomendada antes de la fase de desintoxicación en medida que puede confundirse con el síndrome de abstinencia y la aparición de sintomatología psiquiátrica asociada a la abstinencia (Francken et al., 2001).

Por su parte, la estrategia *aceptación* incluye ítems como *aprendo a vivir con mis problemas o acepto mis problemas y el hecho de que no puedo cambiarlos*. De acuerdo a los hallazgos de esta investigación, a mayor uso de esta estrategia; los participantes contaron con una red menor de personas a quienes piden consejos. Es posible que una actitud aparentemente pasiva ante los problemas, no requiera de mayores consejos, en medida que no se puede hacer mucho por cambiar la situación.

En cuanto a la relación entre afrontamiento y necesidad de soporte social se encontraron 4 correlaciones medianas. Ante un mayor uso de *supresión de actividades competentes*, se reportó una menor necesidad de la red de asistencia. Esta estrategia incluye ítems como: *me dedico solamente a mis problemas y dejo de lado todo lo demás, no me dejo distraer por otros pensamientos o actividades, trato de evitar que otras cosas interfieran en mis esfuerzos por resolver mis problemas*. Aparentemente, ante un afrontamiento enfocado al problema, los participantes percibieron como menos necesaria la ayuda para actividades cotidianas. Esto puede tener relación con el hecho de encontrarse internados; y con la dificultad de los participantes para imaginarse en

situaciones en las que necesitan ayuda para tareas cotidianas o domésticas, lo cual puede corresponder a una cuestión de roles de género como al poco involucramiento que los adictos suelen tener en este tipo de tareas (MIMDES, 2010).

En lo concerniente a *búsqueda de soporte social instrumental*, esta estrategia presentó una relación positiva con la necesidad de *información positiva* y de *participación social*. Por su parte, *búsqueda de soporte social emocional* tuvo relación con la necesidad de información positiva. Es decir, quienes buscan personas que puedan hacer algo concreto por ayudarles, presentan una mayor necesidad de personas que les den *feedback* positivo sobre su situación actual y de personas con quienes divertirse. Análogamente, quienes buscan individuos con quien conversar y que empaticen con su situación, necesitan en mayor medida de personas que aprueben lo que se encuentran haciendo. Estas asociaciones podrían explicarse por el hecho de que el instrumento empleado para medir afrontamiento incluye estrategias de búsqueda de soporte social, lo que favorece que ambas variables se relacionen de la forma señalada en este párrafo.

Afrontamiento

Además de las relaciones halladas entre afrontamiento y soporte social, se describirá y comentará a la luz de la teoría los resultados para cada variable.

No se encontró predominancia de un estilo de afrontamiento particular. Por su parte, el estilo evitativo fue reportado como el menos usado.

En cuanto a las estrategias de mayor uso se identificó *reinterpretación positiva* y *crecimiento*, *acudir a la religión*, *búsqueda de soporte social emocional* y *búsqueda de soporte social instrumental* como las más usadas. Por su parte, la estrategia *negación* fue la menos usada. La reinterpretación positiva es fomentada en los pacientes desde que están en una comunidad terapéutica y deben intentar beneficiarse de ella. Frecuentemente se les menciona que no vean el tiempo de internamiento como una pérdida respecto a su potencial laboral; sino como un tiempo para ellos mismos, para recuperarse y poder estar mejor posteriormente. Podría afirmarse que este conjunto de estrategias son fomentadas por el mismo hecho de recibir este tipo de tratamiento bajo la modalidad de CT. Los resultados de la investigación sobre afrontamiento en abusadores de sustancias llevada a cabo por Francken et al., (2001) sugieren que los estilos de afrontamiento cambian durante el tratamiento; en primer lugar, en la etapa de desintoxicación, se varía hacia un estilo

más adaptativo, incluso sin que la intervención se encuentre dirigida al afrontamiento. Al inicio, en su investigación, se reportó un mayor uso de *evitación*, *distracción* y *pasividad*; a los 3 meses cambió hacia *confrontar y resolver problemas*, *búsqueda de soporte social*, *expresión de emociones* y *auto estimulación* (Francken et al., 2001). Adicionalmente, se ha entendido el consumo de alcohol y drogas como un intento por enfrentar o manejar la experiencia subjetiva de estados afectivos (Khantzian, Mack y Schatzberg, 1973; Holahan et al., 2005), de forma que no es extraño que de las 4 estrategias más usadas por un grupo de adictos hospitalizados, solo una (*búsqueda de soporte social instrumental*) forme parte del estilo *enfocado al problema*.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento según la sustancia que motiva el internamiento, se observó un mayor empleo de *reinterpretación positiva* y *acudir a la religión* en quienes se internan por alcohol, cocaína y PBC. Quienes reportan como sustancia problema a la marihuana hacen mayor uso de *aceptación* en primer lugar y *búsqueda de soporte social emocional*. Este es un hallazgo que llama la atención, sugiriendo un funcionamiento diferente entre quienes se internan por problemas con la marihuana, ya que *reinterpretación positiva* y *acudir a la religión* son las estrategias más usadas entre todos los entrevistados menos para este grupo. La estrategia *aceptación* incluye aprender a vivir con el problema, aceptar que el hecho no puede ser cambiado y aprender a tolerarlo; lo cual colocaría a la persona en un rol de alguna forma pasivo frente a la realidad. Al respecto, Aspillaga (2011) investiga las creencias irracionales y estilos atribucionales en un grupo de abusadores de marihuana; la autora menciona que el consumo de esta sustancia podría conformar un intento de evitar la realidad o buscar reducir la tensión generada por las distintas situaciones o interpretaciones del entorno; de forma que la estrategia *aceptación* encajaría en las necesidades de quien consume marihuana para lograr sobrellevar la realidad. Tal vez es por esto que autores como Rooke, Norberg y Copeland (2011) señalan que debe ponerse énfasis en el desarrollo de estrategias de afrontamiento para el tratamiento específico de la adicción a la marihuana. Sin embargo, en la presente investigación se contó con un número reducido de participantes que se hospitalizaron por abuso o dependencia de marihuana, por lo cual es difícil realizar inferencias sobre estos resultados.

En relación a las estrategias de afrontamiento según fase de internamiento es necesario mencionar que en la primera fase se hizo un mayor uso de *búsqueda de soporte social instrumental* y que *negación* fue la menos usada en tres de las cuatro fases. Al respecto, Prochaska y DiClemente (1992) señalan que la búsqueda de

soporte social emocional e instrumental son de vital importancia en el proceso de cambio de conducta adictiva, especialmente en la primera fase de este proceso. Además, es necesario recordar que la hospitalización es voluntaria, los pacientes son conscientes de su enfermedad, de ahí que la negación sea la estrategia menos usada. Lo cual nos lleva a comprender que estas estrategias hayan sido las más reportadas y que en la primera fase de internamiento hayan sido las más usadas.

Soporte social

Antes de describir los hallazgos en relación al soporte social es necesario dar ciertas características de la CT en el cual se realizó la presente investigación. Al momento de la admisión cada paciente debe contar con un apoderado, quién no solo se compromete a hacerse cargo de los pagos por el tratamiento residencial y la compra de medicinas, sino también a asistir a reuniones informativas semanales y a participar activamente en la recuperación del paciente. Uno de los objetivos de dichas reuniones es fomentar un mejor soporte para el adicto, de manera que la familia no sea una fuente de conflicto ni preocupaciones que incentiven al paciente a dejar el tratamiento. No hay una medida estandarizada para reportar el trabajo que se realiza con la familia, pero este es promovido y exigido desde el ingreso. Algunos apoderados asisten con otros familiares o personas allegadas al paciente (previa autorización del psiquiatra) a las reuniones informativas, talleres, visitas, etc. Si bien los pacientes que no cuentan con un apoderado que se comprometa a participar, no son internados en la CT; el contar con uno no asegura la presencia constante del mismo.

Entre los hallazgos sobre los índices de soporte social, se observó que la red percibida tuvo un mayor número de integrantes que la red efectiva, como ha sido reportado en investigaciones con otras poblaciones y el mismo instrumento (Fasce, 1999; Oblitas, 2001; Paredes, 2001; Rivas, 2009); y en general, se suele percibir un mayor número de integrantes de la red de soporte en relación a quienes efectivamente la conforman. Cabe mencionar que la red percibida suele estar conformada por quienes han brindado soporte efectivo en el pasado (Hobfoll, 2009). La satisfacción con el soporte se reportó moderada y mayor que la necesidad del mismo. En contraste con los resultados de la investigación de Oblitas (2001) en mujeres que acuden a un grupo de A. A., este grupo tiene redes efectivas y percibidas más pequeñas; y cuentan con mayor satisfacción en comparación a la necesidad de soporte social. Todo lo anterior puede tener relación con el bajo porcentaje de

pacientes que en la presente investigación reportaron acudir en dicho momento a algún GAM. Además, el hecho de la hospitalización crea características particulares para los índices y las funciones del soporte social y se ha observado que es una condición asociada con reducción de redes (Davis y Jason, 2005), ya que las visitas y salidas son programadas según fase de internamiento, evolución y comportamiento del paciente; siempre y cuando el paciente no cometa alguna falta a la comunidad que pueda significarle la supresión temporal de visitas y salidas.

En esta muestra, se observó que la red de soporte social para la interacción íntima no fue la más amplia; por el contrario, fue una de las redes (tanto percibida como efectiva) que contó con un mínimo de cero integrantes al igual que la red de asistencia. Durante las entrevistas algunos pacientes manifestaron no hablar de sus asuntos personales y también mencionaron haber escuchado que compartir sus inquietudes tenía un efecto positivo, pero que les costaba compartir aspectos de su vida personal con otras personas. Por otro lado, fue mencionado que en la CT habían encontrado personas con las que hablar, como miembros del personal asistencial y compañeros de internamiento. La importancia de esta red reside en que se ha encontrado asociada a mejores resultados en el tratamiento de las adicciones (Woody, 2003; Thoits, 1995).

La red percibida y efectiva con un mayor número de integrantes fue la de retroinformación positiva; a pesar de esto, no se reportó como la más necesitada ni la más satisfecha. Los pacientes reconocen haber recibido muchas felicitaciones por haberse internado en la CT y encontrarse tomando acción para hacerle frente a su adicción, pero no señalan que esto sea necesario; con lo cual los pacientes podrían manifestar que la motivación para el cambio de la conducta adictiva es inherente a ellos y no “prestada” o influenciada por los comentarios de alguna otra persona.

Los función del soporte social reportada como la de mayor necesidad fue: *apoyo económico*, cuestión importante dado que el internamiento tiene un costo diario y con frecuencia los pacientes no cuentan por si mismos con este recurso. Por su parte, la red que se reportó como más satisfecha fue la de participación social, es decir la red de personas con quienes comparten momentos divertidos y alegres.

La red de interacción negativa, es decir, las personas con las que discuten, es la de menor amplitud. Por un lado, suele suceder que la fuente de conflicto de los adictos es la conducta de consumir en sí misma y las consecuencias que esta trae, por lo tanto es lógico que al internarse estos conflictos cesen de cierta forma. No obstante,

el carácter conflictivo del adicto, y su baja tolerancia a la frustración, difícilmente cambian en un mes o seis que estén internados en un hospital, incluso podrían exacerbarse por la sensación de encierro y tener que moderar su conducta. Sin embargo, en medida que las agresiones verbales y físicas son castigadas; los pacientes no suelen enfrentarse demasiado unos con otros ni con el personal. A pesar de que no se han medido variables como la participación de la familia en el tratamiento y que sabemos que el involucramiento de la misma es irregular, tal vez las reuniones informativas, que realiza el personal asistencial de la CT dirigidas a apoderados y familiares de pacientes, hayan tenido algún efecto positivo. Estas reuniones podrían haber favorecido la disminución de conflictos entre familiares y pacientes, dado que su objetivo es preparar a la familia para dar un mejor soporte al adicto.

La comparación de estilos y estrategias de afrontamiento; e índices y funciones de soporte social según tenencia de pareja, reingreso a la CT y comorbilidad psiquiátrica arrojó datos interesantes que han de ser discutidos

Se agrupó la variable estado civil según tenencia de pareja, con casados y convivientes versus solteros, divorciados y viudos. Se obtuvieron diferencias significativas para los estilos y estrategias de afrontamiento y para los índices y funciones del soporte social. En lo correspondiente al afrontamiento, los pacientes con pareja reportaron un mayor uso del estilo enfocado al problema y de sus estrategias: *afrontamiento activo*, *planificación*, *supresión de actividades competentes* y *postergación del afrontamiento* en comparación a los que no cuentan con pareja. También se observó un mayor uso de la estrategia *reinterpretación positiva*, perteneciente al estilo enfocado a la emoción. Adicionalmente, se observó que la satisfacción total, la red percibida y efectiva de información positiva y la satisfacción con esta red fueron significativamente mayores para los pacientes con pareja. Es decir, los pacientes con pareja hacen mayor uso de afrontamiento enfocado al problema en comparación con quienes no tiene pareja y se encuentran más satisfechos con el soporte social recibido. En la investigaciones anteriores se ha asociado el ser soltero con la recaída en el uso de alcohol y drogas (Walton, Blow, Bingham y Chermack, 2003), no compartir vivienda con una pareja romántica con tres veces mayor abuso y dependencia de alcohol en población masculina (Surkan, Fielding, Miller y Merlchior, 2012) y el estar casado con abstinencia a largo plazo (Osman, 2002). En este sentido, podríamos afirmar que la tenencia de pareja favorece el afrontamiento enfocado al problema, jugando el rol de factor protector asociado a un mejor funcionamiento psicológico.

Los pacientes de reingreso a la CT reportaron un predominio del estilo de afrontamiento enfocado al problema, así como de estrategias correspondientes a este estilo: *afrontamiento activo*, *planificación* y *postergación del afrontamiento* en comparación con los que pasan por primera vez por el programa; lo cual apoyaría la hipótesis de un efecto acumulativo del tratamiento para el abuso o dependencia de sustancias. Se ha señalado que los efectos del tratamiento pueden acumularse a través de múltiples episodios de tratamiento dado que durante cada uno, los usuarios adquieren nuevas formas de favorecer la abstinencia o nuevas estrategias para afrontar la tentación de usar drogas y todo esto no se pierde totalmente al dejar un tratamiento (Lonshore y Hsieh, 1998). Es posible que la elección del estilo y estrategias enfocadas al problema en los pacientes de reingreso corresponda a este efecto acumulativo. Adicionalmente, los pacientes de reingreso se diferenciaron de los que ingresan por primera vez en la necesidad de *asistencia*, señalando tener una menor necesidad de la misma; tal vez al estar familiarizados con la dinámica de la CT, los pacientes de reingreso encuentren menos necesaria este tipo de ayuda. Se podría sugerir que existe un comportamiento diferenciado en afrontamiento y soporte social según reingreso.

En lo concerniente a la comorbilidad psiquiátrica, en casi todos los casos de los pacientes que reportaron contar con un diagnóstico adicional al relacionado a sustancias, se mencionó el trastorno depresivo; también se reportó un caso de esquizofrenia y otro de trastorno límite de la personalidad. Es necesario aclarar que se revisó las historias clínicas de los pacientes para confirmar el diagnóstico; sin embargo, no se pueden hacer inferencias formales al respecto dado que en la presente investigación no se evaluó la variable comorbilidad; y se sabe que la prevalencia del diagnóstico dual suele variar por motivos diferentes como la experiencia del evaluador o el tipo de entrevista utilizada (Saavedra, 2001). Además, es difícil establecer dónde comienza la psicopatología adictiva, la del estado de ánimo o el trastorno de personalidad (Szerman et al., 2011). En la CT de estudio, se observó que las historias clínicas no siempre reportaron tratamientos, diagnósticos ni hospitalizaciones previas salvo que los pacientes sean de reingreso. En vista de lo antes mencionado, las cifras reportadas podrían estar infra estimadas, por lo cual se recomienda dar importancia al diagnóstico dual en este tipo de pacientes (Szerman et al., 2011; López y Becoña, 2006, Hoxmark, Nivison y Wynn, 2010).

En cuanto a las diferencias encontradas según comorbilidad, los pacientes duales señalaron un mayor uso de afrontamiento enfocado a la emoción y de

estrategias de dicho estilo: *búsqueda de soporte social emocional, reinterpretación positiva y crecimiento y acudir a la religión*. Los pacientes con trastorno del estado de ánimo tenderían a un estilo y estrategias de afrontamiento que les ayude a regular sus estados emocionales. Adicionalmente, la asociación entre comorbilidad y afrontamiento encontrada en la presente investigación, coincide con los hallazgos de la investigación de Francken et al. (2001) en donde la presencia de sintomatología psiquiátrica estuvo relacionada con el estilo de afrontamiento paliativo (entendido como: fumar, beber, relajarse), de forma que aquellos adictos que presentaban síntomas psiquiátricos eran más propensos a este estilo, que quienes no reportaban psicopatología. Para la variable soporte social, se encontró que los pacientes comórbidos reportaron una menor satisfacción total con el soporte social, y una menor necesidad de *asistencia y participación social* en comparación a los adictos sin sintomatología psiquiátrica asociada; con lo cual se podría sugerir la existencia de un comportamiento distinto, tanto en el afrontamiento como en el soporte social según comorbilidad psiquiátrica; y también se recomienda atención especial a estos pacientes dado que suelen contar con un peor pronóstico que quienes solo cuentan con trastornos asociados a sustancias (Saavedra, 2009).

No se encontró diferencias significativas entre ninguna de las variables de estudio y convivencia, ocupación, pertenencia alguna vez en la vida y pertenencia actual a un GAM. Es necesario señalar que N.A. acude semanalmente a la CT, los pacientes asisten de manera voluntaria y la participación en estas reuniones no fue medida por la presente investigación. Alrededor de la quinta parte de los entrevistados reportaron pertenecer a un GAM, pero no todos los que asisten a las reuniones de N.A. en la CT se consideraron pertenecientes a dicho grupo. Llama la atención que no se haya encontrado ninguna diferencia significativa que involucre la pertenencia a un GAM, ni en afrontamiento ni en soporte social, dado que esta variable suele estar asociada a menor empleo de estrategias de afrontamiento evitativo (Majer, Jason, Venable y Olson, 2002; Humpreys et al., 1999) e incluso a abstinencia a largo plazo (Forys et al., 2007). Tal vez no se observaron diferencias porque los pacientes entrevistados se encontraban internados y esto no permite que hagan uso del GAM al que pertenecen. También podría ocurrir que la efectividad de este tipo de agrupaciones se manifieste, a largo plazo, en pacientes que reciben tratamiento ambulatorio o se encuentran en abstinencia sin estar hospitalizados como suelen ser quienes se involucran en A.A. y N.A.

Como mencionan diversos investigadores el afrontamiento juega un papel importante en el abuso y dependencia de sustancias de forma que el trabajo en estrategias de afrontamiento favorece mejores resultados, predice abstinencia a corto y largo plazo y permite un mejor funcionamiento psicológico (Forys, McKellar y Moos, 2007; Skinner, Fleming, Catalano y Gainey, 2011; Litt, Kaden y Tennen, 2011, Rooke, Norberg y Copeland, 2011; Francken et al., 2001; Holahan et al, 2005; Maisto et al, 2000; Sugarman et al., 2010; Hruska et al., 2011). Por su parte, el soporte social favorecería la emergencia de estrategias de afrontamiento adaptativas, de acuerdo a los hallazgos obtenidos en la presente investigación y la revisión de la literatura científica (Forys, McKellar y Moos, 2007; Holahan et al., 2005). No obstante, aún queda abierta la pregunta sobre la direccionalidad de las variables: quienes usan estrategias dirigidas al problema, tienen mayor soporte social porque sus estrategias de afrontamiento han favorecido al desarrollo de una amplia red de soporte o es que los individuos que recurren a estrategias evitativas, limitan su red de soporte porque el déficit en el afrontamiento ha dificultado su capacidad para desarrollar un buen apoyo (Brissette et al., 2002 en en Calvete y Connor-Smith, 2006).

Finalmente, se confirma que la tenencia de pareja favorece un afrontamiento adaptativo y estaría relacionada con mayor satisfacción con el soporte social. La comorbilidad psiquiátrica parecería merecer una mayor atención en tanto se encontró asociada a un mayor uso de afrontamiento enfocado a la emoción y una menor satisfacción con el soporte social. Por su parte, el factor reingreso y acumulación de tratamiento también merecería atención, como mencionan Ly, Evans y Hser (2010) con el fin de apuntar y promover intervenciones integradas, a largo plazo, que favorezcan una recuperación estable y continua.

La presente investigación buscó relacionar las variables soporte social y afrontamiento en un grupo de adictos hospitalizados, encontrando dicha relación; sin embargo, como todo estudio, tuvo limitaciones. En primer lugar, en cuanto al diseño de investigación, el diseño transversal no permitió que se observe el efecto del tratamiento en las variables a estudiar. En cuanto a la medición de afrontamiento, se sugiere combinar los instrumentos auto administrados con juegos de rol en los que se pueda observar las reacciones frente al estrés ante situaciones hipotéticas (Sugarman, et al., 2010) con el fin de tener una mejor aproximación a esta variable.

Otra limitación importante es la ausencia de información sobre la composición de las redes, información que de ser investigada longitudinalmente en el curso de la

adicción y del tratamiento, resultaría imprescindible para hacer mejores sugerencias y diseños de intervenciones que involucren el fortalecimiento de las redes de soporte (Davis y Jason, 2005).

Adicionalmente, se sugiere investigar la relación entre afrontamiento y soporte social en una muestra de mujeres, especialmente dado que el impacto del soporte social sobre el tratamiento de abuso o dependencia de sustancias suele ser diferente para hombres y mujeres (Tucker, 1982; Tucker et. al, 2005; Davis y Jason, 2005).

Si bien no se pudo establecer la direccionalidad de la relación entre el afrontamiento y el soporte social; los resultados de la presente investigación sugieren que el soporte social favorece la elección de estrategias de afrontamiento centradas al problema y estrategias centradas en la emoción como *reinterpretación positiva* y *crecimiento*. Además, se debe rescatar que, tanto el soporte social como el afrontamiento, pueden ser trabajados y ser sujetos a cambios (Hyman et al., 2009) por lo cual se recomienda intervenciones centradas en la familia (Forys et al., 2007; Secades y Fernández, 2000), fortalecimiento de las redes de soporte, asistencia y participación en grupos de apoyo, atención a la familia (Zapata y Segura, 2007); así como el trabajo en estrategias de afrontamiento generales y centradas en el impulso de consumir (Sugarman et al., 2010; Maisto, Zywiak y Connor, 2000, Petry et al., 2007, Hruska et al., 2011) .



Referencias

- Anguiano, S. A., Vega, C. Z., Nava, C. y Soria, R. (2010). Las habilidades sociales en universitarios, adolescentes y alcohólicos anónimos. *Liberabit*, 16(1), 17-26.
- Aspillaga, M. (2011). Creencias irracionales y estilo atribucional en un grupo de abusadores de marihuana. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Barrera, M., Sandler, I.N. y Ramsay T.B. (1981). Preliminary Development of a Scale of Social Support: Studies on Collegue Students. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 435-447.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445.
- Becerra, S. (1993). Factores demográficos y psicosociales asociados a la decisión de continuar o terminar con el embarazo en un grupo de adolescentes de estrato socio económico bajo. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Borras, L., Khazaal, Y., Khan, R., Mohr, S., Kaufmann, Y., Zullino, D., y Huguelet, P. (2010). The Relationship Between Addiction and Religion and its Possible Implication for Care. *Substance Use & Misuse*, 45(14), 2357-2410.
- Calvete, E. y Connor-Smith, J. K. (2006). Perceived social support, coping, and symptoms of distress in American and Spanish students. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 19(1), 47-65.
- Carver, C. S. y Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annu. Rev. Psychol.* 61: 679-704.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Casuso, L. (1996). Adaptación de la prueba COPE sobre estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima. Tesis para obtener el título de Licenciada en Psicología. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Chau (1999). Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios: motivaciones y estilos de afrontamiento. *Persona*, 2: 121-161.

Chau, C. (2004). Determinants of alcohol use among university students. The role of stress, coping and expectancies. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.

Chávez-Ferrer, L. (1995) Soporte social en pacientes portadores del virus del sida del Hospital Dos de Mayo de Lima. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

CEDRO (2010) El problema de las drogas en el Perú. Lima: CEDRO.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.

Cohen, J. (1988) Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences, 2nd edition, Hillsdale, NJ: Erlbaum

Cohen, S., y Willis, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.

Cohen, S. (2004). Social Relationship and Health. *American Psychologist*, 59(8), 676-684.

Cronkite, R. C., & Moos, R. H. (1984). The role of predisposing and moderating factors in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior* [Abstract] 25(4), 372-393.

Davis, M., y Jason, L. (2005). Sex Differences in Social Support and Self-Efficacy Within a Recovery Community. *American Journal of Community Psychology*, 36(3/4), 259-274.

Del Risco, P. M. (2007). Soporte social y satisfacción con la vida en un grupo de adultos mayores que asisten a un programa para el adulto mayor. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

DeLongis, A., & Holtzman, S. (2005). Coping in Context: The Role of Stress, Social Support, and Personality in Coping. *Journal Of Personality*, 73(6), 1633-1656. doi:10.1111/j.1467-

Díaz, L. P. y Botía, L. E. (2008). *Psicoactivos: Cuestión de todos*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Dobkin, P., Civita, M., Paraherakis, A., y Gill, K. (2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction*, 97(3), 347-356.

Garvendia M. L., Alvarado M.E., Montenegro, M., y Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. [Abstract] *Revista Médica de Chile*, 136(2): 169-178. doi: 10.4067/S0034-98872008000200005

Gastelumendi, C. (2010). *Afrontamiento y personalidad en un grupo de voluntarios de una institución de lucha contra la pobreza de Lima*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica, Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Guardia, J. E. (2010). *Ansiedad y afrontamiento en cuidadores de pacientes con esquizofrenia*. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología Clínica, Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Guevara, G., Hernández, C., Flores, L. (2001). Estilos de afrontamiento al estrés en pacientes drogadependientes. *Revista de investigación en psicología*. 4(1), 53-65.

Fasce, N. (1999). *Soporte social y depresión en personas adultas que viven con VIH*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Ferreira, A. M. (2000). *Estudio sobre el soporte social y la interacción familiar y su influencia en la conducta adictiva a la PBC en un grupo de jóvenes de nivel socio económico medio*. *Revista de la facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. 6, 141-156.

Finney, J.W., Moos, R. H., y Timko, C. (1999). The course of treated and untreated substance use disorders: remission and resolution, relapse and mortality. En McCrady & E. Epstein (Eds.), *Addictions, a comprehensive guidebook* (pp. 30-49) New York: Oxford University Press.

Flynn, P. M., Joe, G. W., Broome, K. M., Simpson, D., y Brown, B. S. (2003). Looking Back on Cocaine Dependence: Reasons for Recovery. *American Journal On Addictions*, 12(5), 398-411. doi:10. 1080/10550490390240774

Forys, K., McKellar, J., y Moos, R. (2007). Participation in specific treatment components predicts alcohol-specific and general coping skills. *Addictive Behaviors*, 32(8), 1669-1680. doi:10.1016/j.addbeh.2006.11.023

Franken, I. A., Hendriks, V. M., Haffmans, P., & van deer Meer, C. W. (2001). Coping Style of Substance -Abuse Patients: Effects of Anxiety and Mood Disorders on Coping Change. *Journal of Clinical Psychology*, 57(3), 299-306.

Freeman, K. (2003). Health and well-being outcomes for drug-dependent offenders on the NSW Drug Court program. *Drug & Alcohol Review*, 22(4), 409-416.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana.

Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2002). Anales de salud mental. Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental 2002. Lima: Instituto especializado de salud mental.

Hobfoll, S.E. & Parris, M.A. (1990). Social support during extreme stress: consequences and intervention. En Sarason, B.R. ed. *Social Support: an Interaccional View*. (pp.455-481). New York: John Wiley & sons.

Hobfoll, S. E. (2009). Social support: The movie. *Journal Of Social & Personal Relationships*, 26(1), 93-101. doi:10.1177/0265407509105524

Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Brennan, P. L., & Schutte, K. K. (2005). Stress Generation, Avoidance Coping, and Depressive Symptoms: A 10-Year Model. [Abstract] *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 658-666. doi: 10.1037/0022-006X.73.4.658

Hoxmark, E., Nivison, M., y Wynn, R. (2010). Predictors of mental distress among substance abusers receiving inpatient treatment. *Substance Abuse Treatment, Prevention & Policy*, 515-23. doi:10.1186/1747-597X-5-15

Hruska, B., Fallon, W., Spoonster, E., Sledjeski, E. M., y Delahanty, D. L. (2011). Alcohol use disorder history moderates the relationship between avoidance

coping and posttraumatic stress symptoms. *Psychology of Addictive Behaviors*. doi: 10.1037/a0022439

Hyman, S. M., Hong, K. A., Chaplin, T. M., Dabre, Z., Comegys, A. D., Kimmerling, A., & Sinha, R. (2009) A Stress-Coping Profile of Opioid Dependent Individuals Entering Naltrexone Treatment: A Comparison With Healthy Controls. *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol. 23(4), 613-619.

Humphreys, K., Mankowski, E. S., Moos, R. H., & Finney, J. W. (1999). Do enhanced friendship networks and active coping mediate the effect of self-help groups on substance abuse? *Annals of Behavioral Medicine*, 21(1), 54-60.

Khantzian, E. J., Mack, J. E. y Schatzberg, A.F. (1973). Heroin use as an attempt to cope: clinical observations. [Abstract] *American Journal of Psychiatry*, 131, 160-164. doi: 10.1176/appi.ajp.131.2.160

Laudet, A. B., Cleland, C. M., Magura, S., Vogel, H. S., & Knight, E. L. (2004). Social Support Mediates the Effects of Dual-Focus Mutual Aid Groups on Abstinence from Substance Use. *American Journal of Community Psychology*, 34(3-4), 175-185.

Labouvie, E. W., Pandina, R. J., White, H. R., & Johnson, V. (1990). Risk factors of adolescent drug use: An affect-based interpretation. [Abstract] *Journal of Substance Abuse*2(3), 265-285.

Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984) Stress, appraisal and coping. New York: Springer

Li, L., Evans, E., Hser, Y. (2010). A marginal structural modeling approach to assess the cumulative effect of drug treatment on later drug use abstinence. *Journal Of Drug Issues*, 40(1), 221-240.

Litt, M. D., Kadden, R. M., Tennen, H. (2011). The nature of coping in treatment for marijuana dependence: Latent structure and validation of the coping strategies scale. *Psychology of Addictive Behaviors*, No Pagination Specified.
doi: [10.1037/a0026207](https://doi.org/10.1037/a0026207)

Longshore, D., & Hsieh, S. (1998). Drug Abuse Treatment and Risky Sex: Evidence for a Cumulative Treatment Effect? *American Journal Of Drug & Alcohol Abuse*, 24(3), 439-451.

Lopez, A. y Becoña, E. (2006). Consumo de cocaína y psicopatología asociada: una revisión. *Adicciones*, (18)2, 161-196.

Maisto, S. A., Connors, G. J. y Zywiak, W. H. (2000) Alcohol treatment changes in coping skills, self-efficacy, and levels of alcohol use and related problems 1 year following treatment initiation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(3), 257-266. doi: [10.1037/0893-164X.14.3.257](https://doi.org/10.1037/0893-164X.14.3.257)

Majer, J. M., Jason, L. A., Ferrari, J. R., Venable, L. B., & Olson, B. D. (2002). Social support and self-efficacy for abstinence: is peer identification an issue? [Abstract] *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 209-215

Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. *Encuesta Nacional del Uso del Tiempo*, 2010. Lima: Perú. Recuperado de: http://www.mimdes.gob.pe/files/DIRECCIONES/DGM/ENCUESTA_NACIONAL_DE%20OUSO_DEL_TIEMPO2010.pdf

Ministerio de Salud. *Plan Estratégico Nacional 2007-2011. Versión actualizada 2009-2011*. Lima: Perú. Recuperado de: http://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/13309/PLAN_13309_Plan%20Estrat%C3%A9gico%20Institucional%20-%20PEI_2010.pdf

Moggi, F., & Crosby, P. (1999). Dual diagnosis patients in substance abuse treatment: relationship of general coping and substance-specific coping to 1-year outcomes. *Addiction*, 94(12), 1805-1816.

Monras, M., Mondon, S. y Jou, J. (2010). Estrategias de afrontamiento en enfermos alcohólicos. Diferencias según el consumo de benzodiazepinas, los trastornos de la personalidad y el deterioro cognitivo. *Adicciones*. 22(3), 191-198.

Moos, R. H. (2007). Theory-based processes that promote the remission of substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 537-551. doi:10.1016/j.cpr.2006.12.006

Moos R. H. & Schaefer, J.A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. En L. Goldberg y S. Bresnitz (Eds.) *Handbook of stress* (2nd ed. , pp. 234-257). New York: Free Press

Moos, R. H., Brennan, P. L., Fondacaro, M. R., & Moos, B. S. (1992). "Approach and avoidance coping responses among older problem and nonproblem drinkers": Clarification. [Abstract] *Psychology and Aging*, 7(4), 653.

Oblitas, H. (2001). Características demográficas y psicosociales en un grupo de mujeres alcohólicas. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Observatorio Peruano de Drogas (2009). Análisis de resultados de la red de información de demanda de tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas 2005 – 2007. Lima: OPD-DEVIDA.

Observatorio Peruano de Drogas – DEVIDA (2010). Estudio del impacto social y económico del consumo de drogas en el Perú. Lima: OPD-DEVIDA.

Organización Panamericana de la Salud (2007). Alcohol y Salud Pública en las Américas – un caso para la acción. Washington: PAHO. Recuperado de <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/A&SP.pdf>

Osman, M. (2002). Drug and Alcohol Addiction in Singapore: Issues and Challenges in Control and Treatment Strategies. *Journal Of Social Work Practice In The Addictions*, 2(3/4), 97-117.

Paredes, M. B. (2003). Calidad de vida y soporte social en pacientes con cáncer de mama. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Paredes, R. (2005). Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Petry, N. M., Litt, M. D., Kadden, R., & Ledgerwood, D. M. (2007). Do coping skills mediate the relationship between cognitive-behavioral therapy and reductions in gambling in pathological gamblers?. *Addiction*, 102(8), 1280-1291. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.01907.x

Pierce, G. R., Sarason, I.G., y Sarason, B. R. (1996). Coping and social support. En M. Zeinder y N. Endler (Eds.), *Handbook of coping*. (pp. 434-451) Toronto: Jhon Wiley.

Prochaska, J., DiClemente, C., y Norcross, J. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.

Rivas, J. E. (2008). Adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral altamente activo y soporte social en un grupo de pacientes con VIH/SIDA. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Rojas, R. (1991). Perfil psicosocial de la adolescente gestante de estrato socio-económico bajo. Tesis para optar el título de Bachiller en Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Romero, S. (2009). Niveles de estrés percibido y estilos de afrontamiento en pacientes con bulimia nerviosa. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica, Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Rooke, S. E., Norberg, M. M. y Copeland, J. (2011). Successful and unsuccessful cannabis quitters: Comparing group characteristics and quitting strategies. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 30(6) p. 22-32. doi:10.1186/1747-597X-6-30

Saavedra, A. (2001). Comorbilidad en dependencia a sustancias. *Psicoactiva*, 19, 63-103.

Sandahl, C., Gerge, A., & Herlitz, K. (2004). Does treatment focus on self-efficacy result in better coping? paradoxical findings from psychodynamic and cognitive-behavioral group treatment of moderately alcohol-dependent patients. *Psychotherapy Research*, 14(3), 388-397. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/212003078?accountid=28391>

Sarason, B. R., Sarason, I. G. & Pierce, G.R. (1990). Traditional views of social support and their impact on assessment. En B.R. Sarason, (Ed.) *Social Support: an Interactional View*. (pp.427-453). New York: John Wiley & sons.

Sarason, I. G. (1999). El papel de las relaciones íntimas en los resultados de salud. En Buendía, J. *Familia y psicología de la salud*. (pp.113-191) Madrid: Pirámide.

Shields, J. J., Broome, K. M., Delany, P. J., Fletcher, B. W., y Flynn, P. M. (2007). Religion and Substance Abuse Treatment: Individual and Program Effects.

Journal For The Scientific Study Of Religion, 46(3), 355-371. doi:10.1111/j.1468-5906.2007.00363.x

Secades, R., Fernández, J. R. (2000). Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*. 12(3), 353-363.

Skinner, M. L., Haggerty, K. P., Fleming, C. B., Catalano, R. F., & Gainey, R. R. (2011). Opiate-Addicted Parents in Methadone Treatment: Long-Term Recovery, Health, and Family Relationships. *Journal Of Addictive Diseases*, 30(1), 17-26. doi:10.1080/10550887.2010.531670

Skinner, E.A, Zimmer-Gembeck M. J. (2007). The Development of coping. *Annu. Rev. Psychol.* 58:119-144.

Sugarman, D. E., Nich, C., & Carroll, K. M. (2010). Coping strategy use following computerized cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(4), 689-695.

Surkan, P. J., Fielding-Miller, R., & Melchior, M. (2012). Parental relationship satisfaction in french young adults associated with alcohol abuse and dependence. *Addictive Behaviors*, 37(3), 313. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/915974197?accountid=28391>

Szerman, N., Arias, F., Vega, P., Babín, F., Mesías, B., Basurte, I., Moran, C., Ochoa, E. y Poyo, F. (2011). Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones*, 23(3), 249-255. doi: Unidad de Psiquiatría. Hospital Universitario Gregorio Marañón.

Tapia, L. G. (2004). Eventos de vida estresantes e indicadores de consumo de drogas en estudiantes secundarios de Lima Metropolitana. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología Clínica, Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Tate, C.D., Van Den Berg, J. J., Hansen N. B., Kochman A. y Sikkema K. J.(2006). Race, Social Support, and Coping Strategies among HIV-Positive Gay and Bisexual Men. *Culture, Health & Sexuality*. Vol. 8, No. 3, 235-249

Taylor S. E. (2003). *Health Psychology*. 5ed. Boston: McGraw. Hill International Editions.

Thoits, P. A. (1995). Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next?. *Journal of Health & Social Behavior*, 36, 53-79.

Torrejón, C. (2011) Estrés y afrontamiento en universitarios migrantes. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Trulsson, K., & Hedin, U. (2004). The role of social support when giving up drug abuse: a female perspective. *International Journal of Social Welfare*, 13(2), 145-157. doi: 10.1111/j.1369-6866.2004.00308.x

Tucker, J. S., D'Amico, E. J., Wenzel, S. L., Golinelli, D., Elliott, M. N., & Williamson, S. (2005). A prospective study of risk and protective factors for substance use among impoverished women living in temporary shelter settings in Los Angeles County. *Drug & Alcohol Dependence*, 80(1), 35-43. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2005.03.008

Tucker, M. (1982). Social Support and Coping: Applications for the Study of Female Drug Abuse. *Journal of Social Issues*, 38(2), 117-137.

Tzavellas, E., Paparrigopoulos, T., Karaiskos, D., Stefanis, N., Komporozos, A., & Liappas, J. (2008). The impact of detoxification on the coping strategies in a sample of inpatient alcoholics. *Annals of General Psychiatry*, 71. doi: 10.1186/1744-859X-7-S1-S325

Velásquez, D. V. y Pedrao, L. J. (2005). Satisfacción personal del adolescente adicto a drogas en el ambiente familiar durante la fase de tratamiento en un instituto de salud mental.[Versión electrónica] *Rev. Latino-am Enfermagem*, 13, 836-844. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea11.pdf>

Walton, M. A., Blow, F. C., Bingham, C., & Chermack, S. T. (2003). Individual and social/environmental predictors of alcohol and drug use 2 years following substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 28(4), 627. doi:10.1016/S0306-4603(01)00284-2

Warren, J. I., Stein J.A. & Grella, C. E. (2007) Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 89, 267-274. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17329040>

Wasserman D. A.; Stewart A. L.; Delucchi K. L. (2001). Social support and abstinence from opiates and cocaine during opioid maintenance treatment. [Abstract] *Drug Alcohol Dependence*, 65(1):65-75. [doi:10.1016/S0376-8716\(01\)00151-X](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(01)00151-X)

Wills, T. y Hirky E. (1996). Coping and substance abuse: A theoretical model and review of the evidence. En M. Zeinder y N. Endler (Eds.), *Handbook of coping*. Toronto: Jhon Wiley.

Woody, G. E. (2003). Research findings on psychoterapy od addictive disorders. *The American Journal on Addictions*. 12(2), 19-26.

Zapata, M. & Segura, A. (2007). Factores predictivos para el resultado del tratamiento en pacientes farmacodependientes. *Revista Peruana de Drogodependencias*, 5 (1) ,159-185.





Anexos

Anexo A



FICHA DE DATOS

Responda llenando los siguientes datos o responda a las preguntas planteadas, marcando con una (x) o una (+).

1. Fase del programa en la que se encuentra:

1.1 ()	2.2a ()	3.2b ()	4.3 ()
---------	----------	----------	---------
2. Fecha de ingreso al programa : _____
 Fecha actual : _____
 _____ (no llenar)
3. Edad: _____
4. Estado civil:

1. Soltero ()	4. Divorciado ()
2. Casado ()	5. Viudo ()
3. Conviviente ()	
5. ¿Tiene usted hijos? ¿Cuántos?: _____
6. Nivel de Instrucción:

1. Primaria completa ()	5. Primaria incompleta ()
2. Secundaria completa ()	6. Secundaria incompleta ()
3. Técnica completa ()	7. Técnica incompleta ()
4. Superior completa ()	8. Superior incompleta ()
7. Distrito dónde vivía (antes del internamiento) : _____
8. Ocupación (antes del internamiento):

1. Desocupado ()	
Si es que trabajaba, su trabajo era (es):	
2. Independiente ()	6. Dependiente ()
3. Informal ()	7. Formal ()
4. Estable ()	8. Eventual ()
5. Contratado ()	9. Otro () Especifique _____
9. ¿Con quién(es) vivía (antes del internamiento)?

1. Solo ()	6. Pareja e hijo(s) ()
2. Pareja ()	7. Padres e hijo(s) ()
3. Madre o padre ()	8. Otros familiares ()

4. Padres () 9. Padres y hermanos ()
5. Otros () Especifique _____
10. Edad de inicio de consumo de sustancias:
_____ años
11. ¿Cuál fue la droga problema que motivó su hospitalización?
- | | | |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|
| 1. Alcohol () | 5. Tabaco () | 9. (PBC + cocaína)() |
| 2. Cocaína () | 6. PBC () | 10. Éxtasis () |
| 3. Tranquilizantes () | 7. Inhalantes () | |
| 4. (PBC + marihuana) () | 8. Marihuana () | |
| 11. Otra () Especifique _____ | | |
12. Tiempo de consumo de la droga por la que fue internado: _____ años.
13. Número de internamientos previos (en este programa o en otros):
_____ internamientos previos.
14. De haber tenido internamientos previos, ¿Qué edad tenía cuando fue su primer internamiento?
_____ años.
15. ¿Pertenece actualmente o forma parte de alguna agrupación de Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Club de Abstemios u otra similar?
1. Si () Nombre de la agrupación _____
 2. No ()
16. ¿Ha participado o formado parte en algún momento de su vida de alguna agrupación de Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Club de Abstemios u otra similar?
1. Si () Nombre de la agrupación _____
 2. No ()
17. En caso de haber participado de alguna agrupación de Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Club de Abstemios u otra similar
¿A qué edad participó? _____
18. ¿Cuenta usted con otro diagnóstico, que no esté relacionado al consumo?
1. Si ()
 2. No ()
- ¿Cuál?: _____

Muchas gracias.

Anexo B

Consentimiento Informado

Yo, _____ declaro haber sido informado sobre los fines del estudio sobre la importancia de las estrategias para enfrentar los problemas y la importancia de la familia y amigos en esta comunidad terapéutica. Declaro que mi participación es voluntaria y que he sido informado del carácter confidencial con que serán tratados los datos obtenidos.

Firma: _____



Anexo C1

Análisis de Normalidad

Tabla 1
Prueba de normalidad Shapiro Wilk

		Estadístico	Gl	Sig.
COPE	Afrontamiento activo	.971	45	.314
	Planificación	.953	45	.065
	Supresión de actividades competentes	.977	45	.490
	Postergación del afrontamiento	.964	45	.174
	Búsqueda de soporte social instrumental	.959	45	.116
	Búsqueda de soporte social emocional	.942	45	.025*
	Reinterpretación positiva	.968	45	.237
	Aceptación	.946	45	.037*
	Acudir a la religión	.907	45	.002*
	Negación	.904	45	.001*
	Enfocar y liberar emociones	.972	45	.353
	Desentendimiento conductual	.937	45	.017*
	Desentendimiento cognitivo	.926	45	.007*
	IESSA	Red percibida	.949	45
Red efectiva		.951	45	.054
Satisfacción		.933	45	.012*
Necesidad		.926	45	.007*

Anexo C2

Análisis de confiabilidad

Tabla 1
Confiabilidad de COPE

	Alpha de Cronbach	N° de ítems
Afrontamiento enfocado en el problema	0.889	20
Afrontamiento enfocado en la emoción	0.883	20
Afrontamiento evitativo	0.644	12
Afrontamiento activo	0.699	4
Supresión de actividades competentes	0.697	4
Postergación del afrontamiento	0.683	4
Búsqueda de soporte social instrumental	0.765	4
Búsqueda de soporte social emocional	0.773	4
Reinterpretación positiva	0.754	4
Aceptación	0.698	4
Acudir a la religión	0.899	4
Negación	0.575	4
Enfocar y liberar emociones	0.653	4
Desentendimiento conductual	0.413	4
Desentendimiento cognitivo	0.367	4

Tabla 2
Confiabilidad del IESSA

	Alpha de Cronbach	N° de ítems
Red percibida	0.498	7
Red efectiva	0.529	7
Satisfacción	0.049	6
Necesidad	0.674	6

Anexo D1

Análisis de afrontamiento y soporte social según variables relevantes

Tabla 1

Estrategias de afrontamiento según fase de internamiento

	Estrategia	M	DE
Fase 1	Búsqueda de SS instrumental	12.50	2.14
	Acudir a la religión	12.25	5.20
	Negación	6.25	1.49
Fase 2a	Reinterpretación positiva y crecimiento	11.59	2.81
	Acudir a la religión	10.50	3.58
	Negación	6.91	2.41
Fase 2b	Reinterpretación positiva y crecimiento	11	3.46
	Acudir a la religión	11.18	4.60
	Desentendimiento conductual	6.27	1.49
Fase 3	Reinterpretación positiva y crecimiento	11.50	1.73
	Acudir a la religión	12.25	2.63
	Negación	5.75	2.22

N=45

Tabla 2

Índices de soporte social según fase de internamiento

		M	DE
Fase 1	Tamaño de red percibida	8.5	3.7
	Tamaño de red efectiva	6.63	3.07
	Satisfacción	24.43	2.99
	Necesidad	22.5	3.74
Fase 2a	Tamaño de red percibida	11.55	5.24
	Tamaño de red efectiva	9.82	5.41
	Satisfacción	26.89	2.69
	Necesidad	23.09	5.66
Fase 2b	Tamaño de red percibida	12.91	5.15
	Tamaño de red efectiva	10.64	4.48
	Satisfacción	26.89	2.37
	Necesidad	23.09	2.4
Fase 3	Tamaño de red percibida	9.25	3.4
	Tamaño de red efectiva	9.25	3.4
	Satisfacción	24.5	3.42
	Necesidad	22.75	2.22

N=45

Tabla 3

Estrategias de afrontamiento según sustancia problema

		<i>M</i>	<i>DE</i>
Alcohol n=8	Reinterpretación positiva y crecimiento	12.25	2.49
	Acudir a la religión	11.88	4.12
	Desentendimiento conductual	7.88	2.58
Cocaína n= 15	Reinterpretación positiva y crecimiento	10.13	2.88
	Acudir a la religión	11.2	4.02
	Negación	6.07	1.57
PBC n=13	Reinterpretación positiva y crecimiento	12.69	1.96
	Acudir a la religión	12.19	3.83
	Negación	6.56	1.9
Marihuana n=5	Aceptación	9.4	3.29
	Búsqueda de SS emocional	8.8	2.77
	Negación	6.4	3.36

N=44

Tabla 4

Índices de soporte social según estado civil

		<i>M</i>	<i>DE</i>
Soltero n=27	Tamaño de red percibida	10.33	4.54
	Tamaño de red efectiva	8.63	4.27
	Satisfacción	25.22	2.75
	Necesidad	23.22	3.43
Casado n=9	Tamaño de red percibida	12.67	5.48
	Tamaño de red efectiva	10.78	5.52
	Satisfacción	27.78	2.82
	Necesidad	23.00	4.44
Divorciado n=4	Tamaño de red percibida	11.60	4.16
	Tamaño de red efectiva	10.20	4.76
	Satisfacción	28.25	.96
	Necesidad	22.80	8.53
Conviviente n=5	Tamaño de red percibida	12.50	7.94
	Tamaño de red efectiva	10.50	7.05
	Satisfacción	25.25	2.22
	Necesidad	20.50	4.65

N=45

Anexo E

Correlación entre afrontamiento y soporte social

Tabla 1

Correlación entre las estrategias de afrontamiento y los índices de soporte social

	Red percibida	Red efectiva	Satisfacción	Necesidad
Acudir a la religión	.18	.36*	-.08	-.13

* $p < .05$ bilateral

