



Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Tesis de Grado

***Creencia de control y estrategia de afrontamiento en sujetos en
proceso de rehabilitación y en consumidores de sustancias
psicoactivas.***

Presentada por

Paola Romero

Tutora:

Lic. Valeria Pedrón

Título a obtener con la presentación de la tesis:

Licenciatura en Psicología

Creencia de control y estrategia de afrontamiento en sujetos en proceso de rehabilitación y en consumidores de sustancias psicoactivas.

Paola Romero

Resumen

La presente investigación, giro entorno, por una lado, a la creencia de control entendida como las creencias que tiene uno mismo sobre las principales causas que hacen que sucedan los distintos acontecimientos de la vida (Rotter, 1966). Y, por otra parte, la estrategia de afrontamiento, es decir, el tipo de afrontamiento que se tiene ante una situación determinada, pudiendo estar enfocado en el problema o en la emoción experimentada (Lazarus & Folkman, 1986). El objetivo fue describir la variación existente entre ambos constructos, como variables independientes, en sujetos que estén en proceso de rehabilitación y en consumidores activos de sustancias psicoactivas. La muestra no probabilística estuvo conformada por 70 sujetos, donde las edades oscilaron entre 18 y 30 años, con una edad media de 26,55 (DE= 3,55) en los usuarios del centro y en consumidores activos M= 24,94 (DE = 3,58). Los instrumentos que se administraron son un *cuestionario sociodemográfico*, *Escala de Locus de Control de Rotter* y el *Inventario de respuestas de afrontamiento para Adultos [CRI-A]*. Los resultados indican que no hay una tendencia unidireccional hacia alguna de las bipolaridades de la creencia de control, por algunos de los grupos. También, se ha relevado que los sujetos que asisten a una centro de rehabilitación tienden a adoptar más estrategias por evitación, y que los consumidores activos, hacia estrategias por aproximación. Sería importante utilizar estos resultados como referencia para la Terapia Cognitiva-Conductual (TCC), para modificar estas creencias de control y dando, como opción, otras estrategias de afrontamiento. También, se podría realizar un proyecto a nivel social, integrando los intereses de los sujetos con una problemática profunda de consumo, para reforzar el control interno.

Palabras clave: Consumo de sustancia psicoactivas, creencia de control, estrategia de afrontamiento, centro de rehabilitación, consumidores activos.

Creencia de control y estrategia de afrontamiento en sujetos en proceso de rehabilitación y en consumidores de sustancias psicoactivas.

Paola Romero

Abstract

The present research, revolves around, on the one hand, the belief of control understood as the beliefs that one has about the main causes that make the different events of life happen (Rotter, 1966). And, on the other hand, the coping strategy, that is, the type of coping that one has in a given situation, which can be focused on the problem or on the emotion experienced (Lazarus & Folkman, 1986). The objective was to describe what variation exists between both constructs, as independent variables, in subjects who are undergoing rehabilitation and in active users. The non-probabilistic sample consisted of 70 subjects, whose ages ranged between 18 and 30 years, with a mean age of 26.55 (DE= 3.55) in center users and in active consumers $M=24.94$ (DE= 3.58) . The instruments that were administered are *cuestionario sociodemográfico*, *Escala de Locus de Control de Rotter*, and *Inventario de respuestas de afrontamiento para Adultos [CRI-A]*. The results indicate that there is no unidirectional tendency towards any of the bipolarities of the control belief, for some of the groups. Also, it has been revealed that the subjects who attend a rehabilitation center tend to adopt more avoidance strategies, and that active consumer, towards approach strategies. It would be important to use these results as a reference for Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), to modify these controls beliefs and giving, as an option, other coping strategies. Also, a project could be carried out at a social level, integrating the interests of the subjects with a profound problem of consumption, to reinforce internal control.

Key words: Consumption of psychoactive substances, control belief, coping strategy, rehabilitation center, active consumers.

Índice General

Resumen	2
Abstract	3
1. Introducción.....	6
2.1 Definición de sustancia psicoactiva	7
2.2 El consumo como problemática	8
2.2.1 Centro de rehabilitación	9
2.3 Creencia de Control	10
2.3.1 Creencia de Control Interno	11
2.3.2 Creencia de Control Externo	12
2.4 Estrategias de afrontamientos	12
2.4.1 Estrategias de Afrontamiento centradas en el problema o tarea	13
2.4.2 Estrategias de Afrontamiento centradas en a la emoción	14
3. Antecedentes	14
4. Relevancia	17
4.1 Pregunta de investigación	18
5. Objetivos	19
5.1 Objetivo general	19
5.2 En cuanto a los objetivos específico	19
6. Hipótesis.....	19
6.1 Hipótesis específicas.....	19
7. Metodología.....	19
7.1 Diseño.....	19
7.2 Participantes	20
7.3 Instrumentos	20
7.4 Procedimiento.....	22
7.5 Análisis de datos.....	23
8. Resultados	23
8.1 Resultados descriptivos de las variables sociodemográficas.....	23
8.2 Análisis estadístico de la Escala de Locus de Control y del Inventario de respuestas de afrontamiento para Adultos [CRI-A]	24
8.3 Comparación de Creencia de control externo entre usuarios de centro de rehabilitación y consumidores activos.....	24
8.4 Comparación de estrategias de afrontamiento en usuarios de centro de rehabilitación y consumidores activos.....	25
9. Conclusión.....	26

10. Limitaciones	30
11. Direcciones futuras	30
11. Referencias Bibliográficas	31
13. Anexos.....	39

Índice de Tablas

Tabla 1	27
Tabla 2.....	28

1. Introducción

Aunque el consumo de drogas ha existido a lo largo de la historia, en las últimas décadas ha tomado una nueva dimensión. Hoy es clara la relación directa entre sociedad desarrollada y consumo abusivo de drogas (Becoña Iglesias, 2000). Se ha convertido en una problemática social que no discrimina clases económicas, sectores o grupo etario. Si bien hay grupos de riesgo, cualquiera puede ser vulnerable ante la oferta de drogas en ámbitos no esperados ni imaginados por la sociedad (Grimso, 1999).

El consumo de sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales, es una problemática social que se ha incrementado en los últimos años. Los datos epidemiológicos que suministra el Observatorio Argentino de Drogas (SEDRONAR), registró un incremento en la prevalencia del consumo de sustancias para la población entre 15 y 65 años. El consumo de marihuana creció de 1,9% en 2004 a 3,2% en el 2015, la cocaína pasó de 0,3% a 0,7%, la pasta base de 0,01% a 0,04% y el éxtasis de 0,01% a 0,05%. Destaca que la población más afectada, por el consumo de sustancias psicoactivas, son los adolescentes y la población económicamente activa.

El acto de consumir, es un tipo de conducta autodestructiva indirecta, es decir, que el sujeto no tiene como finalidad, consciente, la muerte ; Sino lo que generalmente se busca es sentirse mejor por alguna situación injuriente o estresante que se enfrenta, ya que trae la percepción de aliviar el sufrimiento aunque sea por un instante (López ,2013).

Este tipo de conductas, en ocasiones, desemboca en tratamientos para drogodependientes debido a la incidencia negativa que provoca en el contexto, relaciones sociales, ámbito laboral, etc., y no precisamente por el consumo en sí (Becoña et al., 2012).

Ahora bien, para delimitar cuándo es consumo problemático o no, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone una clasificación de acuerdo a la frecuencia de consumo. Establece que un consumidor ocasional es quien utiliza sustancias una o dos veces por mes, haciendo uso de ellas para experimentar sensaciones placenteras. Habla de un consumidor habitual cuando llevan esta práctica cada semana o varias veces por semana, haciendo abuso ya que hay un consumo con cierta periodización. Por último, se determina a un consumidor intensivo cuando se utiliza una o varias veces al día, es decir, adicción propiamente dicha. Esta última, es considerada como enfermedad mental dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Versión, CIE 10, y en el Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades de los trastornos mentales (DSM IV / DSM 5).

Para la presente investigación se tomó en cuenta aquellos consumidores habituales e intensivos, es decir, que consuman cada semana o incluso de forma diaria.

Antes de delimitar las variables que conformaron dicha investigación, se debe tener en cuenta que hay algunas de ellas, que deben ser el centro de atención en los programas de intervención, en la medida en que se vinculan a ellas la progresión hacia objetivos terapéuticos facilitadores de la abstinencia a largo plazo (Becoña et al., 2012). Una parte muy importante de dicho tratamiento se enfoca en la modificación de las creencias básicas del consumidor (Iraurgi & Corcuera, 2008; Merikle, 1999). Esto permite que la persona conozca los significados más simbólicos o subyacentes de sus pensamientos, ya que sobre estas creencias se apoyan el resto de sus pensamientos (Vázquez, 2003). Así mismo, se sabe que los estilos de afrontamientos, también ocupan un espacio destacado y un reto diferencial en el tratamiento de las adicciones (Martínez González & Trujillo, 2003).

Por tales razones, el interrogante que da origen a esta investigación es ¿Existe diferencia alguna en la creencia de control y la estrategia de afrontamiento entre sujetos que se encuentran en proceso de rehabilitación y consumidores activos?

2. Marco teórico

2.1 Definición de sustancia psicoactiva

De acuerdo a lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), una sustancia psicoactiva, o como socialmente se la denomina “droga”, es aquella sustancia de origen natural o artificial que al ser introducida en el organismo, modifica alguna o varias de sus funciones, produciendo cambios fisiológicos, biológicos, psíquicos y conductuales.

Ahora bien, estas sustancias presentan distintos grados de peligrosidad, consideradas las más peligrosas aquellas que crean una dependencia física rápidamente y que tienen un alto nivel toxicidad, como la heroína. Y en otro extremo, se consideran “menos” peligrosas aquellas que crean únicamente dependencia psicológica, como la marihuana, según la OMS. Sin embargo, se debe resaltar, que las distintas presentaciones de sustancias psicoactivas, pueden ocasionar ambas dependencias, como la cocaína o los psicofármacos (Benedetti, 2015).

Cabe aclarar, que la anterior definición, involucra la clasificación del discurso jurídico acerca de dichas sustancias, es decir, las sustancias lícitas, como tabaco, alcohol, pegamentos, psicofármacos aprobados por laboratorios, etc.; y las sustancias ilícitas, tales como marihuana, éxtasis o “drogas de diseño”, cocaína, derivándose de esta última, la pasta base (Albet & Leal, 2018; Benedetti, 2015).

2.2 El consumo como problemática

Diversos estudios antropológicos han evidenciado, que a lo largo de la historia, distintas sociedades humanas conocieron y utilizaron diferentes sustancias, ya sea para estimularse o sedarse, para experimentar sensaciones placenteras o alucinar, etc. (Menéndez, 1990; Romani, 1999). Sin embargo, se comenzó a prestar especial atención, al acto de consumir, cuando se perdió el control social, es decir, cuando el consumo se tornó compulsivo y hubo libre exportación o circulación de sustancias (Lapegna & Viotti, 2001). Por lo tanto, el uso de sustancias psicoactivas no siempre fue percibido como un problema, sino que aparece como tal, a fines del siglo XIX y principios del siglo XX (Grigoravicius, 2006).

Retomando el párrafo anterior, con respecto a la exportación, numerosos países han sido líderes en la producción y en el comercio de ciertas sustancias psicoactivas, como la Región Andina con la cocaína o China con el opio (Pietschmann, 2007). Gran cantidad de países han dependido de los ingresos procedentes de dicha producción y comercio, para poder costear finanzas públicas o el déficit comercial. A su vez, tolerando el consumo no regulado de estupefacientes, según los datos ofrecidos por la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Es decir, que el consumo se transformó progresivamente en un consumo de sustancias que, como mercancía, se rige por las reglas del mercado (Benedetti, 2015).

Ahora bien, esta no regulación, tuvo consecuencias desastrosas desde el punto de vista de la salud y de lo social, es decir, drogodependencia y estilos de vidas alternativos a los que la sociedad proponía (Pietschmann, 2007; Lapegna & Viotti, 2001).

En este contexto, fue la figura del Estado, quien llevó adelante políticas prohibicionistas, para “luchar contra la droga”. Primeramente, la primera Convención Internacional de estupefacientes de 1909, se focalizó en establecer las primeras medidas para controlar la circulación de sustancias psicoactivas. Aunque recién en la siguiente Convención, llevada adelante en la década del 60, se ordenaron políticas que estuviesen relacionadas con el

tratamiento y rehabilitación de toxicómanos (Benedetti, 2015). Finalmente, en esa década, el paradigma prohibicionista alcanzó aceptación mundial (Aureano, 1998).

2.2.1 Centro de rehabilitación

Esta novedosa patología, trastorno relacionado con sustancias y trastornos adictivos, se ha nutrido de las concepciones francesas sobre enfermedad mental, y de diversos estudios sobre criminología y medicina legal. De ahí es que se caracterizará como una enfermedad mental, degenerativa, con déficit de voluntad, que al mismo tiempo, será fuente de desorden social y criminalidad (DSM 5; Weissmann, 2001).

Comúnmente, cuando un sujeto está descompensado o está ocasionando algún desorden social, porque se encuentra bajo el efecto de alguna o algunas sustancias psicoactivas, el primer lugar donde se lo traslada es al hospital general (Larrañaga, 2006). Recabando datos sobre la situación actual de este fenómeno, se puede citar que en el 2015 solo en el Hospital Fernández de nuestra provincia, se han atendido alrededor de 2.000 casos de urgencia por intoxicación de sustancias psicoactivas, es decir, 880 casos por bebida alcohólica, 226 por cocaína, 59 por derivados del opio, 57 por benzodiazepinas, 54 por pasta base y 14 sujetos por éxtasis (BA, 2015).

Cabe señalar, que el Hospital Borda, fue el primero en tener un Servicio de Toxicomanía para la atención, observación e internación para aquellos consumidores apresados por la policía. Hasta ese momento no había un lugar en donde los usuarios de drogas pudieran ser tratados diferencialmente de otras poblaciones (Levin, 2013). Pero quienes sin lugar a duda adquirieron un rol protagónico, en la década del 60, fueron los psiquiatras, toxicólogos y médicos legistas, que evaluaban a las personas detenidas por la policía, y elaboraban informes periciales para una cantidad creciente de causas civiles y penales (Policía Federal Argentina, 1973). De hecho, el gran volumen de personas que comenzaban a ser trasladadas o internadas en los hospitales o detenidas, dio lugar a la antigua demanda de estos profesionales, crear centros especializados para la atención de los “adictos” a sustancias (Beltrán, 1932; Carratalá, 1939; Obarrio, 1924).

Así fueron apareciendo progresivamente centros de rehabilitación o comunidades terapéuticas para drogodependientes, destinadas a desentrañar las causas de la adicción y brindar tratamientos para dicha problemática, como el Fondo de Ayuda Toxicológica (FAT) o el Centro de Prevención de la Toxicomanía (CEPRETOXI) (CENARESO, 1978).

Por otra parte, si bien los centros de rehabilitación, se focalizan en determinadas variables como posible causa, contexto, autoestima, expectativas de autoeficacia, etc., para llevar adelante los programas de intervención, hay otras variables que parecen tener una relevancia significativa y que contribuyen a explicar las causas por las que algunos pacientes tienen más dificultad para dejar de consumir en comparación a otros (Becoña et al., 2012). Como la coexistencia de enfermedades psiquiátricas y de trastornos inducidos por sustancias, siendo el diagnóstico psiquiátrico más común entre los consumidores de sustancias, el trastorno de personalidad, afectando entre un 50% y 90% a la población (Larrañaga, 2006).

Finalmente con respecto a aquellas variables que son centrales en los tratamientos de las drogodependencias, que se vincula al objetivo terapéutico central, la abstinencia a largo plazo, se debe resaltar la Creencia de control y las estrategias de afrontamiento (Becoña et al., 2012). En cuanto a este último constructo, se sabe que la estrategia de afrontamiento de estados emocionales negativos es uno de los retos diferenciales del tratamiento para drogodependientes, incluso cuando los pacientes presentan a su vez un trastorno de la personalidad (Martínez González & Trujillo, 2003).

2.3 Creencia de Control

Inicialmente, Julian Rotter fue quien ha desarrollado este constructo, también llamado Locus de Control, a partir de la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura, actualmente, conocida como Teoría Cognitiva Social (Rotter, 1966; Bandura, 1986). Esta última, propone que entre la conducta y el ambiente intervienen procesos cognitivos que actúan como mediadores, es decir, que estas operan de modo interactivo, a lo que el propio autor llama reciprocidad triádica (Bandura, 1986). Por lo tanto, señala que el comportamiento se va dar de manera reflexiva, y no automática, ya que los procesos cognitivos determinan, generalmente, cuáles son los estímulos que se reconocerán, de qué forma serán percibidos y la manera en que se tomará acción (Hikal, 2013).

Cabe resaltar, que la Teoría Cognitiva Social es una de las teorías más utilizadas e importantes dentro del campo de las drogodependencias, ya que han sido aplicada a la explicación integradora del consumo de sustancias psicoactivas, sirviendo de base para el desarrollo de intervenciones orientadas a la prevención de recaídas en la deshabituación de la conducta adictiva (Llorente, 1997).

Ahora bien, en cuanto a la creencia de control, entendida como la representación subjetiva que tiene un sujeto sobre sus propias habilidades para controlar o modificar los hechos importantes de su vida (Bandura, 1999; Lazarus & Folkman, 1986; Richaud de Minzi, 1991). Es decir, aquellas creencias que tiene uno mismo sobre las principales causas que hacen que sucedan los distintos acontecimientos (Rotter, 1966). Y además, a estas mismas se le atribuyen reforzamientos, estímulos internos o externos, que crean pensamientos que “justificarían” los comportamientos y actitudes que los sujetos adoptan (Fernández & Caurcel, 2005).

Se sostiene que esta misma, no es una característica fija o predeterminada en el sujeto, sino que podría estar influenciada por variables contextuales o situacionales, ya que la percepción de control puede surgir de una experiencia en la niñez, y luego, ser reforzada por experiencias subsiguientes que van a fijar tal percepción (Bandura, 1986; Prawat, Byers & Duran, 1981; Russell, 1982; Weiner, 1985).

Por otra parte, teniendo en cuenta tales creencias y si el sujeto percibe o no una relación causal entre su conducta y las consecuencias de esta última, se han desarrollado bipolaridades, Locus de control interno y Locus de control externo (Rotter, 1966).

2.3.1 Creencia de Control Interno

Hablamos de creencia de control interno, cuando el sujeto percibe que los resultados que alcanza, son consecuencia y debido a su conducta (Rotter, 1966). En este caso, el individuo siente que tiene la capacidad y el esfuerzo, por lo tanto está en condiciones de modificar su conducta, y de esta forma, dominar el acontecimiento (Ersche et al., 2012).

Se debe tener en cuenta, que varias investigaciones presentan al Locus de control como un importante factor protector de la salud mental, señalando que la creencia de control interna amortigua el efecto de síntomas físicos y emocionales de la enfermedad, mientras que, la creencia externa puede tomarse como predictor de enfermedades (Oros, 2005).

En cuanto al tratamiento para la drogodependencia, se ha evidenciado que una de las variables que se debe priorizar y potenciar en las intervenciones terapéuticas, es la creencia de control interno, principalmente porque disminuye el riesgo del tratamiento durante los dos primeros meses del mismo, y más aún cuando se trata de pacientes con trastornos de personalidad (Martínez González et al., 2015).

2.3.2 Creencia de Control Externo

Con respecto a la otra bipolaridad, creencia de control externo, el individuo cree que la situación no es contingente con su conducta, por lo cual no cree que sean relevantes sus esfuerzos para cambiar el acontecimiento, ya que atribuye los resultados a la suerte, al azar o a personas influyentes (Rotter, 1966). El sujeto tenderá a modificar poco su accionar, para que las circunstancias externas sean la clave del cambio (Ersche et al., 2012). Las diversas experiencias con sucesos incontrolables y no deseables, pueden conducir a la creencia de que uno no puede controlar su destino (Sarason, Johnson & Siegel, 1978).

Ahora bien, diversos estudios han señalado que uno de los factores, que sostiene una adicción, es un sistema de creencias erróneo, ósea de control externo, justamente porque es el malestar lo que genera este tipo de creencias e induce al uso de sustancias psicoactivas (Marín Sánchez, Medina & Barranco-Navarro, 2000).

La sensación de no poder controlar un evento genera frecuentemente un estado de paralización que inhabilita a las personas para alcanzar las metas propuestas (Oros, 2005). Esto puede llevar a una ejecución poco efectiva tanto a nivel cognitivo como conductual y a la aparición de signos de indefensión, depresión y desesperanza (Boggiano 1998; Regehr, Cadell & Jansen, 1999; Terry & Hynes, 1998). Consecuentemente, esta percepción de pérdida de control, también puede generar desmotivación, es decir, una dificultad para emprender nuevas conductas, reduciendo la motivación para controlar el comportamiento y generando dificultades para evaluar y planificar el éxito o el fracaso de la conducta (Crumbaugh, 1977). Por tales motivos, adquiere gran relevancia considerar el sistema de creencias del individuo a la hora de proponer un tratamiento (Ersche et al., 2012). Más aún, cuando se haya detectado un caso que sea comórbido con algún trastorno de personalidad, ya que los pacientes se identifican más con sus creencias nucleares, potenciándose su locus de control externo; Siendo coherente con la clínica de esta psicopatología porque suelen exculparse para atribuirle a otros sus propios errores, creyendo que los problemas que sufren tienen un origen externo a ellos mismos (Beck & Freeman, 1995).

2.4 Estrategias de afrontamientos

La segunda variable que se ha propuesto en la presente investigación e independiente de la anterior, es la estrategia de afrontamiento, ya que uno de los retos diferenciales del

tratamiento para drogodependientes es poder afrontar y tolerar los estados emocionales desagradables (Martínez González & Trujillo, 2003).

Se ha evidenciado que frente a situaciones que generan estrés, las personas suelen poner en marcha una serie de mecanismos que reciben el nombre de afrontamiento, que se refiere a “esfuerzos cognitivos y conductuales, en constante cambio, para gestionar específicamente las demandas internas y/o externas que son concebidas como agotadoras o que exceden los recursos de la persona” (Lazarus & Folkman, 1984, p. 141). Cabe resaltar, que distintos autores señalan que la aparición del estrés o de otras reacciones emocionales, está influida por un proceso de evaluación cognitiva que el sujeto realiza acerca de la situación que afronta. Este proceso consta de dos fases, primeramente, la persona evalúa las consecuencias que la situación puede tener para ella misma, es decir, una evaluación primaria. Y luego evalúa los recursos con los que se dispone para evitar o reducir las posibles consecuencias negativas de la situación, que es percibida como una amenaza o un desafío, o sea, una evaluación secundaria. Y esta segunda valoración es la que propone la estrategia de afrontamiento que se llevará a cabo (Romero et al., 2010). Es decir, el afrontamiento dependerá de la evaluación respecto a que pueda o no hacerse algo para cambiar la situación (Belloch & Sandín, 1995).

Se destacan dos grandes dimensiones de afrontamiento, por un lado estrategias de afrontamiento que se vinculan o son orientadas a la tarea/problema, y por otro lado, estrategias vinculadas a la emoción. Se debe tener en cuenta que no se concibe que una estrategia de afrontamiento sea más apropiada que otra, sino su funcionalidad, que estará determinada por el tipo de situación en la que se aplique (Gómez et al. 2006).

2.4.1 Estrategias de Afrontamiento centradas en el problema o tarea

Las estrategias cognitivas y conductuales focalizadas en el problema, son aquellas que están dirigidas a modificar o alterar la situación percibida como amenazante o estresante (Lazarus & Folkman, 1986). Este tipo de estrategia suele aparecer cuando el sujeto ha llegado a evaluar las condiciones que dieron origen al problema como susceptibles al cambio (Lazarus & Folkman, 1991).

Por otra parte, algunos autores han determinado que este tipo de afrontamiento disminuye el malestar psicológico, ya que al superar esa situación estresora se da un aumento de la capacidad de ajuste de la persona, sentimientos positivos de valoración personal, satisfacción y goce (Martínez et al. 2006).

Ahora bien, esta dimensión engloba distintas formas de afrontar el problema. Una de ellas es el afrontamiento activo, es decir, acciones directas, llevadas adelante por el sujeto para alterar la situación e intentar cambiarla. Aunque también se puede intentar afrontar un problema a través de la planificación, es decir, pensar en cómo enfrentar la situación, ideando estrategias de acción, pasos a seguir y buscando la mejor manera de manejar el problema. Otra forma distinta, es cuando la persona se involucra en actividades sustitutas para generar fuentes de placer. Y como última opción, cuando la persona intenta buscar apoyo social, es decir, comparte las preocupaciones buscando sustento en ellos (Quaas, 2006).

2.4.2 Estrategias de Afrontamiento centradas en la emoción

En cuanto a las estrategias de regulación emocional son aquellas orientadas a provocar un cambio en cómo es percibida y vivida la situación de estrés, regulando las reacciones emocionales negativas (Lazarus & Folkman, 1986). Esta forma de afrontamiento suele aparecer cuando se ha llegado a la interpretación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno (Lazarus & Folkman, 1991).

Si bien hay que contemplar las situaciones, para poder determinar si esa estrategia de afrontamiento es adaptativa o no para la persona, diversas investigaciones, han identificado que la tendencia al afrontamiento centrado en la emoción se relaciona con la incrementación de malestar y con la presencia de problemas de la salud mental y/o físico (Bal et al. 2003; González & Landero 2008).

Con respecto a esta segunda dimensión, se pueden encontrar formas de afrontamiento como la descarga emocional, es decir, el sujeto se concentra en esa situación amenazante o estresante que está viviendo y exteriorizar estos sentimientos. Por otro lado, se puede optar por la negación de la existencia del problema, o caso contrario, aceptación del problema, es decir que no tiene recursos para afrontarlo. Y por último, hay sujetos que tienden a la evitación cognitiva, es decir, evitar pensar en aquel acontecimiento externo generador de estrés (Mikulic & Crespi, 2008; Quaas, 2006).

3. Antecedentes

En diversas investigaciones que se han realizado, tomando la misma muestra de sujetos, se han estudiado variables como autoeficacia, creencias irracionales, autoconcepto y calidad de

vida (Anicama, Mayorga & Henostroza, 2001; Rodríguez, 2004; Rojas, 2008). Pero se ha comprobado que determinadas variables deben ser el centro de atención en los programas de intervención, como la modificación de creencias y las estrategias de afrontamiento ante determinadas situaciones, porque se vinculan al objetivo terapéutico central, la abstinencia a largo plazo (Arias et al., 2012).

En cuanto a la importancia de la modificación de las creencias, en este caso creencia de control, se han determinado bipolaridades en este constructo. Es decir, que si la persona percibe que los resultados que alcanza, son debidos a su conducta, se habla de un control interno; en cambio sí le atribuye los resultados a la suerte, al azar o a personas influyentes, se habla de control externo (Rotter, 1966). Ahora bien, Beltrán (2016) realizó un estudio con el objetivo de describir la creencia de control en los consumidores de cocaína de su pueblo, en Perú, con una muestra conformada por 84 sujetos. Tras la recolección de datos, llegó a la conclusión que la mayoría de los consumidores presentaban un alto nivel de locus de control externo. Aportando evidencia al anterior resultado, en la investigación de Contreras, Molina y Cano (2014) realizaron un análisis descriptivo sobre la asociación entre las variables consumo de drogas/tipo de drogas, género, edad, grupo de iguales, conducta violenta, tolerancia a la frustración, locus de control y autocontrol en una población infractora de España, a través del análisis de expedientes de menores infractores. Los resultados más relevantes muestran que la amplia mayoría de los sujetos que consumen drogas tiene pares negativos influenciados (75,8%), que la gran mayoría de los menores que muestran conductas violentas son consumidores de alguna sustancia (75,3%). La mayoría de los sujetos que consumen algún tipo de sustancia tienen baja tolerancia a la frustración, déficits en autocontrol y un locus de control externo (71,5%).

Sin embargo, contrariamente en estudios exploratorios, como el que realizó Hernández (2016), teniendo como objetivo encontrar si ciertos rasgos de personalidad, como la ansiedad, el locus de control y la percepción de acoso, pueden actuar como predeterminantes en el consumo de drogas, cuya muestra estaba conformada por 49 participantes de entre 19 y 34 años. Entre las correlaciones significativas, se encontró que las personas con ansiedad facilitadora tienden a mostrar tendencias a la aproximación como al alejamiento del consumo de drogas. Siendo la ansiedad perturbadora la que mantiene a los voluntarios en dirección de aproximación. Por otro lado, en relación al locus de control se obtuvo que las personas con locus de control externo tiendan a alejarse del consumo.

También, en algunos estudios se ha tratado de correlacionar Creencia de control, como en la investigación de Flores (2017), que tuvo como objetivo determinar la relación entre ansiedad y dicho constructo, en 42 residentes, que asistían a un Centro Terapéutico en Perú. Tras el análisis de los datos obtenidos, no se ha encontrado relación significativa alguna.

Cabe resaltar, la investigación exhaustiva que llevaron a cabo Martínez, García, Rojas & Urios (2015), que tuvieron como objetivo analizar la relación entre autoeficacia, autoestima, optimismo, locus de control, habilidades sociales y afrontamiento; como indicadores de riesgo de abandono, para aportar información al diseño de intervenciones más efectivas. La muestra estuvo compuesta por 95 personas que iniciaron el tratamiento por su adicción a la cocaína, la cual el 53.7 % de los pacientes presentaban trastornos de la personalidad. Los resultados evidencian la importancia de prestar suficiente atención en fases iniciales del tratamiento a la estrategia de afrontamiento centrado en la emoción porque se relaciona con menores niveles de autoeficacia, calidad de vida autopercibida, menor nivel de ajuste psicológico y mayor riesgo de abandono del tratamiento. Además, en la medida en que los pacientes se identificaron más con las creencias nucleares de cada uno de los trastornos de la personalidad se potencia su locus de control externo (Beck & Freeman, 1995).

En otra investigación, Obando, Sarmiento y Hoyos (2019), tuvieron como objetivo identificar características del consumo de sustancias y las estrategias de afrontamiento en jóvenes que se encuentran privados de la libertad en un centro de resocialización. Este estudio se conformó con una muestra de 78 jóvenes con edades entre los 16 y 23 años. Finalmente, se obtuvo que las sustancias más consumidas eran alcohol, cigarrillo y marihuana, y que la estrategia positiva más utilizada fue solución de problemas, siendo la evitación emocional la estrategia negativa más alta.

Por otra parte, la investigación de Martínez (2018) tuvo como base principal el estudio de dos elementos psicológicos, las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en las personas en proceso de recuperación de consumo de sustancias del Centro Gran Renacer. Seleccionó para su muestra ex internos de dicho Centro, con un total de 30 sujetos de sexo masculino. Finalmente, tras el análisis de los datos, se estableció que la estrategia menos utilizada es la resolución de problemas, que se alejan del apoyo social y el 63% maneja la estrategia por evitación. La mayor parte de la población manifiesta tener una baja calidad de vida.

En contraposición, a la anterior investigación, con respecto a la estrategia de afrontamiento más utilizada de sujetos en proceso de rehabilitación, Chávez (2015) realiza una investigación, correlacionando creencias irracionales y estilos de afrontamiento en 31 pacientes, entre 18 y 50 años, de un Centro de rehabilitación, y con diagnóstico de dependencia a múltiples sustancias psicoactivas. Los resultados indican que las creencias más frecuentes son “Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos” y “Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta”, mostrando un porcentaje de 67.7% respectivamente; a su vez, el estilo de afrontamiento que presenta un mayor porcentaje (87.1 %) es el enfocado al problema. Finalmente, en la relación entre las creencias irracionales y los estilos de afrontamiento se encontró una correlación moderada.

Por otro lado, Espinosa y Fernández (2016) realizaron una investigación en el Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, Ecuador. Tuvieron como objetivo identificar las estrategias de afrontamiento de situaciones estresantes, utilizando 57 pacientes del área de adicciones, dependientes al alcohol y cocaína. Tras la recolección de los datos, se encontró que el 56,1% de los individuos utilizan como estrategia de afrontamiento el pensamiento desiderativo, lo que indicaba que realizaban un inadecuado manejo de situaciones conflictivas o estresantes, tendiendo a desear que la situación no hubiera pasado; seguido de la estrategia de autocrítica, (22,8%), en la que los individuos se culpan y critican, lo que los lleva al aislamiento. El análisis evidenció que la tendencia es la misma para los dos grupos de dependencia.

Por último, desde un punto de vista social, un estudio experimental realizado por Wiens y Walker (2015) ha concluido que el fortalecimiento de la creencia social de la adicción como enfermedad mental no sólo no disminuye los sentimientos de estigma y vergüenza en personas con una dependencia leve-moderada sino que incluso afecta negativamente varias de sus percepciones sobre esta conducta como el locus de control, estilo de afrontamiento y niveles de autoeficacia para el consumo controlado.

4. Relevancia

En la presente investigación se midió a través de distintos instrumentos ambas variables, creencia de control y estrategia de afrontamiento, de forma independiente, realizando una comparación de grupos, sujetos que o hayan estado en proceso de rehabilitación y, por otra

parte, en consumidores activos; seleccionando sujetos que son y hayan sido consumidores habituales e intensivos, de acuerdo a la clasificación de consumidores propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Ahora bien, dado los datos epidemiológicos, anteriormente expuestos, sería relevante esta temática para el ámbito psicológico ya que es una problemática social en aumento, que perturba las distintas esferas de la vida del consumidor. Como la esfera familiar, debido a que el consumidor poco a poco rompe sus relaciones interpersonales, consecuencia de su consumo, que lo lleva a tener conductas desde el no cumplimiento de horarios hasta la manipulación y robo de pertenencia del entorno familiar (Hernan, 2015). En cuanto a las incidencias negativas en el ámbito laboral, se pueden resaltar la disminución del rendimiento de acuerdo a las exigencias del puesto de trabajo, la presencia laboral bajo efectos de sustancias psicoactivas pudiendo ocasionar accidentes, etc. (Ferrerías de la Fuente et al., 2001). Y en cuanto a lo social, al ser una práctica estigmatizante y que suele ser asociada con la agresión y delincuencia, lo que lleva al rechazo y discriminación (Hernan, 2015). Para concluir, cabe resaltar que tal es la consecuencia negativa en sus vidas, que en ocasiones estos sujetos corren riesgo de contraer afecciones mentales como trastornos psicóticos inducidos por sustancias.

Teniendo en cuenta que hay sujetos que ya han adquirido tal problemática, se confecciona tal investigación desde una relevancia práctica, ya que podría utilizarse como referencia para la terapia cognitiva conductual, para modificar estas creencias de control sobre las cuales se sostienen pensamientos y dando como opción otras estrategia de afrontamiento para futuras situaciones injuriantes o estresantes para la persona. Así mismo se podría realizar un proyecto a nivel social, que pueda integrar los intereses de aquellos sujetos con una problemática profunda de consumo, para reforzar el control interno, ya que ciertos resultados de nuestra vida son producto de nuestras conductas y que estos consumidores puedan encontrar un reforzamiento, tal como Rotter (1966) lo describe, en el medio social.

4.1 Pregunta de investigación

¿Existe diferencia alguna en la creencia de control y la estrategia de afrontamiento entre sujetos que se encuentran en proceso de rehabilitación y consumidores activos?

5. Objetivos

5.1 Objetivo general

Describir qué variación existe, por un lado en la creencia de control y, por otro en las estrategias de afrontamiento, entre sujetos en proceso de rehabilitación y consumidores activos.

5.2 En cuanto a los **objetivos específico** que se pretendieron alcanzar son los siguientes:

- ☐ Detectar qué estrategia de afrontamiento prevalece en consumidores de sustancias psicoactivas y en usuarios que acuden a un centro de rehabilitación.
- ☐ Identificar qué bipolaridad (externa o interna) de la Creencia de Control presenta estas distintas muestras.

6. Hipótesis

Aquellos sujetos en proceso de rehabilitación presentarán una prevalencia de creencia de control interna y una estrategia de afrontamiento enfocada en el problema, a diferencia de los sujetos que son consumidores activos.

6.1 Hipótesis específicas

Los usuarios que asisten a un centro de rehabilitación utilizarán estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema, en comparación a los consumidores activos, que utilizarán como recurso de afrontamiento enfocada en la emoción.

Los consumidores habituales o intensivos presentarán una prevalencia de creencia de control externa, mientras que los sujetos en proceso de rehabilitación tenderían a una creencia de control interna.

7. Metodología

7.1 Diseño

La presente investigación, se realizó con un diseño de tipo cuantitativo, ya que se parte de una teoría y se busca contrastación empírica de dicha teoría a través de la administración de instrumentos. Además, es una investigación no experimental, ya que no se manipulan ni

controlan las variables en cuestión. En cuanto al alcance es comparativo, es decir, que se describirán dos variables, creencia de control y estrategia de afrontamiento, en sujetos Jóvenes que se encuentren en proceso de rehabilitación y, por otra parte, en consumidores activos. Y en cuanto a la temporalidad es transversal, o sea los instrumentos se administran una única vez (Hernández Sampieri, 2014).

7.2 Participantes

En cuanto a la muestra, estuvo conformada por 70 participantes, de los cuales se seleccionó a 35 sujetos jóvenes entre 18 y 30 años que asistieron a un centro de rehabilitación, y por otro lado, 35 sujetos, del mismo rango etario, que son consumidores activos. Por lo tanto, el tipo de muestreo es no probabilístico de tipo intencional-bola de nieve, o sea, por un lado se seleccionó a un número de individuos que reúnen determinadas características, y además, se les ha preguntado de otros sujetos para llegar a los mismos (Hernández Sampieri, 2014).

Ahora bien, se tuvo como criterios de inclusión tener entre 18 y 30 años, y haber tenido un problemática de consumo profundo y teniendo como consecuencia la asistencia a un centro de rehabilitación. Por otro lado, sujetos que actualmente sean consumidores habituales o intensivos, es decir que consuman cada semana o incluso de forma diaria. Por lo tanto, los sujetos que no cumplieron con estos criterios, se lo ha tomado como criterio de exclusión.

7.3 Instrumentos

Para la recolección de los datos, se administraron un Cuestionario Socio demográfico y dos inventarios:

- En cuanto al Cuestionario Socio-demográfico fue elaborado ad hoc para los fines de la presente investigación. Estas preguntas socio demográficas fueron tendientes a conocer: edad, genero, si era usuario de un centro de rehabilitación o no; su frecuencia de consumo, es decir, si es consumidor ocasional, habitual o intensivo; y que tipo de drogas consume o consumió.
- Para medir esta percepción de control, se utilizó la *Escala de Locus de Control de Rotter 1966*, adaptación española por Pérez en 1984. Proporciona una medida del LOC percibido en distintas situaciones de la vida cotidiana. La misma consta de 29 ítems, y con una modalidad de respuesta dicotómica / forzada, donde cada ítem se compone de dos frases, una relativa a expectativas de control externo,

otra relativa a las expectativas de control interno, y además, seis ítems son distractores (1, 8, 14, 19, 24,27). En cuanto a la puntuación obtenida, es decir la suma por cada una de las siguientes respuestas: 2.a, 3.b, 4.b, 5.b, 6.a, 7.a, 9.a, 10.b, 11.b, 12.b, 13.b, 15.b, 16.a, 17.a, 18.a, 20.a, 21.a, 22.b, 23.a, 25.a, 26.b, 28.b, 29.a. ; refiriéndose al grado de externalismo, es decir, el grado de tendencia a percibir que las consecuencias de sus conductas dependen de factores ajenos a su control, como la suerte, el destino o la participación de otras personas (Pérez, 1984). El punto de corte es de 13 puntos, es decir, 13 o más daría cuenta de creencia de control externa. Con respecto al coeficiente de Fiabilidad de resultados es de ($\alpha = .68$), presentando adecuadas propiedades psicométricas, y el método de su confiabilidad fue basado en una sola aplicación del test.

- Por último, para medir el estilo de afrontamiento, entendiendo a este último como las respuestas cognitivas o comportamentales que se implementan para reducir o eliminar el distrés psicológico o las condiciones estresantes (Fleishman, 1984). Se administró el *Inventario de respuestas de afrontamiento para Adultos [CRI-A]*, desarrollado por Moos en 1993, y con una adaptación argentina por Mikulic & Crespi en 2008. Este inventario está conformado por 48 reactivos/ítems, con una modalidad de respuesta tipo Likert, es decir, nunca (0), una o dos veces (1), algunas veces (2), y muchas veces (3). En cuanto a la confiabilidad, su consistencia interna tanto global como en sus dimensiones es de ($\alpha = 0.88$), presentando adecuadas propiedades psicométricas. Además posee una validez factorial de .87, que identificó dos factores principales: aproximación y evitación.

Ahora bien, se evalúan ocho respuestas de afrontamiento:

- Análisis Lógico (AL): son intentos cognitivos de comprender y prepararse mentalmente para enfrentar un estresor y sus consecuencias. (Ítems 1, 9, 17, 25, 33 y 41)
- Revalorización Positiva (R): son intentos cognitivos de construir y reestructurar un problema en un sentido positivo mientras se acepta la realidad de una situación. (Ítems 2, 10,18, 26, 34, 42)

- **Búsqueda de Orientación y Apoyo (BA):** son intentos conductuales de buscar información, apoyo y orientación. (Ítems 3, 11, 19, 27, 35, 43)
- **Resolución de Problemas (RP):** son intentos conductuales de realizar acciones conducentes directamente al problema. (Ítems 4, 12, 20, 28, 36, 44)
- **Evitación Cognitiva (EC):** son intentos cognitivos de evitar pensar en el problema de forma realista. (Ítems 5, 13, 21, 29, 37, 45)
- **Aceptación/Resignación (A):** son intentos cognitivos de reaccionar al problema aceptándolo. (Ítems 6, 14, 30, 22, 38, 46)
- **Búsqueda de Gratificaciones Alternativas (BG):** intentos conductuales de involucrarse en actividades sustitutivas y crear nuevas fuentes de satisfacción. (Ítems 7, 15, 23, 31, 39, 47)
- **Descarga Emocional (DE):** intentos conductuales de reducir la tensión expresando sentimientos negativos. (Ítems 8, 16, 24, 32, 40, 48)

Las subescalas de AL, R, RP y BA se consideran estrategias de aproximación y las subescalas de EC, A, BG y DE se definen como estrategias de evitación. Finalmente para su análisis, se suman los ítems de cada subescala y el resultado se divide por la cantidad de ítems respondidos de la misma.

7.4 Procedimiento

Para la presente investigación se reclutó el total de la muestra, principalmente, mediante una encuesta por Google Forms debido al contexto de COVID-19, usando como medio de difusión las redes sociales. Aunque, algunos de los sujetos que han asistido a un centro de rehabilitación, se le ha facilitado la misma encuesta en formato de papel.

En dicha encuesta por Google Forms, se presentó primero un consentimiento informado explicitando que la presente investigación es voluntaria, anónima y confidencial, con fines académicos para alcanzar el título de grado de la licenciatura en psicología. Luego se pasó a administrar el Cuestionario Socio-demográfico, después la *Escala de Locus de Control de Rotter*, y finalmente el *Cuestionario de Estilos de Afrontamiento*.

7.5 Análisis de datos

Para el análisis de los datos, se empleó, utilizando medidas estadísticas e inferenciales, el software estadístico SPSS 22.0.

Se realizó el pre procesamiento de datos, descartando posibles outliers. Luego, se exploró la distribución de cada variable, obteniéndose una distribución anormal en cada una, con la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, y la homogeneidad de las varianzas entre ellas, con la prueba de Levene y prueba T de Student. Se pasó a realizar un análisis de comparación de grupos, utilizando U de Mann Whitney, para medir la diferencia entre las variables independientes, creencia de control y estrategia de afrontamiento, tanto en el grupo de sujetos que han asistido a un centro de rehabilitación como para consumidores activos.

8. Resultados

8.1 Resultados descriptivos de las variables sociodemográficas

Participaron en la presente investigación un total de 84 sujetos, de los cuales ($n=14$) fueron eliminados por no haber cumplido con los criterios de inclusión y/o no haber completado la encuesta. Por lo tanto, se reclutó una muestra total de 70 sujetos, es decir, 35 personas han asistido a un centro de rehabilitación de consumo problemático para sustancias psicoactivas, y 35 consumidores activos, que no asistieron nunca a una institución.

Ahora bien, se reportó en los sujetos que han asistido a una institución, una edad media de 26,14 ($DE = 3,55$), y en los consumidores activos una edad media de 24,94 ($DE = 3,58$). De acuerdo a la distribución del género, el 41,4% de la muestra era de género femenino, de lo cual el 30% asistió a un centro de rehabilitación, mientras que el 11,4% eran consumidoras activas. Por otro lado, el 58,6% de la muestra era de género masculino, es decir que el 20% asistió a una institución, mientras que el 38,6% eran consumidores activos.

Con respecto a la frecuencia de consumo actual en la muestra, el 42,9% de los consumidores activos, eran consumidores habituales, es decir que consumían cada semana o varias veces por semana, mientras que el 7,1% eran consumidores intensivos, o sea que consumían una o varias veces al día. Cabe resaltar, que no han participado consumidores ocasionales, es decir, que consuman una o dos veces al mes.

Y en cuanto a los usuarios que asistieron a un centro de rehabilitación, el 1,4% eran aun consumidores intensivos actualmente. El 4,3% eran consumidores habituales, el 1,4% consumían una o dos veces al mes, y el 42% de este grupo de sujetos no consumían actualmente.

Por último, se reportó que el tipo de sustancia psicoactiva más consumida, por la muestra total, fue el alcohol con un 92,9 %, seguida por los fármacos con un 57,1 %, los ácidos obtuvieron un 47,1%, la cocaína un 42,9%, el éxtasis y los pegamentos un 24,3 %, la pasta base con un 20,0%, y finalmente la heroína un 5,7%. Cabe señalar, que todos los sujetos han expuesto que consumieron o consumen más de una sustancia.

8.2 Análisis estadístico de la Escala de Locus de Control y del Inventario de respuestas de afrontamiento para Adultos [CRI-A]

Como se reportó anteriormente, se realizó el análisis de normalidad y de homocedasticidad tanto para las variables independientes, creencia de control percibida y estrategia de afrontamiento, como para las dimensiones que conforman esta última, estrategia de aproximación (EA) y estrategia de evitación (EE). Al haber reportado que las variables y dimensiones poseen una distribución anormal, se pasó a utilizar pruebas no paramétricas, específicamente U de Mann Whitney, para llevar adelante el análisis inferencial.

8.3 Comparación de Creencia de control externo entre usuarios de centro de rehabilitación y consumidores activos

En la Tabla 1 se presentan los estadísticos descriptivos y la comparación entre sujetos que han asistido a un centro de rehabilitación y consumidores activos, con respecto a la creencia de control externa. De acuerdo a los resultados obtenidos, no se han encontrado diferencias significativas entre los grupos ($p > 0,05$).

Tabla 1: Comparación de los puntajes medios de creencia de control externa entre usuarios del tro de rehabilitación y consumidores activos

	<i>Usuarios del Centro de rehabilitación</i>			<i>Consumidores Activos</i>			<i>Comparación de grupos</i>	
	<i>n</i>	<i>$\bar{x}$</i>	<i>DE</i>	<i>n</i>	<i>$\bar{x}$</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Creencia de control	35	13.46	3,48	35	13.11	3,27	.425	n.s.

8.4 Comparación de estrategias de afrontamiento en usuarios de centro de rehabilitación y consumidores activos

En la Tabla 2 se presentan estadísticos descriptivos y la comparación entre los usuarios del centro de rehabilitación y consumidores activos, con respecto a las dimensiones de estrategia de afrontamiento y el puntaje total.

Los resultados indicaron que los sujetos que consumen actualmente, presentan mayores estrategias de aproximación que los usuarios que asistieron a un centro de rehabilitación ($t(35)=-.74$; $p<0,001$, respectivamente). Principalmente, se ha encontrado una diferencia significativa en análisis lógicos (AL) y revalorización positiva (R) en dicho grupo con respecto a la presente dimensión ($t(35)=-2,31$; $p<0,001$ y $t(29)=-,96$; $p<0,001$, respectivamente). En cambio, en resolución de problemas (RP) y búsqueda de orientación y apoyo (BA), que conforman la misma dimensión, no se han encontrado diferencias significativas entre grupos.

En cuanto a las estrategias por evitación, de acuerdo a los resultados obtenidos, los usuarios del centro de rehabilitación presentan mayor tendencia a adoptar este tipo de afrontamiento ($t(35)=.83$; $p<0,001$ respectivamente). De acuerdo a esta dimensión, se encontró una diferencia significativa en las estrategias adoptadas por este grupo, en evitación cognitiva (EC), aceptación/ resignación (A) y descarga emocional (DE) ($t(35)=1,51$; $p<0,001$, $t(35)=1,09$; $p<0,001$ y $t(35)=.79$; $p<0,001$, respectivamente). En cambio, se ha encontrado que en búsqueda de gratificaciones alternativas (BG), catalogada como estrategia por evitación, presentan puntajes significativamente mayores los consumidores activos, a comparación de los usuarios del centro de rehabilitación ($t(35)=-1,71$; $p<0,001$, respectivamente).

Finalmente, de acuerdo al puntaje total del constructo Estrategia de Afrontamiento, los resultados indicaron que los consumidores activos presentan un mayor puntaje a comparación de los usuarios de una institución.

Tabla 2: Comparación de los puntajes medios de las estrategias de afrontamiento entre usuarios de centro de rehabilitación y consumidores activos

	<i>Usuarios del Centro de Rehabilitación</i>			<i>Consumidores Activos</i>			<i>Comparación de grupos</i>	
	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>DE</i>	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Estrategia por Aproximación	35	38.11	19.76	35	40.83	8.90	-.74	<0.001
AL	35	9.37	5.23	35	11.69	2.75	-2.31	<0.001
R	35	9.69	6.16	35	10.86	3.63	-.96	<0.001
RP	35	10.29	5.82	35	10.11	3.62	.15	n.s
BA	35	8.77	5.15	35	8.17	3.28	.58	n.s
Estrategia por Evitación	35	36.49	13.69	35	34.23	8.38	.83	<0.001
EC	35	11.06	6.04	35	9.29	3.40	1.51	<0.001
A	35	8.54	3.66	35	7.66	3.08	1.09	<0.001
BG	35	7.46	5.00	35	8.57	3.59	-1.07	<0.001
DE	35	9.43	4.16	35	8.71	3.28	.79	<0.001
Puntaje total	35	74.60	30.04	35	75.05	15.09	-.80	<0.001

Nota: Prueba U de Mann Whitney; Prueba T de Student; AL= Análisis Lógico; R = Revalorización Positiva; RP = Resolución de Problemas; BA = Búsqueda de orientación y apoyo; EC= Evitación Cognitiva; A = Aceptación/ resignación; BG = Búsqueda de Gratificaciones Alternativas; DE = Descarga Emocional; n.s. = no significativo.

9. Conclusión

La finalidad de esta investigación fue describir qué variación existe, por un lado en la creencia de control y, por otro, en estrategias de afrontamiento, entre sujetos en proceso de rehabilitación y consumidores activos. Los principales resultados reportan, que en cuanto a la creencia de control, no hay una tendencia unidireccional hacia alguna de las bipolaridades del constructo, por algunos de los grupos. Y con respecto a la estrategia de afrontamiento, los resultados arrojan que, los usuarios de rehabilitación tienden a adoptar más estrategias por evitación (EE), como evitación cognitiva (EC), aceptación/ resignación (A) y descarga emocional (DE). En cambio los consumidores activos presentan mayores estrategias por aproximación (EA), como análisis lógico (AL) y revalorización positiva (RP). Sin embargo, se ha detectado que también tienden a utilizar más estrategias relacionadas a la búsqueda de gratificaciones alternativas, una estrategia por evitación.

Debido a estos hallazgos, la hipótesis de que los sujetos en proceso de rehabilitación presentarían una prevalencia de creencia de control interna y una estrategia de afrontamiento por aproximación, a comparación de los sujetos consumidores activos, se refuta. No se ha encontrado una diferencia significativa entre los grupos en cuanto a la creencia de control. En estrategias de afrontamiento las prevalencias halladas fueron opuestas a lo supuesto. Por consiguiente, se refuta la primera hipótesis específica, los usuarios que asisten a un centro de rehabilitación utilizan más estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema. Y por último, también se refuto la segunda hipótesis específica, los consumidores habituales o intensivos actuales presentarán una prevalencia de creencia de control externa.

Como se señaló anteriormente, no se encontró diferencia alguna entre los grupos, en cuando a la creencia de control. Este hallazgo no concuerda con los estudios previos, donde relevan que los consumidores activos presentan un alto nivel de locus de control externo (Beltran, 2016; Contretas, Molina y cano 2014). Esta discrepancia, podría deberse a que en los sujetos con trastorno por abuso de sustancia, padecen mayormente comorbilidad con otras enfermedades mentales, principalmente trastorno de personalidad y esquizofrenia. Donde las creencias nucleares potencian el locus de control externo, haciendo que crean que los problemas o situaciones que viven, tienen un origen externo a ellos. Se encuentran estas enfermedades con una frecuencia de entre 47% y 90% (Beck & Freeman, 1995; Larrañaga, 2006). Esto podría ser relevante para interpretar que es posible que en la muestra seleccionada de esta investigación, haya habido comorbilidad de trastornos.

Ahora bien, con respecto a las estrategias de afrontamiento, los resultados han indicado que hay diferencias significativas entre los grupos. Es decir, que los usuarios de rehabilitación tienden a llevar adelante más estrategias enfocadas en la emoción, específicamente aceptación/resignación (A), descarga emocional (DE) y siendo la más utilizada la evitación cognitiva (EC). Mientras que los consumidores activos tienden a desarrollar estrategias enfocadas en el problema o por aproximación, principalmente análisis lógico y revalorización positiva. Estos hallazgos son controversiales, ya que por un lado coincide con el estudio previo de Martínez (2018), donde se señala que ex internos de un centro de rehabilitación, la estrategia menos utilizada era resolución de problemas, perteneciente a las estrategias por aproximación, y sobre todo la mayoría de los sujetos manejaban actualmente las estrategias por evitación. Aportando evidencia a esto último, el estudio de Obando, Sarmiento y Hoyos (2019), ha relevado al igual que el presente estudio que la estrategia negativa más adoptada era la evitación cognitiva. Por otro lado, los resultados de la presente investigación, no coinciden con lo recolectado en el

estudio de Chávez (2015), en el cual señala que el 87% del total de su muestra, sujetos en proceso de rehabilitación, utilizaban estrategias enfocadas en el problema. Esta discrepancia podría deberse a que la eficacia de los tratamientos para drogodependientes oscila entre 2 y 5 años, debido a que generalmente es una problemática de larga data en la persona (Fortea Martínez, 2015). Cabe resaltar nuevamente, que la modificación de la estrategia de afrontamiento es una de las prioridades del tratamiento, ya que se sabe por literatura previa que si el afrontamiento se produce centrado en la emoción, mayor será el riesgo de abandono durante los primeros meses de tratamiento (Martínez-González et al., 2015). Esto podría ser relevante para interpretar, que en los resultados obtenidos en esta investigación, influyó el tiempo que los sujetos asistieron al centro de rehabilitación.

Si bien, en esta ocasión se ha encontrado que los consumidores activos se inclinarían hacia las estrategias por aproximación, no es un dato menor el hallazgo de que también tienden a llevar adelante estrategias de búsqueda de gratificación alternativas, entendida como intentos conductuales de involucrarse en actividades sustitutivas y crear nuevas fuentes de satisfacción. Como podría ser el acto de consumir, ya que lo que generalmente se busca es sentirse mejor por alguna situación estresante que se enfrenta, debido a que trae la percepción de aliviar el sufrimiento aunque sea por un instante (López, 2013).

Asimismo, también se encontraron datos relevantes sobre los tipos de sustancias psicoactivas más consumidas por la presente población clínica. El alcohol, fue consumido por el 92,9% de la muestra total, dato que coincide con lo relevado por intoxicación en el Hospital Fernández y la investigación llevada adelante en un centro de rehabilitación para personas privadas de su libertad (BA, 2015; Obando, Sarmiento y Hoyos, 2019). Hay que contemplar, que en el perfil de abuso sobre esta sustancia, predomina el sujeto joven (Míguez, 1999). Se puede interpretar que esta “droga de inicio” es una sustancia legal, no regulada y de fácil acceso. Sin embargo, es importante resaltar que el alcohol es combinado con otros tipos de drogas, es decir que se habla de un policonsumo, como lo releva la presente investigación. (Ahumada, 2003; Rossi et al., 2003; SEDRONAR, 2014).

Otro dato relevante, fue que diversas sustancias psicoactivas se han posicionado actualmente como las más consumidas, como los psicofármacos 57,1 % y los ácidos con un 47,1%, superando a la cocaína (42,9%). El uso ilícito de los psicotrópicos, fuera de prescripción médica, puede relacionarse con el propósito que tienen sujetos de potenciar los efectos de algunas drogas como el alcohol. A su vez, también son consumidos para poder relajarse y/o desconectarse del mundo (Mori y Baltazar, 2011). Distintas investigaciones, han identificado

que los psicofármacos hipnóticos y sedantes como el alprazolam, son los más utilizados, justamente porque son tranquilizantes y sedativos (Kaufmann et al., 2016; Vicente Sánchez et al., 2013). Se debe tener en cuenta, que al haber un aumento de personas con ciertos síntomas a los cuales se le prescriben este tipo de medicación, facilita el acceso a estas sustancias, ya que son extraídas de los hogares tanto para la venta como para el consumo personal (Mori y Baltazar, 2011).

Con respecto a los ácidos, droga alucinógena, es decir que altera el pensamiento, sensaciones y percepción. Distintos estudios han comprobado que no genera dependencia física, sino que es consumida actualmente de forma esporádica y recreativa, ya que depende del estado de ánimo de la persona, el ambiente donde este, etc., de lo contrario puede provocar estados desagradables como imágenes terroríficas, sensación de pánico, tristeza, etc. (Royo et al. 2004).

Ahora bien, en cuanto a la variable género, se ha detectado que mayormente los sujetos de género masculino han sido o son drogodependientes. Sin embargo, las personas de género femenino, son las que más asisten al centro de rehabilitación. Esto último podría deberse, a ciertos aspectos que conforman a los roles adjudicados socialmente para cada género, como la maternidad. Se ha evidenciado, en otros estudios que la maternidad se asocia con una mayor motivación para la búsqueda de tratamiento y la adherencia al mismo, es decir, no lo hacen por sí misma en forma directa sino para un otro (Noriega y Bazan, 2012).

Para concluir, sigue siendo recomendable el foco sobre estas variables, creencia de control y estrategias de afrontamiento en el tratamiento de rehabilitación, ya que quizás una creencia de control externa podría desencadenar estrategias de afrontamiento por evitación, tendencias que no ayudarían al sujeto para abandonar el consumo (Beck & Freeman, 1995; Martínez et al. 2015). También, para un mayor éxito en la modificación de estas creencias, es evidente la importancia de un diagnóstico exhaustivo, para descartar o trabajar, posibles comorbilidades de trastornos.

Por último, la importancia de implementar nuevas regulaciones sobre sustancias, ya que como se ha evidenciado, nuevas sustancias visibles están siendo consumidas no con el fin que han sido elaboradas, como los psicofármacos (Kaufmann et al., 2016; Mori y Baltazar, 2011; Vicente Sánchez et al., 2013).

10. Limitaciones

Primeramente se debe tener en cuenta el contexto de pandemia y aislamiento social forzoso, debido al Covid-19, en el cual fue elaborada y desarrollada de manera virtual dicha investigación, quizás, teniendo como consecuencia la falta de control.

Otras limitaciones, que se visualizan, es que el alcance de la investigación no puede establecer causalidades y, además, tiene una temporalidad transversal, es decir, que se administró una única vez los instrumentos. También, se debe tener en cuenta el tamaño reducido de la muestra y que la misma fue obtenida con un tipo de muestreo no probabilístico, teniendo como consecuencia la dificultad de generalizar los resultados.

Además, en la presente investigación faltó medir algunas variables relevantes tanto para vincular a dicha problemática, consumo de sustancias psicoactivas, como para su posterior tratamiento.

Una limitación que se ha hecho notoria, fue la no administración de un test psicológico para detectar posible patología dual, es decir, la presencia de un trastorno por adicción junto a un trastorno de personalidad o cuadro psicótico.

Por último, otra limitación importante fue que no se ha indagado, en los usuarios que asistieron a una institución, sobre el tiempo que se encontraban en dicho tratamiento.

11. Direcciones futuras

Se recomienda para futuras investigaciones, que la presente investigación sea elaborada y desarrollada tras haber finalizado la pandemia y el aislamiento social forzoso, posibilitando plenamente la presencialidad y de esta forma incrementar el control sobre dicha investigación.

Además, sería interesante realizar un estudio de temporalidad longitudinal, es decir, que los instrumentos sean administrados a través del tiempo, para poder visualizar si hay variaciones significativas en los resultados. También, se podría pensar en llevar adelante dicha investigación en un tamaño de muestra significativamente mayor.

Por otro lado, se recomienda medir otras variables relevantes tanto para vincular a dicha problemática, consumo de sustancias psicoactivas, como para su posterior tratamiento.

Se sugiere administrar un test psicológicos para detectar la posible presencia de comorbilidad de enfermedades mentales, y de esta manera delimitar más aun la población, y no contaminar la investigación.

Por último, se recomienda indagar, para las próximas investigaciones, sobre el tiempo que se encuentran en rehabilitación los participantes, ya que esto permitiría contrastar posibles diferencias entre grupos.

11. Referencias Bibliográficas

Ahumada, G. (2003). *Consumo de alcohol en jóvenes*. Buenos Aires: SEDRONAR.

American Psychiatric Association. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Andover, M., Pepper, C. & Gibb, B. (2007). Self-mutilation and coping strategies in college samples. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(2), 238-243.

Albet, J. & Leal, S. (2018). La adicción como enfermedad: ¿Mitigando o alimentando el estigma? *Adicciones*, 30(3), 225-226.

Aranda, C. (2017). Correlación entre las creencias irracionales y estilos de afrontamiento al estrés en pacientes drogodependientes de un centro de rehabilitación de Lima Metropolitana. *Revista Psicológica Herediana*, 10(1-2), 1.

- Aureano, G. (1998). *La construction politique du toxicomane dans l'Argentine post-autoritaire*. Université de Montréal.
- Bandura, A. (1986). *Bases sociales del pensamiento y la acción: Una teoría socio-cognitiva*. Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge University Press.
- Bal, S.; Crombez, G.; Van Oost, P. & Deboodeaudhuij, I. (2003). The role of social support in well-being and coping with self-reported stressful events in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1377-1395.
- Becoña, E. et al. (2012). *Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Beck, A.T. & Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Beltrán, Y., Hernández, A. & Arévalo, A. (2016) *Causas y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes con ambientes de vulnerabilidad familiar y contextos sociales conflictivos*.
<http://stadium.unad.edu.co/preview/UNAD.php?url=/bitstream/10596/3691/3/57298094.pdf>
- Beltran, J. (1932) La responsabilidad de los toxicómanos. *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal*. 19, 192-195.
- Benedetti, E. (2015). *Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático*. Buenos Aires: Altuna Impresores.
- Belloch, A. & Sandin, B. (1995) *Manual de Psicopatología*. McGraw-Hill /Interamericana de España Madrid.
- Buenos Aires Ciudad BA. (2015). *Datos y estadísticas*. Buenos Aires, Argentina
- Casas, M. & Gossop, M. (1993). *Tratamientos Psicológicos en drogodependencias: Recaída y Prevención de Recaídas*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

- Castro, K., Planellas, I. & Kirchner, T. (2014). Predicción de conducta autodestructiva en adolescentes mediante tipologías de afrontamiento. *Universitas Psychologica*, 13(1), 1.
- Caracterización de la demanda espontánea CENARESO. (1978). Buenos Aires, Argentina.
- Carratala, R. (1939) Toxicomanía y delincuencia. *Revista de Psiquiatría y Criminología*, 4 (19), 103-114.
- Condori, D. & Carpio, S. (2013). *Locus de control y satisfacción familiar en Estudiantes preuniversitarios*. (Tesis de grado). Universidad Católica de Santa María, Perú.
- Contreras, L., Molina, V., & Cano, M. (2014). Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: Análisis de Variables Psicosociales Implicadas. *Revista Adicciones*, 24 (1), 31-38.
- Crumbaugh, J.C. (1977). The seeking of Noetic Goals Test (SONG): A complementary scale to Purpose in Life Test (PIL). *Journal of Clinical Psychology*, 33, 900-907.
- Ersche, K. et al. (2012). Who do you think is in Control in Addiction? A Pilot Study on Drug Related Locus of Control Beliefs. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 11(4), 173-223.
- Espinoza Flores, K. (2017). *Relación entre la ansiedad y el locus de control en residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro*. (Tesis de grado). Universidad Católica los Ángeles, Chimbote, Perú.
- Espinosa, N., & Guerrero Fernández, S. (2016). *Estrategias de afrontamiento en pacientes dependientes al alcohol y cocaína internos en el Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, Centro de Reposo y Adicciones CRA*. (Tesis de grado). Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador.
- Fernández, M. & Caurcel, M. (2005). *Importancia del locus de control en el problema del maltrato entre iguales: estudio comparativo entre víctimas y agresores*. (Tesis de grado). Universidad de Granada, España.
- Ferreras, A. et al. (2001). *Manual de valoración de la Incapacidad Laboral en las enfermedades Psiquiátricas*. INMST. Madrid. pág. 72.

- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1991). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475.
- Fortea Martínez, O. (2015). *Consumo de drogas (modalidades de tratamiento)*. (Tesis de grado). Universidad Jaume, Brasil.
- Grigoravicius, M. (2006). *Una perspectiva histórico social para la comprensión del “problema drogas”*. XIII Jornada de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Grimson, W. (1999). *Sociedad de adictos*. Buenos Aires, Editorial Planeta.
- Gómez, J., Luengo, A., Romero, E., Villar, P. & Fernández, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International journal of clinical and health psychology*, 6 (3), 581-597.
- González Hernández, E. (2016). *Factores de personalidad y acoso como pre determinantes en el consumo de drogas*. (Tesis de grado). Universidad de la Laguna, España.
- González, M. & Landero, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23 (1), 7-18.
- Hernán, M. (2015). Adolescente y nuevas adicciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 309-322.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F: Mc. Graw Hill.
- Hikal, W. (2013). *Criminología psicológica*. México: Editorial Porrúa.
- Iraurgi, I. & Corcuera, N. (2008). Craving: concepto, medición y terapéutica. *Revista Norte de Salud Mental*, (32), 9-22.
- Kaufmann, C., Spira A., Alexander G., Rutkow L., Mojtabai R. (2016) In prescribing of sedative-hypnotic medications in the USA: 1993-2010. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 25(6):637-4.

- Lapegna, P. & Viotti, N. (2001). *La figura del toxicómano en el discurso médico-legal de la Argentina finisecular*. Buenos Aires: MIMEO.
- Larrañaga, J. (2006). Comorbilidad de trastornos mentales y adicciones. In *Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional*. (10).
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Levin, L. (2013). Pastores, psicólogos y psiquiatras. Disputas en los tratamientos públicos para adictos en la Argentina, 1970-2005. *Instituto de Estudios en Salud, Sociedad, Ciencia y Tecnología; Ëa Journal*, 5 (1), 1-48.
- Lezama, T., Ortega, G. & Valz, H. (2001) Estilos de afrontamiento al estrés en pacientes drogadependientes. *Revista de Investigación en Psicología*, 4(1), 1.
- López, M. (2013). *Cuidado con las conductas autodestructivas*.
<http://www.terra.com.mx/articulo.aspx?articuloId=874360>
- Marín Sánchez, M., Medina, I. & Barranco Navarro, J. (2000). “Locus de control” y uso de drogas en adolescentes: Un Análisis Teórico. *Revista de Psicología de la Salud*, 12(2), 111-126.
- Martínez, V. & Yesaved, M. (2018). *Las estrategias de afrontamiento y su influencia en la calidad de vida de las personas en proceso de recuperación del trastorno por consumo de sustancias en el Centro Gran Renacer*. (Tesis de grado). Universidad Tecnológica Indoamerica, Ecuador.
- Martínez González, J., Albein Urios, N., Lozano Rojas, O., & Verdejo García, A. (2015). Variables de interés clínico en el tratamiento cognitivo-conductual de la adicción a la cocaína: Especificidad de los trastornos de la personalidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(2), 115-123.
- Martínez González, J. & Trujillo, H. (2003). *Tratamiento del drogodependiente con trastornos de la personalidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Martínez, A. Reyes, G., Garcia, A. & Gonzales, M. (2006). Optimismo/ pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 66-72.

- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Conaculca.
- Miguez, H. (1999). *Encuesta Epidemiológica sobre Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Argentina*. Buenos Aires: SEDRONAR
- Mikulic, I. & Crespi, M. (2008). Adaptación y validación de Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Moos (CRI-A) para adultos. *Anuario de investigación*, 15, 305-312.
- Montero Corominas, D. Catalá López, F. (2013). Trends of use of anxiolytics and hypnotics in Spain from 2000 to 2011. *Revista Española Salud Pública*, 87(3):247-5
- Mori, E. & Baltazar, G. (2011). Consumo de psicofármacos estimulantes y tranquilizantes sin indicación médica y factores psicosociales asociados en la población escolar adolescente del Perú, 2009. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(3), 1-5.
- Noriega, G. & Bazán, A. (2012). Género y adherencia al tratamiento: Mujeres drogodependientes de un centro de integración juvenil en el norte de México. *Revista de México*, 17(19), 205 – 236.
- Obando Silva, L., Sarmiento Guaca, J. & Hoyos Romero, E. (2019). Consumo de sustancias psicoactivas y estrategias de afrontamiento en adolescentes y jóvenes infractores. (Tesis de grado). Universidad El Bosque, España.
- Obarrio, J.(1924). Proyecto de legislación sobre alienados, toxicómanos y pródigos. *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal*, 11, 139-171.
- Observatorio Argentino de Drogas SEDRONAR. (2014). *Principales indicadores relativos al consumo de sustancias psicoactivas*. Buenos Aires, Argentina.
- OMS. (2008). *Glosario de términos*. World Health Organization, 52.
- Pérez, G. (1984). Dimensionalidad del constructo «Locus of Control». *Revista de Psicología General y Aplicada*, 39(47),14-88.
- Pietschmann, T. (2007). Un siglo de fiscalización internacional de drogas. *Boletín de estupefacientes*, 59(1), 1-167.

- Policia Federal Argentina. (1973). Estadística comparativa de delitos en jurisdicción de la Policía Federal Argentina, años 1971/72. Buenos Aires, Argentina.
- Prawat, R., Byers, J. & Durán, W. (1981). Attitude Development in American and Venezuelan Schoolchildren. *The Journal of Social Psychology*, 115(2), 149-158.
- Quaas, C. (2006). Diagnóstico de Burnout y técnicas de afrontamiento al estrés en profesores universitarios de la Quinta Región de Chile. *Psicoperspectivas*, 5, 65-76.
- Romaní, O. (1999). *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
- Romero, A. et al. (2010). Estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en jóvenes tenistas de competición. *Revista de Psicología del Deporte*, 19(1), 117-133.
- Rossi, D., Pawlowicz, M., Cymerman, P., Goltzman, P. & Touze, G. (2003): “*Evaluación Rápida y Desarrollo de Respuestas en el Uso de Cocaína Inhalable y la Conducta de Riesgo Sexual en Buenos Aires 2002-2003*”. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.
- Royo Isach, J., Magranéb, M., Martíb, R. & Gómezb, S. (2004). Alucinógenos: ¿drogas para soñar? Una intervención preventiva y asistencial desde el ámbito de la atención primaria. *Atención primaria*, 33(6), 331.
- Rubio, G. et al. (2002). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid: Panamericana.
- Russell, D. (1982). The Causal Dimension Scale: A Measure of How Individuals Perceive Causes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(6), 1137-1145.
- Sarason, I., Johnson, J. & Siegel, J. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the life experience survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46 (1), 932-946.
- Vázquez, C. (2003). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. Madrid: Síntesis.
- Wills, T. & Hirky, A. (1996). *Coping and substance abuse: A theoretical model and review of the evidence*. (pp. 279–302) New York: Wiley.

Weiner, B. (1985). Teoría de la atribución de la motivación al logro y la emoción. *Revista de Psicología*, 92(4), 548-573.

Weissmann, P. (2001). Degenerados y viciosos. Primeras conceptualizaciones acerca de las toxicomanías en la Argentina. *Temas de historia de la Psiquiatría Argentina*, 12, 1-8.

13. Anexos

Consentimiento Informado

Mi nombre es Paola Romero, y en este cuestionario quisiera pedirte que nos cuentes un poco sobre tus creencias y tu forma de afrontar ciertas situaciones. La presente encuesta se enmarca dentro de una tesis de Licenciatura en Psicología en la Universidad Abierta Interamericana (UAI). Por tal motivo, si tenés entre 18 y 30 años y alguna vez tuviste contacto con el consumo de sustancias psicoactivas nos interesa tu opinión. El tiempo que demandará tu participación será de aproximadamente 15-20 min. La información brindada será anónima y tus datos no serán difundidos. Los resultados de la misma serán utilizados sólo para fines académicos-científicos. Y recordá que no hay respuestas correctas o incorrectas.

Certifico ser mayor de 18 años, que he sido informado(a) con claridad y veracidad acerca de la investigación académica a la cual he sido invitado(a) a participar, y que actúo consecuentemente, de forma voluntaria como colaborador(a). Además, he sido informado de que no se me brindara una devolución de los datos obtenidos.

Desde ya muchas gracias por su colaboración.

Firma: _____

Cuestionario Sociodemográfico

Por favor, Complete y marque con sus datos el siguiente apartado.

Edad: _____ años

Sexo: 1. Masculino 2. Femenino

¿Asiste actualmente a un centro de rehabilitación para consumo problemático de sustancias psicoactivas, granja o comunidad terapéutica?

1. Si 2. No

¿Consume actualmente sustancias psicoactivas?

2. Si 2. No

Si su respuesta fue **Sí**, ¿Con qué frecuencia consume?

1. Una o dos veces al mes
2. Cada semana o varias veces por semana
3. Una o varias veces al día

Si alguna vez consumiste o consumís drogas indica cuáles has consumido. (Podes seleccionar más de una opción).

1. Alcohol
2. Psicofármacos / Pastillas
3. Cocaína
4. Pasta Base/"Paco"
5. Éxtasis/Drogas de diseño
6. Heroína
7. Pegamentos
8. Ácidos

Escala de Locus de Control de Rotter

A continuación, le presentamos pares de frases que indican diferentes actitudes u opiniones ante la vida. Por cada ítem elija la opción que mejor refleje su parecer. No hay respuestas correctas o incorrectas. Sólo responda con sinceridad.

Item 1
a. ☐ Los niños se meten en problemas porque sus padres los retan mucho.
b. ☐ Hoy en día, el problema con la mayoría de los niños es que sus padres son demasiado permisivos con ellos.
Item 2
a. ☐ La mayoría de las situaciones tristes que ocurren en la vida de las personas se deben, en parte, a la mala suerte.
b. ☐ Las desgracias que sufren las personas son el resultado de los errores que cometen.
Item 3
a. ☐ Una de las principales razones de que haya guerras es el hecho de que las personas no se interesan lo suficiente en la política.
b. ☐ Siempre existirán las guerras, no importa cuán arduamente las personas traten de evitarlas.
Item 4
a. ☐ A la larga, las personas obtienen el respeto que se merecen en este mundo.
b. ☐ Desafortunadamente, muchas veces el valor de una persona no es reconocido, a pesar de lo mucho que haga.
Item 5
a. ☐ La idea de que los maestros son injustos con los estudiantes es una tontería.
b. ☐ La mayoría de los estudiantes no se da cuenta hasta qué punto las situaciones inesperadas influyen en sus calificaciones.
Item 6
a. ☐ Sin apoyo suficiente, uno no puede ser un líder eficaz.
b. ☐ Las personas capaces que no logran ser líderes es porque no han sabido aprovechar sus oportunidades.
Item 7
a. ☐ No importa lo que hagas, siempre habrá alguien a quien no le caés bien.
b. ☐ Las personas que no logran agradar a los demás es porque no saben relacionarse con los otros.

Item 8
a. ☐ La personalidad está fuertemente determinada por la herencia.
b. ☐ Son nuestras experiencias de vida lo que determinan qué somos.
Item 9
a. ☐ A menudo he notado que lo que tiene que suceder, sucederá.
b. ☐ Confiar en el destino nunca ha resultado para mí tan bueno como el decidirme por un determinado curso de acción.
Item 10
a. ☐ Para un estudiante bien preparado raramente existen los exámenes injustos.
b. ☐ Muchas veces las preguntas de los exámenes tienden a estar tan poco relacionadas con el trabajo en el curso, que estudiar resulta realmente inútil.
Item 11
a. ☐ Llegar a tener éxito es cuestión de trabajo duro, la suerte tiene poco o nada que ver con ello.
b. ☐ Conseguir un buen trabajo depende, principalmente, de estar en el lugar correcto, en el momento oportuno.
Item 12
a. ☐ El ciudadano común puede tener influencia en las decisiones del gobierno.
b. ☐ Este mundo está manejado por unas pocas personas que se encuentran en el poder, y el hombre común no puede hacer mucho respecto de ello.
Item 13
a. ☐ Cuando hago planes, estoy casi seguro de poder realizarlos.
b. ☐ Hacer planes con mucha anticipación no siempre es bueno, porque muchas cosas parecen ser cuestión de buena o mala suerte.
Item 14
a. ☐ Hay ciertas personas que directamente no son buenas.
b. ☐ Todas las personas tienen algo bueno.
Item 15
a. ☐ En mi caso, obtener lo que quiero tiene poco o nada que ver con la suerte.
b. ☐ Muchas veces podríamos decidir qué hacer simplemente tirando una moneda.
Item 16
a. ☐ Frecuentemente, llegar a ser jefe depende de haber tenido la buena suerte de estar primero en el lugar correcto.
b. ☐ Lograr que las personas hagan lo correcto depende de su capacidad, la suerte tiene poco o nada que ver con ello.

Item 17	
a. ☐ En relación a los sucesos mundiales, la mayoría de nosotros somos las víctimas de fuerzas que no podemos ni entender ni controlar.	
b. ☐ Participando activamente en la política y en las cuestiones sociales, las personas pueden controlar lo que sucede en el mundo.	
Item 18	
a. ☐ La mayoría de las personas no se dan cuenta hasta qué punto sus vidas están controladas por hechos accidentales.	
b. ☐ En realidad, no existe algo llamado "suerte".	
Item 19	
a. ☐ Uno debería estar siempre dispuesto a admitir sus errores.	
b. ☐ En general es mejor ocultar los propios errores.	
Item 20	
a. ☐ Es difícil saber si, realmente, le agradas o no a una persona.	
b. ☐ La cantidad de amigos que tienes depende de cuán agradable eres.	
Item 21	
a. ☐ A la larga, lo malo que nos sucede se compensa con lo bueno que nos pasa.	
b. ☐ La mayoría de las desgracias son el resultado de la falta de capacidad, la ignorancia, la haraganería o de las tres juntas.	
Item 22	
a. ☐ Si nos esforzamos lo suficiente, podemos eliminar la corrupción en la política.	
b. ☐ Es difícil para la gente tener demasiado control sobre lo que hacen los políticos en su cargo.	
Item 23	
a. ☐ A veces me cuesta entender cómo los maestros llegan a las notas que ponen.	
b. ☐ Existe una relación directa entre cuán duro estudio y las notas que obtengo.	
Item 24	
a. ☐ Un buen líder espera que las personas decidan por sí mismas lo que deben hacer.	
b. ☐ Un buen líder indica claramente a todos cuáles son sus tareas.	
Item 25	
a. ☐ Muchas veces siento que tengo poca influencia sobre las cosas que me suceden.	
b. ☐ Me resulta imposible creer que el azar o la suerte tienen un papel importante en mi vida.	
Item 26	
a. ☐ Las personas que están solas es porque no intentan ser amigables.	
b. ☐ No tiene mucho sentido tratar de agradar a la gente; si les gustás, les gustás.	

Item 27	
a. ☐ En la escuela secundaria se pone mucho énfasis en el deporte.	
b. ☐ Los deportes en equipo son una excelente manera de moldear el carácter.	
Item 28	
a. ☐ Lo que me sucede, es el resultado de mis propias acciones.	
b. ☐ A veces siento que no tengo suficiente control sobre el rumbo que está tomado mi vida.	
Item 29	
a. ☐ La mayoría de las veces no logro comprender por qué los políticos se comportan en la forma en que lo hacen.	
b. ☐ A la larga, las personas son responsables de los malos gobiernos, tanto a nivel nacional como local.	

Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos [CRI-A]

Ahora piense acerca de los problemas que haya experimentado en los últimos 12 meses (por ejemplo, un problema familiar, enfermedad o muerte de un amigo o familiar, problemas económicos o laborales, etc.) Luego describa brevemente uno de aquellos problemas sobre la línea punteada.

.....

Finalmente, por favor, conteste cada una de las preguntas que se refieren al problema o situación que describió anteriormente, seleccionando la respuesta apropiada:

- Marque 0 si su respuesta es "NUNCA"

-Marque 1 si su respuesta es "UNA O DOS VECES"

-Marque 2 si su respuesta es "ALGUNAS VECES"

-Marque 3 si su respuesta es "SIEMPRE"

1- ¿Pensó en diferentes formas de manejar el problema?	0	1	2	3
2- ¿Se dijo a Ud. mismo cosas para sentirse mejor?	0	1	2	3
3- ¿Conversó con su cónyuge o algún otro familiar acerca del problema?	0	1	2	3
4- ¿Hizo un plan de acción y lo siguió?	0	1	2	3
5- ¿Trató de olvidar todo lo relativo al problema?	0	1	2	3
6- ¿Pensó que el tiempo arreglaría las cosas, que lo único que tenía que hacer era esperar?	0	1	2	3
7- ¿Trató de ayudar a otros a manejarse con problemas similares?	0	1	2	3
8- ¿Se descargó con otros cuando se sentía depresivo o enojado?	0	1	2	3
9- ¿Trató de tomar distancia de la situación y ser más objetivo?	0	1	2	3
10- ¿Se planteó a Ud. mismo el cuán peores las cosas podrían haber sido de lo que fueron?	0	1	2	3
11- ¿Conversó con algún amigo acerca del problema?	0	1	2	3

12- ¿Sabía qué es lo que había que hacer y trabajó para hacer que las cosas funcionen?	0	1	2	3
13- ¿Trató de no pensar acerca del problema?	0	1	2	3
14- ¿Se dio cuenta que Ud. no tenía control sobre el problema?	0	1	2	3
15- ¿Se involucró en actividades nuevas?	0	1	2	3
16- ¿Tomó alguna posibilidad e hizo algo riesgoso?	0	1	2	3
17- ¿Elaboró en su mente lo que debía hacer o decir?	0	1	2	3
18- ¿Trató de ver el lado bueno de la situación?	0	1	2	3
19- ¿Conversó con algún profesional? (Abogado, Medico, Psicólogo, etc.)	0	1	2	3
20- ¿Decidió que es lo que quería y se comprometió en esa vía de acción?	0	1	2	3
21- ¿Soñó o imaginó un mejor momento o lugar en el que Ud. estaba?	0	1	2	3
22- ¿Pensó que el resultado podía ser arribado por la suerte?	0	1	2	3
23- ¿Trató de hacer nuevos amigos?	0	1	2	3
24- ¿Se mantuvo alejado de la gente en general?	0	1	2	3
25- ¿Trató de anticipar el rumbo que tomarían las cosas?	0	1	2	3
26- ¿Trató de pensar en que Ud. estaba mejor que otra gente con el mismo problema?	0	1	2	3
27- ¿Buscó ayuda de personas o grupos con el mismo tipo de problema?	0	1	2	3
28- ¿Probó al menos dos formas distintas de resolver el problema?	0	1	2	3
29- ¿Trató de postergar la situación, aunque sabía que en algún momento tenía que enfrentarla?	0	1	2	3
30- ¿Lo aceptó dado que nada se podría haber hecho?	0	1	2	3
31- ¿Leyó más a menudo, como fuente de distracción?	0	1	2	3
32- ¿Gritó o lloró como forma de descargarse?	0	1	2	3

33- ¿Trató de encontrar algún sentido personal en la situación, alguna enseñanza?	0	1	2	3
34- ¿Trató de decirse que las cosas saldrían mejor?	0	1	2	3
35- ¿Trató de clarificarse y encontrar más datos acerca de la situación?	0	1	2	3
36- ¿Trató de aprender a hacer más cosas por sí mismo?	0	1	2	3
37- ¿Deseó que el problema se superara y terminara?	0	1	2	3
38- ¿Esperó que se diera el peor resultado posible?	0	1	2	3
39- ¿Pasó más tiempo en actividades recreativas?	0	1	2	3
40- ¿Lloró para permitir descarga o alivio a sus Sentimientos?	0	1	2	3
41- ¿Trató de anticipar las nuevas exigencias a las que Ud. se veía sometido?	0	1	2	3
42- ¿Pensó en cómo este evento podía cambiar su vida en forma positiva?	0	1	2	3
43- ¿Oró por guía o fortaleza?	0	1	2	3
44- ¿Tomó las cosas un paso a la vez, un día a la vez?	0	1	2	3
45- ¿Trató de negar la seriedad del problema?	0	1	2	3
46- ¿Perdió las esperanzas de que volvería a la normalidad?	0	1	2	3
47- ¿Se volcó a trabajar en otras actividades para ayudarse a manejar las cosas?	0	1	2	3
48- ¿Hizo algo que pensaba que no funcionaría, pero que al menos se sentía haciendo algo?	0	1	2	3

