

Estilos de afrontamiento del estrés y adicción

Eduardo J. Pedrero Pérez, Gloria Rojo Mota, Carmen Puerta García

CAD 4 San Blas

Instituto de Adicciones

Ayuntamiento de Madrid

Resumen

El presente trabajo explora las diferencias entre los estilos de afrontamiento del estrés de los adictos comparados con los que presenta una muestra de población no clínica. Se explora también la relación de los estilos centrado en la tarea, centrado en la emoción y centrado en la búsqueda de apoyo social con manifestaciones psicopatológicas en los ejes diagnósticos I, II y IV. Los adictos tienden a focalizarse en la emoción producida por la situación amenazante y ello se relaciona con la presencia de síndromes del Eje I, trastornos de personalidad y mayor nivel de estrés percibido. Se proponen estrategias para la prevención y el tratamiento de las adicciones, que tengan en cuenta las habilidades de resolución de problemas y su aprendizaje temprano.

Palabras Clave

Afrontamiento, estrés, adicción, psicopatología, doble diagnóstico, evaluación, prevención, tratamiento.

Summary

The present work explores the differences between coping styles of the addict subjects compared with a sample of non-clinical population. The relation of the styles task-centered, emotion-centered and seeking social support-centered with psychopathological manifestations in the diagnostic Axis I, II, and IV is also explored. Addict people tends to focus themselves in the emotion produced by the threatening situation and it is related to the presence of Axis I syndromes, personality disorders and major level of perceived stress. Strategies for addiction prevention and treatment are proposed, considering the problem solution abilities and their early learning.

Correspondencia a:
Eduardo J. Pedrero Pérez
C/ Alcalá, 527
Tfno: 609587233
C.E.: ejpedrero@yahoo.es



Key Words

Coping, stress, addiction, psychopathology, dual diagnosis, assessment, prevention, treatment.

INTRODUCCIÓN

El estrés es una condición fuertemente vinculada a todas las fases del proceso adictivo (Cano, Miguel, González e Iruarrizaga, 1994): (1) al inicio en el consumo de sustancias, como factor de riesgo (González, Fernández y Secades, 2004); (2) a la repetición del consumo, favorecida por el estrés producido a partir de disfunciones familiares, conflictos en la escuela o en el trabajo, falta de identidad, aislamiento (Sutherland y Shepherd, 2001); (3) a la cronicación del consumo: el escape o la evitación del estrés favorecen la instauración del hábito adictivo (Calafat, Juan, Becoña, Fernández, Gil, Palmer et al., 2000); (4) al mantenimiento de la adicción: el estrés vinculado a la retirada de la sustancia refuerza negativamente la conducta de autoadministración (Koob, 2003); (5) al abandono de la adicción: las personas que acuden a tratamiento lo hacen en una situación de estrés derivado de las consecuencias biológicas, psicológicas y sociales de su adicción (Pedrero, Puerta, Segura López y Martínez-Osorio, 2004); (6) a la recaída: el estrés endógeno está en la base del fenómeno del *craving* o deseo compulsivo de consumo en fase de abstinencia, que da cuenta de una buena parte de las recaídas (López-Durán y Becoña, 2006).

En realidad, más que el estrés como condición ambiental, lo que se relaciona con el consumo abusivo de sustancias es el modo en que las personas le hacen frente. El concepto

de afrontamiento se puede definir como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1984). La perspectiva transaccional de Lazarus y Folkman distingue entre dos grandes dimensiones funcionales: el afrontamiento orientado a la tarea y el afrontamiento orientado a la emoción. La primera dimensión, el afrontamiento orientado a la tarea, se refiere a las acciones que tienen como objeto cambiar o controlar algunos aspectos de una situación percibida como estresante. Esta dimensión incluye estrategias específicas tales como aumento del esfuerzo, planificación y análisis lógico. La segunda dimensión, el afrontamiento orientado a la emoción, representa las acciones que se emplean, con objeto de cambiar el significado de una situación estresante y para regular el resultado negativo de las emociones. Esta dimensión incluye estrategias específicas tales como el distanciamiento, el autocontrol, la búsqueda de apoyo social, el aceptar la responsabilidad o el reevaluar positivamente la situación (Lazarus, 1999). Distintos autores han propuesto la existencia de una tercera dimensión funcional, denominada afrontamiento de distracción, que representa las acciones para desentenderse de la tarea y redirigir la atención a estímulos no relevantes para la misma, e incluye estrategias tales como la negación o el uso de alcohol y drogas (Endler



y Parker, 1990). Por otra parte, la búsqueda de apoyo social también ha sido considerada por diversos autores como una estrategia de segundo orden, que se pone en marcha o tiene utilidad real cuando los propios recursos se muestran insuficientes para hacer frente a la amenaza (Caplan, Naidu, y Tripathi, 1984) o ante acontecimientos incontrolables (Chon, 1989). El uso de unas u otras estrategias tiene importantes repercusiones en la salud (Ojeda, Ramal, Calvo y Vallespín, 2001; Pérez-García y Rueda, 2004).

Existen sobradas evidencias empíricas que relacionan la experimentación de fuertes episodios estresantes y el abuso de drogas, operando aquellas como acontecimientos predisponentes o de vulnerabilidad, precipitantes o desencadenantes, y factores mediadores (El-Shikh, Fahmy, Michael y Moselhy, 2004). Aparte de estas influencias ambientales, también se ha encontrado una fuerte contribución genética a las diferencias de reactividad al estrés y su vinculación a la adicción (Kreek, Nielsen, Butelman y LaForge, 2005), constándose, no obstante, importantes diferencias de género, siendo mayor en mujeres, por lo que se postula que los mecanismos que vinculan estrés y abuso de drogas son específicos de género (Back, Brady, Jackson, Salstrom y Zinzow, 2005). La experimentación de sucesos estresantes anteriores (Shane, Diamond, Mensinger, Shera y Wintersteen, 2006), durante o después de un tratamiento predice consistentemente la recaída, independientemente de otras variables, como la disponibilidad de la droga (Tate, Brown, Glasner, Unrod y McQuaid, 2006). Los estilos de afrontamiento se relacionan con diferentes niveles de cortisol plasmático, siendo éstos superiores en aquellos sujetos que presentan un afrontamiento de tipo emocional y menores en quienes tienden a orientarse a la

resolución del conflicto, convirtiendo a estos parámetros en un importantes predictores de resultados de tratamiento (Walter, Gerhard, Gerlach, Weijers, Boening y Wiesbeck, 2006). Diversos trabajos han revisado la evidencia disponible sobre sustratos neuropsicológicos de la relación entre estrés y adicción (Marinelli y Piazza, 2002, Goeders, 2003, 2004).

Desde la perspectiva psicológica se han estudiado los estilos y estrategias que utilizan los individuos con problemas derivados del uso de drogas para encarar las dificultades de la vida. Las respuestas de afrontamiento pueden ser un factor de riesgo o protección en función de las estrategias de afrontamiento puestas en práctica: centradas en la reducción de las señales de malestar interno o en la resolución del problema, respectivamente (Wills y Hirky, 1996). Un elemento clave son las expectativas de resultados del consumo: las personas que creen que las drogas serán útiles para manejar el estrés es más probable que lleguen a ser adictos y no es necesario que la droga reduzca el estrés, basta que la persona mantenga la expectativa de que lo hará (Cooper, Frone, Russell y Mudar, 1995; Wills y Cleary, 1995; Wills, Sandy y Shinar, 1999). Hasking y Osei (2002) estudian una muestra en tratamiento por problemas con el alcohol, encontrando que las estrategias de afrontamiento por sí solas no predicen los niveles de consumo de alcohol (frecuencia, cantidad, etc.), pero que sí lo hacen cuando interactúan con las expectativas de resultados del consumo. Franken, Hendriks, Haffmans y Van der Meer (2001) no encuentran relación entre estilos de afrontamiento y severidad de la adicción, pero sí entre aquellos y psicopatología: la relación entre afrontamiento y adicción sería, pues, indirecta. Weaver, Turner y O'Dell (2000) encontraron que al inicio del tratamiento las



mujeres utilizaban en su gran mayoría estrategias negativas o pasivas, observando, meses después, importantes cambios en el uso, más frecuente, de estrategias activas y positivas, aunque, sin embargo, se mantenía un porcentaje importante de uso de aquellas negativas que eran predominantes al principio y que mantenían importantes correlaciones con la persistencia de síntomas depresivos. Britton (2004), en cambio, sí encuentra capacidad predictiva de las estrategias sobre variables relacionadas con el consumo; concluye que las estrategias centradas en la evitación dan cuenta de un porcentaje de la varianza mayor en relación al consumo de alcohol que el que se obtiene cuando se estudian otras drogas. A partir del modelo multiaxial de afrontamiento, que tiene en gran consideración los elementos sociales del proceso, se encuentran amplias y consistentes diferencias entre las estrategias usadas por adictos en tratamiento (más frecuentemente indirectas, evitativas, instintivas, agresivas y antisociales) y las usadas por población general (más frecuentemente activas, cautelosas y prosociales) (Pedrero, 2007).

El objetivo del presente trabajo se centra en estudiar los estilos de afrontamiento de los adictos a sustancias en tratamiento y las diferencias con los que se presenta en una muestra no clínica, las diferencias que puedan apreciarse por género y la relación de los estilos de afrontamiento con variables psicopatológicas de los Ejes diagnósticos I, II y IV.

MÉTODO

Muestra

Se reclutaron por muestreo consecutivo a 286 sujetos que iniciaban tratamiento por

abuso o dependencia de sustancias en un Centro Especializado de carácter ambulatorio (CAD 4 San Blas. Instituto de Adicciones. Ayuntamiento de Madrid). Como criterio de inclusión se requirió que cumplieran criterios de abuso o dependencia para al menos una sustancia, en el momento del ingreso, según criterios DSM-IV. Todos ellos firmaron el consentimiento informado para la utilización anónima de los resultados en tareas de investigación.

Instrumentos

- Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP; Pedrero, Pérez-López, De Ena y Garrido, 2005). De él se utilizaron únicamente los ítems correspondientes a las escalas de Afrontamiento: Centrado en la Tarea (11 ítems), Centrado en la Emoción (12 ítems) y Centrado en la Búsqueda de Apoyo Social (5 ítems). Todos los ítems proceden del *Coping Inventory for Stressful Situations* (CISS, Endler y Parker, 1990), versión española de Sánchez Elvira (1997). La escala de Afrontamiento Centrado en la Búsqueda de Apoyo Social procede de la original escala de Afrontamiento Centrado en el Escape y la Distracción, del que se eliminaron, en el estudio preliminar del VIP, todos los ítems de Distracción por no resultar discriminativos en la población de adictos. Los ítems se responden según una escala con cuatro posibilidades, que puntúan de 2 a -2, sin opción intermedia.

- Cuestionario de Cribado del Eje I, adaptación española del Cuestionario SCID (Spitzer, Williams, Gibbon y First, 1990), con 103 ítems, que se responden en una escala de 3 opciones ("nunca", "algunas veces" y "siempre o casi siempre"), e interroga sobre síntomas propios de diversos trastornos del Eje I: Depresión



Mayor; Trastorno Maníaco, Distimia, Trastorno Psicótico, Crisis de Angustia, Agorafobia, Fobia Específica, Fobia Social, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno por Estrés Postraumático y Trastorno de Ansiedad Generalizada.

- Escala de Estrés Percibido (EEP; Remor y Carboles, 2001), basado en la *Perceived Stress Scale* (PSS; Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983), autoinforme que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes. Consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido.

- Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (*Millon Clinical Multiaxial Inventory-II*, MCMI-II; Millon, 1999; adaptación española de Ávila-Espada, Jiménez y cols.), cuestionario que consta de 175 ítems de respuesta verdadero-falso, que informan sobre 10 patrones clínicos de personalidad (esquizoide, evitativa, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo/sádica, obsesivo/compulsiva, negativista/pasivo-agresiva y autodestructiva), 3 formas graves de patología de personalidad (esquizotípica, límite y paranoide), 6 síndromes clínicos de intensidad moderada (ansiedad, somatomorfo, hipomanía, distimia, abuso de alcohol y abuso de drogas) y 3 síndromes clínicos graves (pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante). Las puntuaciones directas, por una parte, permiten la descripción dimensional de los diversos patrones desadaptativos y, por otra, se convierten en puntuaciones de tasa base atendiendo a la distribución de la prevalencia de cada trastorno en los subgrupos de población. El cuestionario cuenta con diversas medidas de validez, deseabilidad, alteración y sinceridad.

Procedimiento

Los participantes cumplieron una batería de cuestionarios de evaluación, entre los que se incluyen los utilizados en el presente trabajo. Todos ellos completaron las escalas de afrontamiento del VIP, el MCMI-II y el Cuestionario de Cribado del Eje I, y una muestra menor (N=55) la EEP. Para la cumplimentación se esperó a que los sujetos se encontraran libres de sintomatología de intoxicación, abstinencia o efectos de la retirada, siendo lo habitual que la evaluación se realizara entre la segunda y la cuarta semana desde la primera entrevista. Fueron excluidos aquellos que presentaban dificultades para la comprensión de los cuestionarios, ya fuese por problemas de lectoescritura o por pobre dominio del idioma castellano (N=8), quienes padecían una patología mental severa de tipo psicótico descompensado (N=2) y quienes explícitamente no dieron su consentimiento para la utilización de sus resultados en trabajos de investigación (N=2). También se excluyeron los cuestionarios que presentaban puntuaciones criterio en las escalas de validez, distorsión, alteración del MCMI-II (N=6).

Análisis de datos

Para los resultados del VIP se compararon los resultados obtenidos por la muestra estudiada con los valores obtenidos en el estudio de validación (Pedrero et al., 2005), utilizando una prueba t para una muestra con valor de prueba 50 y un intervalo de confianza del 95%. Las comparaciones intergrupos se efectuaron mediante un modelo lineal general con análisis multivariante, controlando las variables sexo, edad y nivel de estudios. Para estimar el tamaño del efecto de las diferencias se utilizó el estadístico d de Cohen transformado en



coeficiente de correlación (r_d) para la comparación de dos muestras y el estadístico eta al cuadrado parcial (η_p^2) cuando se compararon más de dos grupos en un análisis multivariante. Se efectuaron correlaciones lineales para estimar la covariación de variables continuas.

RESULTADOS

Descriptivos de la muestra

La muestra estuvo compuesta por 217 varones (75,9%) y 69 mujeres (24,1%), que resulta ser la proporción habitual de sujetos que demandan tratamiento en nuestro país y en nuestro entorno sociopolítico (OEDT, 2007). La media de edad fue de $36,5 \pm 9,4$ años para los varones y $37,3 \pm 10,6$ años para las mujeres. El 11,5% tenían como droga principal la heroína, el 40,6% la cocaína, el 40,6% el alcohol, el 6,3% el cannabis y el 1% las benzodiazepinas. El 16,4% carecían de estudios finalizados, el 40,2% tenía estudios secundarios, el 26,9% estudios avanzados (FP, BUP, COU Bachillerato) y el 16,4% estudios universitarios.

Diferencias

Las puntuaciones obtenidas por los pacientes adictos, tomadas globalmente, difieren significativamente de las encontradas en la población normativa. Son menores en el Afrontamiento Centrado en la Tarea ($med=41,63 \pm 11,24$; $t_{05,285}=12,59$; $p<0,001$; $r_d=0,60$) y en el Afrontamiento Centrado en la Búsqueda de Apoyo Social ($med=55,34 \pm 9,84$; $t_{05,285}=9,17$; $p<0,001$; $r_d=0,48$) y mayores en Afrontamiento Centrado en la Emoción ($med=46,19 \pm 9,44$; $t_{05,285}=12,59$; $p<0,001$; $r_d=0,37$). Estas diferencias se mantienen casi

sin alteración cuando se consideran los grupos según la droga principal consumida (Tabla 1). Las diferencias que aparecen entre los grupos entre sí presentan significación, pero el tamaño del efecto es despreciable cuando se controlan el sexo, la edad y el nivel de estudios de los participantes.

Aparecen diferencias de sexo en el Afrontamiento Centrado en la Tarea, más puntuado en los varones, y en el Afrontamiento Centrado en la Emoción, más puntuado por mujeres. Sin embargo, cuando se controlan la edad y el nivel de estudios, el tamaño del efecto de estas diferencias es irrelevante (Tabla 2).

Eje I

Como puede apreciarse en la Tabla 3, las correlaciones del Afrontamiento de la Tarea o de la Emoción son contrarias y generalizadas: todos los trastornos del Eje I correlacionan positivamente con elevado Afrontamiento Centrado en la Emoción y negativamente con Afrontamiento Centrado en la Tarea. La Búsqueda de Apoyo Social apenas muestra relación con la sintomatología de estos trastornos.

Algo similar ocurre cuando utilizamos las escalas del Eje I del MCMI-II (Tabla 4). Tanto en este caso como en el anterior, el afrontamiento emocional parece conformar el elemento principal de varios trastornos, como el Estrés Postraumático o la Depresión Mayor, llegando a predecir más del 40% de la varianza de estos trastornos.

Eje II

El Afrontamiento Centrado en la Emoción parece ser el sustrato común a la totalidad de los trastornos de la personalidad, con excepción del Trastorno Obsesivo/Compulsivo de la Personalidad (Tabla 5). La carencia de estrategias de Afrontamiento Centrado en



Tabla I. Puntuaciones medias y de dispersión según droga principal en las escalas de Afrontamiento del VIP, diferencias con la población normativa (prueba t) y análisis multivariante (controlando sexo, edad y nivel de estudios) de las diferencias intergrupos.

Afrontamiento	Droga								
	Heroína			Cocaína			Alcohol		
	Media (d.t.)	t _{05,32}	r _d	Media (d.t.)	t _{05/115}	r _d	Media (d.t.)	t _{05/115}	r _d
Centrado en la tarea	41,0 (10,2)	5,04***	0,67	43,6 (11,4)	6,11***	0,49	40,0 (11,2)	9,59***	0,67
Centrado en la emoción	55,0 (8,6)	3,31**	0,51	53,7 (10,2)	3,96***	0,35	57,1 (9,6)	8,03***	0,60
Centrado en la búsqueda de apoyo social	44,7 (9,0)	3,37**	0,51	46,3 (9,3)	4,27***	0,37	46,0 (9,7)	4,45***	0,38

Afrontamiento	Cannabis			Benzodiazepinas			F (g.l. 7)	η ² _p
	Media (d.t.)	t _{05/17}	r _d	Media (d.t.)	t _{05/2}	r _d		
Centrado en la tarea	41,9 (11,3)	3,04**	0,59	32,9 (13,4)	2,22	0,84	2,27*	0,05
Centrado en la emoción	53,7 (10,3)	1,53	0,35	60,7 (7,7)	2,41	0,86	3,45**	0,08
Centrado en la búsqueda de apoyo social	48,6 (9,3)	0,65	0,16	52,5 (8,6)	0,50	0,33	2,06*	0,05

NOTA: Estimadores del tamaño del efecto: r_d= estadístico d de Cohen transformado en coeficiente de correlación;

η²_p = Eta al cuadrado parcial. *** p<0,001; ** p<0,01; * p<0,05



Tabla 2. Diferencias de sexo en las escalas de Afrontamiento del VIP, Controlando la edad y el nivel de estudios.

Afrontamiento	Varones		Mujeres		F _(g.l. 3)	□ ² _p
	Media	d.t.	Media	d.t.		
Centrado en la tarea	42,8	10,6	38	12,4	8,1**	0,04
Centrado en la emoción	54,1	9,5	59,2	10	13,9***	0,05
Centrado en la búsqueda de apoyo social	45,6	8,9	48	10,8	2,6	0,04

NOTA: Estimador del tamaño del efecto: η^2_p = Eta al cuadrado parcial. *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Tabla 3. Correlaciones entre estilos de afrontamiento y escalas de síndromes del Eje I del cuestionario de cribado de la SCID-I.

SCID-I	Afrontamiento		
	Centrado en la tarea	Centrado en la emoción	Centrado en la búsqueda de apoyo social
Depresión Mayor	-0,39***	0,56***	-0,01
Trastorno Maníaco	-0,22***	0,45***	0,10
Distimia	-0,41***	0,59***	-0,04
Psicosis	-0,24***	0,44***	0,09
Crisis de Ansiedad	-0,31***	0,50***	0,09
Agorafobia	-0,29***	0,41***	0,16**
Fobia Específica	-0,19**	0,42***	0,07
Obsesión/Compulsión	-0,23***	0,43***	0,04
Estrés Postraumático	-0,35***	0,64***	0,00
Ansiedad Generalizada	-0,33***	0,55***	0,01

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

**Tabla 4.** Correlaciones entre estilos de afrontamiento y escalas de síndromes del Eje I del MCMI-II.

Síndromes	Afrontamiento		
	Centrado en la tarea	Centrado en la emoción	Centrado en la búsqueda de apoyo social
Ansiedad	-0,35***	0,54***	0,04
Somatoforme	-0,24***	0,55***	0,18**
Hipomanía	-0,08	0,37***	0,29***
Distimia	-0,42***	0,54***	0,04
Abuso de Alcohol	-0,33***	0,49***	0,04
Abuso de Drogas	-0,21***	0,42***	0,13*
Pensamiento Psicótico	-0,23***	0,56***	0,04
Depresión Mayor	-0,41***	0,66***	0,05
Delirante	0,12	0,27***	0,20**

*** p<0,001; ** p<0,01; * p<0,05

Tabla 5. Correlaciones entre estilos de afrontamiento y escalas de trastornos del Eje II del MCMI-II.

Trastornos	Afrontamiento		
	Centrado en la tarea	Centrado en la emoción	Centrado en la búsqueda de apoyo social
Esquizoide	-0,20**	0,32***	-0,25***
Evitativo	-0,44***	0,64***	-0,08
Dependiente	-0,1	0,27***	0,29***
Histriónico	0,04	0,22***	0,34***
Narcisista	0,08	0,23***	0,15*
Antisocial	-0,17**	0,38***	0,05
Agresivo	-0,03	0,34***	0,07
Obsesivo	0,41***	-0,21***	0,1
Negativista	-0,32***	0,61***	0,08
Autodestructivo	-0,47***	0,69***	0,11
Esquizotípico	-0,31***	0,55***	-0,03
Límite	-0,37***	0,60***	0,08
Paranoide	0,16**	0,29***	0,16**

*** p<0,001; ** p<0,01; * p<0,05



la Tarea también aparece en la mayor parte de los trastornos, aunque no en todos, y su exceso es uno de los rasgos principales del Trastorno Obsesivo/Compulsivo de la Personalidad. Los trastornos Dependiente e Histriónico requieren de la participación activa de los demás, bien para aportar la seguridad de la que carece el dependiente (patrón sumiso de Millon), bien para configurar el auditorio que necesita el histriónico (patrón gregario de Millon), por lo que utilizan el Afrontamiento Centrado en la Búsqueda de Apoyo Social. El Esquizoide, en cambio (patrón asocial de Millon) rechaza cualquier contacto con los demás, por lo que la correlación de este trastorno con las estrategias sociales es claramente negativa. Estas estrategias sociales apenas presentan relación significativa con el resto de trastornos.

Eje IV

El Afrontamiento Centrado en la Tarea correlaciona $r=-0,52$ ($p<0,001$) con el nivel de estrés percibido (medido con la Escala de Estrés Percibido), en tanto que esta correlación es positiva en el caso del Afrontamiento centrado en la Emoción ($r=0,48$; $p<0,001$) y también negativo, aunque con menor nivel de significación, en el caso del Afrontamiento Centrado en la Búsqueda de Apoyo social ($r=-0,29$; $p<0,05$).

DISCUSIÓN

Los resultados muestran consistentemente la preferencia de los sujetos adictos por el afrontamiento de tipo emocional. El consumo de sustancias se relacionaría con el intento de escapar de situaciones estresantes ambientales, o bien de señales de malestar internas relacionadas con las dificultades a las que los sujetos deben enfrentarse. Es difícil mantener

que la droga cumpla una función de automedicación, en la medida en que no existen diferencias en la selección de la sustancia, sino más propiamente el hábito de consumir la droga de elección para evitar o escapar del conflicto o el malestar. Algunos estudios encuentran que la droga, lejos de aliviar los síntomas de malestar, los incrementa (Arendt, Rosenberg, Fjordback, Brandholdt, Foldager, Sher et al., 2007; Castaneda, Lifshuz, Galanter y Franco, 1994). El consumo repetido de sustancias –no necesariamente la experimentación, en fases tempranas (Gómez-Fraguela, Luengo, Romero, Villar y Sobral, 2006)– sería en sí mismo una conducta de evitación, guiada por las expectativas de los resultados más que por las capacidades reforzantes de las sustancias, en la línea de lo propuesto por diversos autores (Cooper et al., 1995; Wills y Cleary, 1995; Wills et al., 1999).

La relación entre esta modalidad de afrontamiento emocional y consecuencias negativas para la salud está bien documentada (González-Barrón, Montoya, Casullo y Bernabéu, 2002; López y Calero, 2008; Rodríguez Marín, Pastor y López-Roig, 1993). Los datos del presente estudio inciden en relacionar al afrontamiento de tipo emocional con alteraciones psicopatológicas. Aparece una relación consistente con la totalidad de síndromes y trastornos del Eje I, constituyéndose este tipo de afrontamiento en un sustrato común de todos ellos y pudiendo predecirse a partir de él una proporción sustancial de la varianza, que en algunos casos, como los de la Depresión, la Distimia o el estrés Postraumático, se sitúa entre el 30 y el 50%. También aparece esa relación en una gran parte de los trastornos de la personalidad, siendo especialmente llamativo en los casos de los trastornos por evitación, negativista/pasivo-agresivo, autodestructivo y



límite, lo que sugiere que este estilo se encuentra en la base del desarrollo de patrones disfuncionales de comportamiento.

Quienes utilizan con más frecuencia el estilo de afrontamiento emocional tampoco encuentran un buen rendimiento en términos de reducción del estrés. El nivel de estrés percibido correlaciona positiva y fuertemente con este estilo de afrontamiento. Puesto que el estilo se sitúa en un plano más disposicional y el nivel de estrés percibido se refiere a los últimos meses previos a la evaluación, cabe pensar que el estrés percibido es producto del uso habitual de este tipo de estrategias.

Todo lo contrario cabe afirmar del Afrontamiento Centrado en la Tarea. Correlaciona negativamente con la totalidad de síndromes del Eje I y con la mayor parte de los trastornos del Eje II. Del mismo modo, parece relacionarse estrechamente con mejores resultados, puesto que ofrece una correlación fuertemente negativa con el nivel de estrés percibido. Los adictos puntúan significativamente menos en este estilo de afrontamiento orientado a la resolución del conflicto.

Más ambiguos son los resultados obtenidos en relación al Afrontamiento Centrado en la Búsqueda de Apoyo Social. Apenas muestra correlaciones con síndromes del Eje I y su relación con trastornos de la personalidad es ambivalente. Correlaciona negativamente con el trastorno esquizoide, lo que es coherente con el carácter asocial de este patrón de personalidad. Es también coherente su correlación positiva con los trastornos por dependencia e histriónico, puesto que se trata de los dos patrones más sociales: el dependiente por su necesidad de que los demás suplan sus carencias y el histriónico por su necesidad de contar con un auditorio para su exhibición. No es tan explicable su correlación

positiva con el trastorno paranoide, aunque su capacidad predictiva es mínima ($r^2=0,03$). Los adictos utilizan significativamente menos estas estrategias, posiblemente porque la adicción bloquea la posibilidad de recurrir al apoyo de los otros o de recibirlo.

Apenas se aprecian diferencias por drogas ni por sexos, lo que reafirma la relación entre adicción, como conducta compleja, y estilos de afrontamiento del estrés. Posiblemente, como han sugerido algunos autores (Franken, Hendriks, Haffmans y Van der Meer, 2001), la relación entre afrontamiento y adicción esté mediada por la psicopatología, de modo que determinados estilos de afrontamiento sean causa de trastornos psicopatológicos que faciliten el establecimiento de una adicción. En todo caso, parece obvio que los tratamientos de los trastornos adictivos deben atender de forma prioritaria a las estrategias que presentan los adictos en el afrontamiento de las dificultades, y que éste debe ser uno de los componentes principales de los programas de rehabilitación. Fomentar la orientación activa hacia la resolución del conflicto y reducir los niveles de activación emocional no sólo son de utilidad para disminuir los niveles de consumo y dependencia, sino también para reducir o solventar la psicopatología concomitante o desencadenante del consumo. El entrenamiento en solución de problemas (D'Zurilla, 1993) se ha mostrado útil en el tratamiento de trastornos como la depresión unipolar (Vázquez, 2002) y forma parte de los programas multicomponente que han mostrado evidencia científica de efectividad en el tratamiento de las adicciones (Becoña y Cortés, 2008).

La reducción de estrategias centradas en la emoción se revela algo más compleja. Posiblemente se requieran intervenciones



farmacológicas que rebajen los niveles de activación que el sujeto presenta ante situaciones de amenaza o incertidumbre. Y ello debería complementarse con técnicas de modificación de conducta encaminadas a controlar las reacciones emocionales que bloquean el afrontamiento activo del problema (Meichenbaum, 1987). De nuevo, esta combinación de estrategias no tiene como único objetivo la reducción del consumo de sustancias, sino, y acaso principalmente, la de la sintomatología psicopatológica en la que éste se sustenta y mantiene.

En cuanto a la Búsqueda de Apoyo Social, los tratamientos deben considerar estrategias para bloquear el aislamiento generalmente impuesto por las conductas de abuso de sustancias y favorecer la reintegración social del adicto. En la medida en que esto se produzca, el apoyo social puede llegar a cumplir esa función de "segunda línea de afrontamiento", propuesta por algunos autores (Caplan, Naidu, y Tripathi, 1984; Chon, 1989), que permita complementar los propios recursos en situaciones incontrolables o especialmente amenazantes o complejas. Sin embargo, debe evitarse también el exceso en el uso de este tipo de estrategias, de modo que no supongan una coartada para la des-responsabilización del sujeto en la resolución de sus conflictos.

En consecuencia, hemos encontrado una fuerte y consistente relación entre el estilo de afrontamiento de las dificultades y los problemas derivados del abuso de sustancias, pero también entre aquellos y manifestaciones psicopatológicas clasificadas en los Ejes I y II del sistema diagnóstico multiaxial. La orientación a la resolución del problema favorecen la salud mental, mientras que la focalización en las emociones que el encuentro estresante produce no sólo no elimina la amenaza, sino

que incrementa la percepción de estrés y parece representar el sustrato de la mayor parte de los trastornos psicológicos clasificados en ambos ejes. Hemos encontrado, además, que los adictos muestran en su mayor parte estilos emocionales de afrontamiento y que es el uso de estas estrategias lo que posiblemente constituya el sustrato no sólo de la conducta adictiva, sino también de la psicopatología previa y coexistente con la adicción. La conclusión principal es la necesidad prioritaria de modificar el arsenal estratégico de afrontamiento de las personas que solicitan ayuda por problemas derivados del consumo de sustancias, pero también que estos estilos pueden ser objetivos de los programas de prevención, favoreciendo, desde edades tempranas, las habilidades de resolución de problemas. Esta conclusión es coherente con los más recientes hallazgos que vinculan adicción y funciones ejecutivas: compete al sujeto el decidir cómo interpretar y resolver una situación ambigua y la capacidad para esta evaluación y la consecuente toma de decisiones se localiza en el lóbulo frontal. El proceso educativo se centra en la enseñanza de toma de decisiones verdícas (esto es, las que tienen una solución cierta, por ejemplo, $3+3=6$), pero todo el historial académico por el que circulan los jóvenes apenas presta atención a la toma de decisiones adaptativas, esto es, las que no tienen una solución cierta, sino abierta y no necesariamente beneficiosa para el propio sujeto (Goldberg, 2002). El pobre aprendizaje de estrategias de resolución de problemas y de las funciones de control ejecutivo no es privativa de los sujetos adictos, sino que aparece en otras personas de su ambiente próximo (Ruiz Sanchez de Leon, Pedrero, Bouso, Llanero, Rojo, Olivar et al, en prensa), aunque se relaciona estrechamente



con el riesgo de desarrollar patrones adictivos (Verdejo, Aguilar y Pérez-García, 2004). Los programas de prevención y tratamiento de las adicciones deberán atender en los próximos años a estos recientes hallazgos y tenerlos en cuenta a la hora de formular programas amplios y científicamente sustentados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arendt, M., Rosenberg, R., Fjordback, L., Brandholdt, J., Foldager, L., Sher, L. et al. (2007). Testing the self-medication hypothesis of depression and aggression in cannabis-dependent subjects. *Psychological Medicine*, 37, 935-945.
- Back, S. E., Brady, K.T., Jackson, J. L., Salstrom, S. y Zinzow, H. (2005). Gender differences in stress reactivity among cocaine-dependent individuals. *Psychopharmacology*, 180, 169-176.
- Becoña, E. y Cortés, M.T. (Coord.) (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Guías Clínicas Sociodrogalcohol basadas en la evidencia científica*. Valencia: Sociodrogalcohol.
- Britton, P. C. (2004). The relation of coping strategies to alcohol consumption and alcohol-related consequences in a college sample. *Addiction Research and Theory*, 12, 103-114.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Palmer, A., Sureda, P. y Torres, M. A. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Cano, A., Miguel, J. J., González, H. e Iruarri-zaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de Psicología*, 10, 145-156.
- Caplan, R. D., Naidu, R. D. y Tripathi, R. C. (1984). Coping and defense: Constellations vs. Components. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 303-320.
- Castaneda, R., Lifshuz, H., Galanter, M. Y Franco, H. (1994). Empirical assessment of the self-medication hypothesis among dually diagnosed inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 180-184.
- Chon, K. K. (1989). *The role of coping resources in moderating the relation between life stress and depression: A control theory approach*. Tesis Doctoral no Publicada. University of Massachusetts at Amherst.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M. y Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: a motivational model of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 990-1005.
- D'Zurilla, T. J. (1993). *Terapia de resolución de conflictos. Competencia social. Un nuevo enfoque en la intervención clínica*. Bilbao: DDB.
- El-Shikh, H., Fahmy, E., Michael, V. S. y Moselhy, H. F. (2004). Acontecimientos vitales y adicción: una revisión de la bibliografía. *European Journal of Psychiatry*, 18, 162-170.
- Endler, N. S. y Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Franken, I. H. A., Hendriks, V. M., Haffmans, P. M. J. y Van der Meer, C. W. (2001). Coping style of substance abuse patients: Effects of anxiety and mood disorders on coping change. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 299-306.
- Goeders, N. E. (2003). The impact of stress on addiction. *European Neuropsychopharmacology*, 13, 435-441.



- Goeders, N. E. (2004). Stress, Motivation, and Drug Addiction. *Current Directions in Psychological Science*, 13, 33-35.
- Goldberg, E. (2002). *El cerebro ejecutivo*. Barcelona: Drakontos.
- Gómez-Fraguela, J. A., Luengo, A., Romero, E., Villar, P. y Sobral, 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, 581-597.
- González, A., Fernández, R. y Secades, R. (2004). *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*. Gijón: Colegio Oficial de Psicólogos.
- González Barrón, R., Montoya, I., Casullo, M. M. y Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14, 363-368.
- Hasking, P. A. y Osei, T. P. S. (2002). The differential role of alcohol expectancies, drinking refusal self-efficacy and coping resources in predicting alcohol consumption in community and clinical samples. *Addiction Research and Theory*, 10, 465-494.
- Koob, G. F. (2003). Neuroadaptive mechanisms of addiction: studies on the extended amygdala. *European Neuropsychopharmacology*, 13, 442-452.
- Kreek, M. J., Nielsen, D. A., Butelman, E. R. y LaForge, K. S. (2005). Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. *Nature Neuroscience*, 8, 1450-1457.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: a new synthesis*. Nueva York: Springer.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer.
- López, A. G. y Calero, M. D. (2008). Sensibilidad al dolor, autorregulación, afrontamiento y personalidad en mujeres adultas sanas. *Psicothema*, 20, 420-426.
- López-Durán, A. y Becoña, E. (2006). El craving en personas dependientes de la cocaína. *Anales de Psicología*, 22, 205-211.
- Marinelli, M. y Piazza, V. (2002). Interaction between glucocorticoid hormones, stress and psychostimulant drugs. *European Journal of Neuroscience*, 16, 387-394.
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Millon, T. (1999). *MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II. Manual*. Adaptación española de A. Ávila-Espada (Dir.), F. Jiménez Gómez (Coord.) y cols. Madrid: TEA.
- OEDT (2007). *Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe anual: El problema de la drogodependencia en Europa*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Ojeda, B., Ramal, J., Calvo F. y Vallespín, R. (2001). Estrategias de afrontamiento al estrés y apoyo social. *Psiquis*, 22, 155-168.
- Pedrero, E. J. (2007). *Adaptación española de la Escala Multiaxial de Afrontamiento-Disposicional (Strategic Approach to Coping Scale-Dispositional Form; SACS-D) a población general y adictos a sustancias*. Tesis Doctoral no Publicada. Madrid: UNED.
- Pedrero, E. J., Pérez-López, M., De Ena, S. y Garrido, C. (2005). Validación del Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP): hacia un modelo de tratamiento de las conductas adictivas «guiado por la personalidad». *Trastornos Adictivos*, 7, 166-186.
- Pedrero, E. J., Puerta, C., Segura López, I. y Martínez-Osorio, S. (2004). Evolución de la



sintomatología psicopatológica de los drogodependientes a lo largo del tratamiento. *Trastornos Adictivos*, 6, 174-189.

Pérez-García, A. M. y Rueda, B. (2004). Análisis comparativo de la competencia percibida general y la específica de salud. *Ansiedad y Estrés*, 10, 127-139.

Remor, E. y Carboles, J. A. (2001). Versión Española de la escala de estrés percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7, 195-201.

Rodríguez Marín, J., Pastor, M. A. y López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.

Ruiz Sanchez de Leon, J. M., Pedrero, E. J., Bouso, J. C., Llanero, M., Rojo, G., Olivar, Á. et al. (en revisión). Perfil neuropsicológico en la adicción a la cocaína: consideraciones sobre el ambiente social próximo de los adictos y el valor predictivo del estado cognitivo en el éxito terapéutico. *Adicciones*, en revisión.

Sánchez Elvira, A. (1997). Spanish Coping Inventory for stressful situations. En: Endler, N. y Parker J. D. A. (editores), *CISS*. Canadá: Multi-Health System Inc.

Shane, P., Diamond, G. S., Mensinger, J. L., Shera, D. y Wintersteen, M. B. (2006). Impact of victimization on substance abuse treatment outcomes for adolescents in outpatient and residential substance abuse treatment. *American Journal on Addictions*, 15, 34-42.

Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M. y First, M. B. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R: Patient Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc.

Sutherland, I. y Shepherd, J. P. (2001). Social dimensions of adolescent substance abuse". *Addiction*, 96, 445-458.

Tate, S. R., Brown, S. A., Glasner, S. V., Unrod, M. y Mcquaid, J. R. (2006). Chronic life stress,

acute stress events, and substance availability in relapse. *Addiction Research and Theory*, 14, 303-322.

Vázquez, F. L. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema*, 14, 516-522.

Verdejo, A., Aguilar, F. y Pérez-García, M. (2004). Alteraciones de los procesos de toma de decisiones vinculados al córtex prefrontal ventromedial en pacientes drogodependientes. *Revista de Neurología*, 38, 601-606.

Walter, M., Gerhard, U., Gerlach, M., Weijers, H. G., Boening, J. y Wiesbeck, G. A. (2006). Cortisol concentrations, stress-coping styles after withdrawal and long-term abstinence in alcohol dependence. *Addiction Biology*, 11, 157-162.

Weaver, G. D., Turner, N. H. y O'Dell, K. J. (2000). Depressive symptoms, stress, and coping among women recovering from addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 161-167.

Wills, T. A. y Hirky, A. E. (1996). Coping and substance abuse: A theoretical model and review of the evidence. En T.H. Ollendick y R.J. Printz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 18, pp. 91-132). Nueva York: Wiley.

Wills, T. A. y Cleary, S. D. (1995) Stress-coping model for alcohol-tobacco interactions in adolescence. En J.B. Fertig y J.P. Allen, (eds), *Alcohol and Tobacco: from Basic Science to Clinical Practice* (pp. 107-128). Bethesda: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Wills, T. A., Sandy, J. M. y Shinar, O. (1999). Cloninger's constructs related to substance use level and problems in late adolescence. A mediational model based on self-control and coping motives. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 7, 122-134.