## FACULTAD DE HUMANIDADES

## CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

## TESIS

# "CONSUMO DE DROGAS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE LIMA SUR"

## PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

## AUTOR

JUDITH LULIANA ARANGO RAMOS

## ASESOR

LIC. DAVID JOEL JAVIER ALIAGA

**LIMA, PERÚ, NOVIEMBRE DE 2018**

**DEDICATORIA**

A Dios, a mis padres y a mi amigo de toda la vida,

Ducke, por el apoyo constante en mi vida.

## AGRADECIMIENTO

A Dios, por haber estado conmigo a cada momento cuidadamente y darme fortaleza para continuar mi desarrolló personal y profesional.

Agradecer a todas las personas que colaboraron con la elaboración de esta investigación.

A mi madre, Prudencia Ramos, Pablo Arango y mis dos hermanos por haberme apoyado y motivado mi formación académica, creyeron en mí en todo momento y no dudaron de mis habilidades.

A mi asesor David Javier Aliaga, por sus consejos, paciencia y enseñanza en el desarrollo de este estudio.

Finalmente, al Decano de la Facultad de Ingeniería de Sistemas y Contabilidad de la Universidad Autónoma del Perú por haber colaborado en todo momento en la recolección de datos.

# RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre el consumo de drogas y las estrategias de afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios de una universidad privada de Lima Sur. El diseño utilizado fue no experimental, de corte transversal y de tipo correlacional. La muestra estuvo conformada por 615 estudiantes de la carrera de Ingeniería de Sistemas y de Contabilidad, de ambos sexos, de edades entre 16 y 29 años. Los instrumentos utilizados fueron el Instrumento de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST 3.1.) y el Cuestionario de estimación del afrontamiento (COPE-60). Los resultados revelaron en que el 46.2% de los universitarios se encontraron un nivel de riesgo moderado en el consumo de drogas, mientras que el 20,2% presento un consumo de riesgo alto, y la droga de mayor uso por los estudiantes fue el alcohol (M= 1.29; DE=.50), tabaco (M=1.34; DE=.48) y marihuana (M=1.15; DE=.37). Además, se encontró diferencias significativas en el consumo de drogas según sexo (p<.05). En cuanto a las estrategias afrontamiento, el más frecuente fue la Reinterpretación positiva y crecimiento (M=11,95; DE=2,70), seguido de la Planificación (M=11,38; DE=3,00) y el Afrontamiento Activo (M=10,85; DE=2,83), sin embargo, la menos usada fue el Uso de sustancias (M=5,07; DE=2,32), Desentendimiento conductual (M=6,73; DE=2,62) y Negación (M=7,30; DE= 2,84). Asimismo, el estilo de afrontamiento más utilizado fue dirigido a la Tarea y el menos usado fue el estilo evitativo. Finalmente, se halló una relación estadísticamente significativa del consumo de drogas con las estrategias de reinterpretación positiva y crecimiento, desentendimiento mental, desentendimiento conductual, negación, uso de sustancias y uso de humor y el estilo de afrontamiento evitativo (*rho* =.142; *p*<.05).



**Palabra clave:** Consumo de drogas, estrategias de afrontamiento, estudiantes.

# ABSTRACT

Esta pesquisa teve como objetivo analisar a relação entre o uso e estratégias de lidar com o estresse em estudantes universitários de uma universidade particular no Sul da Lima drogas. O delineamento utilizado foi do tipo não experimental, transversal e correlacional. A amostra foi composta por 615 estudantes dos Sistemas de Engenharia e Contabilidade, de ambos os sexos, com idades entre 16 e 29 anos. Os instrumentos utilizados foram o instrumento de detecção de álcool, tabaco e substâncias (ASSIST 3.1.). E estimativa Questionário coping (COPE-60). Os resultados revelaram que 46,2% da faculdade um risco moderado foram encontrados no uso de drogas, enquanto que 20,2% mostrou consumo de alto risco, e aumento da utilização de drogas por alunos era álcool (H = 1,29, SD = 0,50), rapé (H = 1,34, SD = 0,48) e marijuana (M = 15,01, SD = 0,37). Além disso, as diferenças significativas na droga foi encontrada por sexo (p <0,05). Tal como para estratégias de sobrevivência, o mais frequente foi a releitura positivo e crescimento (M = 11,95, SD = 2,70), seguido de Planeamento (M = 11,38, SD = 3,00) e Lidar activo (M = 10,85, SD = 2,83), no entanto, a menos utilizada foi a utilização de substâncias (M = 5,07, SD = 2.32), de desengate comportamental (M = 6,73, SD = 2,62) e negação (H = 7,30, SD = 2,84). Além disso, o estilo de enfrentamento mais comumente usado foi direcionado para a tarefa e o menos utilizado foi o estilo de evitação. Finalmente, uma relação estatisticamente significativa com estratégias de drogas releitura positivo e crescimento, desprendimento mentais, comportamentais desengate, negação, o uso da substância e da utilização de humor e estilo evitar coping (*rho* = 0,142; p < .05).



**Keywords:** Drug use, coping strategies, students.

# RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi analisar a relação entre uso de drogas e estratégias de enfrentamento do estresse em estudantes universitários de uma universidade privada do sul de Lima. O delineamento utilizado foi do tipo não experimental, transversal e correlacional. A amostra foi composta por 615 estudantes de engenharia de sistemas e contabilidade, de ambos os sexos, com idades entre 16 e 29 anos. Os instrumentos utilizados foram o Instrumento de Detecção do Uso de Álcool, Tabaco e Substância (ASSIST 3.1.) E o Questionário de Estimativa de Coping (COPE-60). Os resultados mostraram que 46,2% dos estudantes universitários estão em um nível moderado de risco no uso de drogas, enquanto 20,2% têm um alto risco de consumo, e a droga mais utilizada pelos estudantes foi o álcool. (M=1,29; DP =,50), tabaco (M=1,34; SD=,48) e maconha (M=1,15, DP =,37). Além disso, diferenças significativas foram encontradas no uso de drogas de acordo com o sexo (p<,05). Tal como para estratégias de sobrevivência, o mais frequente foi a releitura positivo e crescimento (M=11,95; SD =2,70), seguido de Planeamento (M=11,38; SD=3,00) e Lidar activo (M=10,85; SD =2,83), no entanto, a menos utilizada foi a utilização de substâncias (M = 5,07; SD =2.32), de desengate comportamental (M=6,73; SD = 2,62) e Negação (M=7,30; SD=2,84). Da mesma forma, o estilo de enfrentamento mais utilizado foi direcionado para a tarefa e o menos utilizado foi o estilo evitativo. Finalmente, uma relação estatisticamente significativa com estratégias de drogas releitura positivo e crescimento, desprendimento mentais, comportamentais desengate, negação, o uso da substância e da utilização de humor e estilo evitar coping (*rho* = ,142; *p*<.05).



**Palavras-chave:** Uso de drogas, estratégias de enfrentamento, estudantes.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

RESUMO

INTRODUCCIÓN

**CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

1.1 Realidad problemática ..... 2

1.2 Formulación del problema..... 5

1.3 Objetivos ..... 5

1.4 Justificación e importancia ..... 6

1.5 Limitaciones ..... 6

**CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1 Antecedentes de investigación..... 8

2.2 Bases teóricas..... 21

2.3 Definición de términos..... 64

**CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO**

3.1 Tipo y diseño de Investigación ..... 66

3.2 Población y muestra..... 66

3.3 Hipótesis ..... 68

3.4 Variables ..... 68

3.5 Técnicas e instrumentos de medición ..... 72

3.6 Escala de Afrontamiento al Estrés (COPE- 60)..... 76

3.7 Procedimiento de ejecución para la recolección de datos ..... 83

3.8 Procedimiento de análisis estadísticos de los datos ..... 84

**CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

4.1 Análisis de las variables sociodemográficas ..... 86

4.2 Análisis del consumo de drogas..... 90

4.3 Análisis de las estrategias de afrontamiento ..... 95

4.4 Contraste de hipótesis ..... 102

**CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1 Discusión ..... 106

5.2 Conclusiones..... 119

5.3 Recomendaciones ..... 121

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

**ANEXOS**

## ÍNDICE DE TABLAS


| | | |
|---|---|---|
| Tabla 1 | Proposiciones del modelo evolutivo y evidencia actual de las mismas | 26 |
| Tabla 2 | Factores de riesgo que afectan en cinco dominios. | 38 |
| Tabla 3 | Cambios orgánicos de la fase de alarma. | 43 |
| Tabla 4 | Síntomas y signos de la fase de resistencia | 44 |
| Tabla 5 | Dimensiones de Afrontamiento de Folkman y Lazarus | 47 |
| Tabla 6 | Distribución de la población de estudio | 66 |
| Tabla 7 | Distribución de la muestra de estudio | 67 |
| Tabla 8 | Matriz de operacionalización de variable del consumo de drogas | 70 |
| Tabla 9 | Matriz de operacionalización de variable estrategias de afrontamiento al estrés | 71 |
| Tabla 10 | Validez de contenido de la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), según el Coeficiente V de Aiken | 74 |
| Tabla 11 | Validez de contenido de la Estrategias de Afrontamiento al Estrés (COPE -60), según el Coeficiente V. de Aiken | 75 |
| Tabla 12 | Confiabilidad de la prueba de Consumo de Drogas | 76 |
| Tabla 13 | Confiabilidad de los tipos de drogas | 76 |
| Tabla 14 | Validez de contenido de la Estrategias de Afrontamiento al Estrés (COPE -60), según el Coeficiente V. de Aiken | 79 |
| Tabla 15 | Validez de contenido de la Estrategias de Afrontamiento al Estrés (COPE -60), según el Coeficiente V. de Aiken | 80 |
| Tabla 16 | Validez de contenido de la Estrategias de Afrontamiento al Estrés (COPE -60), según el Coeficiente V. de Aiken | 81 |
| Tabla 17 | Validez de contenido de los Estilos de Afrontamiento al Estrés (COPE -60), según el Coeficiente V. de Aiken | 82 |
| Tabla 18 | Confiabilidad de la Estrategias de Afrontamiento de Estrés (COPE-60) de Lima sur | 83 |
| Tabla 19 | Distribución de la muestra según sexo | 86 |

| | | |
|---|---|---|
| Tabla 20 | Distribución de la muestra según edad | 86 |
| Tabla 21 | Distribución de la muestra según carreras profesionales | 86 |
| Tabla 22 | Distribución de la muestra según ciclo académico de la carrera de ingeniería de sistemas y contabilidad | 87 |
| Tabla 23 | Distribución de la muestra según lugar de nacimiento | 87 |
| Tabla 24 | Distribución de la muestra según situación sentimental | 88 |
| Tabla 25 | Distribución de la muestra según lugar de residencia | 88 |
| Tabla 26 | Distribución de la muestra según Ocupación | 89 |
| Tabla 27 | Distribución de la muestra según situación familiar | 89 |
| Tabla 28 | Análisis descriptivo de la escala consumo de drogas | 90 |
| Tabla 29 | Prevalencia del consumo de drogas de los últimos tres meses | 91 |
| Tabla 30 | Diferencias del consumo de drogas según sexo | 92 |
| Tabla 31 | Diferencias en el consumo de drogas según edad | 93 |
| Tabla 32 | Prueba de Normalidad de la primera variable: consumo de drogas | 94 |
| Tabla 33 | Análisis descriptivo de las estrategias de afrontamiento al estrés | 95 |
| Tabla 34 | Diferencias en las estrategias de afrontamiento según sexo | 97 |
| Tabla 35 | Diferencias en las estrategias de afrontamiento según edad | 99 |
| Tabla 36 | Prueba de Normalidad de la segunda variable: Afrontamiento al Estrés | 100 |
| Tabla 37 | Correlación entre las variables Consumo de Drogas y Estrategias de Afrontamiento al Estés. | 102 |

## ÍNDICE DE FIGURAS


| | | |
|---|---|---|
| Figura 1 | Teoría de la acción razonada | 23 |
| Figura 2 | Principales estadios del consumo de drogas | 24 |
| Figura 3 | Modelo de la reciprocidad Tríadica | 27 |
| Figura 4 | Los efectos de la comunidad en la socialización primaria. | 28 |
| Figura 5 | Fases del Consumo de drogas | 34 |
| Figura 6 | Marco analítico de determinantes sociales | 35 |
| Figura 7 | Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. | 38 |
| Figura 8 | Fases del Síndrome general de adaptación de Hans Seyle | 43 |
| Figura 9 | Modelo psicológico del estrés de Lazarus y Folkman (1986) | 46 |
| Figura 10 | El proceso de afrontamiento (coping) | 49 |
| Figura 11 | La causación tríadica reciproca de Bandura (1986) | 52 |

# INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas es un problema que trasciende las esferas de la sociedad e involucra a las familias, la comunidad y las instituciones (Gómez, Herde, Laffee, Lobo y Martín, 2007). El consumo de drogas es considerado un problema de salud pública que trae consecuencias negativas al nivel psicológico, físico, social, económico y en la salud (OMS, 2014). Asimismo, genera cambios en el comportamiento, estado de ánimo, sentimientos, pensamientos y juicio crítico, así como también, altera el funcionamiento del sistema nervioso central, donde las áreas ejecutivas como la motivación, planificación, memoria, organización, atención son dañadas por el uso de droga (Verdejo, Aguilar de Arcos y Pérez, 2004). Diversas investigaciones señalan que el uso de drogas es muy frecuente en estudiantes universitarios (Minugh y Harlow, 1994; O' Conell y Patterson, 1989; Organización Mundial de la Salud, 1994; Thorne y De Blassie, 1985).

La vida universitaria es una etapa en la que el estudiante se enfrenta a diversas situaciones estresantes ya que se encuentran sometidos a exigencias académicas como la responsabilidad con las materias, evaluaciones, exposiciones y elaboración de trabajos y presiones económicas y sociales (Huaquín Mora y Loaiza Herrera, 2004). Esta temática resulta importarte porque el estrés actúa como mediador entre las situaciones agobiantes (Sandin y Choron, 2003). El afrontamiento es considerado como un proceso que actúa como regulador de la perturbación emocional. Frydenberg (1997) señala que las acciones frente al estrés y los recursos que se ejecuta para manejarlo determinan el desarrollo del individual y la calidad de vida. En este contexto, el estudiante universitario no utiliza las estrategias o estilos adecuados para enfrentar el problema. Diversos estudios indican que el uso de drogas es una estrategia frecuente que los jóvenes utilizan para evitar o evadir los problemas (Arellánez, Díaz, Wagner y Pérez, 2004; Brandon, Herzog, Irvin y Gwaltney, 2004; Eissenberg, 2004; Field y Powell, 2007; Gómez, Luengo, Romero, Villar y Sobral, 2006; Kardum y Krapic, 2001; Kilpatrick, Ancierno, Saunders, Resnick, Best, y Schnurr, 2000).

Rhodes y Jason (1990) señalan que el consumir drogas es una forma de evadir el problema ya que lograrían un alivio temporal de los malestares provocados

por el estrés. Por otro lado, los estudiantes que experimentaron estrés presentaron mayor riesgo de usar drogas, así como también, emplear en mayor medida estrategias de afrontamiento evitativo (Kilpatrick et al., 2000). Wills y Hirky (1996) refieren que la motivación al consumo drogas se debe a un afrontamiento evitativo, por ejemplo, cómo olvidarse temporalmente del problema. Por lo tanto, el consumo de drogas por parte de los estudiantes está probablemente relacionado con el uso de las estrategias desadaptativas y el estilo de afrontamiento evitativo.

Esta investigación tuvo como propósito principal establecer si existe relación entre el consumo de drogas y las estrategias de afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios de la carrera de ingeniería sistemas y contabilidad de una universidad privada de Lima Sur, por lo tanto, este estudio está compuesto por cinco capítulos que se describen a continuación:

El primer capítulo se presenta el planteamiento del problema, donde se describe la realidad problemática a nivel mundial y nacional sobre del consumo de drogas y las estrategias de afrontamiento en los universitarios. Asimismo, se establece la formulación del problema, los objetivos, justificación y limitaciones de la investigación.

En el segundo capítulo, se encuentra el marco teórico de la investigación; donde se describe los antecedentes nacionales e internacionales del consumo de drogas y las estrategias de afrontamiento. Así también, se presenta las bases teóricas del consumo de drogas, siendo el Modelo de Etapas Motivacionales de Componentes Múltiples (Werch y Di Clemente, 1994), el modelo evolutivo de Kandel (1975), la teoría del Aprendizaje Cognoscitivo Social de Albert Bandura (1986) y la teoría de la Socialización Primaria de Oetting y Donnermeyer (1998). En cuanto a las estrategias de afrontamiento, se explican en tres teorías. La Teoría basadas en la respuesta, en el Estímulo y en la interacción. Estos modelos y teorías sustentan ambas variables. Finalmente, se menciona la definición de términos de las variables de estudio.

En el tercer capítulo, se describe la metodología de la investigación, el tipo y diseño de investigación. Asimismo, se presenta la población, la muestra, hipótesis, la descripción de los instrumentos y el procedimiento de recojo de información y el análisis de datos.

En el cuarto capítulo, abarca los resultados del estudio, donde se describe las características sociodemográficas como: genero, edad, ciclo académico, carrera profesional, turno, lugar de nacimiento, estado civil, lugar de residencia, ocupación y tipo de familia. Así como también, se encuentra la descripción en porcentajes de las variables de estudio, la diferencias y la correlación entre ambas variables.

En el último capítulo, se encuentra la discusión, donde se compara el resultado con otros estudios nacionales e internacionales de las variables de la investigación. Además, se presenta las conclusiones y recomendaciones. Por último, las referencias y los anexos.

# CAPÍTULO I

# PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

## 1.1 Descripción de la situación problemática

Actualmente el consumo de las Sustancias Psicoactivas son uno de los problemas más grandes a nivel mundial, así lo demuestra el último informe realizado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2016), donde se calcula que 1 de cada 20 jóvenes y adultos, entre las edades de 15 y 64 años, consumieron por lo menos una droga en 2014. Asimismo, reporta que 247 millones de personas consumieron drogas en el año 2015, lo cual se estima que más de 29 millones de personas sufren trastornos relacionados con ellas, visto de este modo el consumo de sustancias psicoactivas sigue siendo el mayor problema de salud. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) señala que el consumo de drogas se ubica dentro de los 20 primero factores de riesgo de muerte y discapacidad.

Por otro lado, el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT, 2016) reporta la prevalencia del consumo de drogas en los últimos 12 meses del año 2014, en estudiantes jóvenes adolescentes entre los 14 a 18 años, donde el 78% consume alcohol, el 41% usa tabaco, el 12% los hipnosedantes, el 9% cannabis y el 2% consume cocaína. Así también, demuestra que los jóvenes adolescentes inician el consumo drogas entre los 13 y los 16 años.

Barradas, Fernández y Gutiérrez (2016) analizaron la prevalencia del consumo de alcohol en estudiantes universitarios de la Universidad Veracruzana de México. Los resultados revelaron que el 83 % de los estudiantes mencionaron que alguna vez en su vida consumieron una bebida alcohólica completa. Así también, afirman que el 7.8% cuenta con un consumo de riesgo, seguidamente el 17.4% tiene un consumo abusivo, mientras que el 52.8 % refieren tener un consumo moderado.

Muñoz y Arellanez (2015) señalan que la droga de mayor consumo por los universitarios mexicanos consumidores es el alcohol y el tabaco. Además, refieren que los estudiantes consumidores y no consumidores de drogas manifestaron haber experimentado un evento estresor en el último año. Asimismo, revelaron que los estudiantes que consumen drogas registraron mayor nivel de estrés en la familia, económica y enfermedades. Así como también, una mayor disposición de fumar tabaco y consumir bebidas alcohólicas como una estrategia de afrontamiento

evitativo, mientras que los estudiantes que no consumen drogas mostraron un incremento de estrés ante la violencia.

En América Latina, los datos sobre la prevalencia del consumo de drogas son alarmantes. Según la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD, 2015) existe un alto nivel de uso de drogas en la población joven adolescente en los países de las Américas. Por otra parte, la Comunidad Andina de Naciones (CAN, 2013) encontró en su estudio que un 16,6% de los estudiantes universitarios de Colombia manifestaron haber consumido alguna sustancia psicoactiva en el 2012, cifra que baja a un 10,1% entre los universitarios de Ecuador, un 4.6% en Bolivia y un 5,6% en Perú. En cuanto a los países mencionados, la droga de mayor consumo reciente en jóvenes universitarios es la marihuana, seguidamente la segunda sustancia varía en cada país, siendo los hongos alucinógenos en Bolivia, el LSD en Colombia, la cocaína en Ecuador y los inhalables en Perú.

En el Perú, la vida universitaria parece convertirse en un peligro, visto que el consumo de sustancias se hace presente. Así lo señala un estudio de la Comunidad Andina de Naciones (CAN, 2013) en donde revela que el consumo de drogas en los estudiantes peruanos de educación superior se ha incrementado en los últimos tres años en un 5.6% y 7%, respectivamente. Según el estudio de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2013) reportaron que diversos estudios epidemiológicos revelan que los jóvenes del Perú son más capaces a generar dependencia y problemas de salud mental. Asimismo, evidencia que los jóvenes que inician el consumo de drogas se dan por varios factores, una de ellas, es por una presión ejercida por el grupo de pares de su entorno, a ello le suma la baja autoestima y el no tener información al alcance sobre consecuencias del uso de drogas.

Por su parte, el Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO, 2015) en su estudio epidemiológico sobre drogas en población urbana del Perú, revela que la prevalencia de vida fue 86.2% para el alcohol y 58.5% en el tabaco, seguidamente las drogas ilegales, la sustancia con mayor prevalencia de vida fue la marihuana con un 8.0%, seguida por la pasta básica de cocaína con un 2.5% y finalmente el clorhidrato de cocaína con un 2.3%.

Asimismo, reporta que el 3.8% de encuestados informó haber recibido al menos un ofrecimiento para consumir éxtasis y el 0.6% recibió ofrecimiento para usar heroína y 0.1% para consumir opio.

El estrés, se puede considerar como un estado cansancio mental producido por una serie de demandas inusuales o excesivas (Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdéz, 2003). Lazarus y Folkman (1986) señalan que el estrés se presenta cuando el individuo valora el acontecimiento como algo que supera los recursos con los que cuenta y pone en riesgo su bienestar personal. Este autor, menciona que el individuo que se encuentra ante una situación estresante emplea una serie de estrategias y estilos de afrontamiento con el fin de reducir o eliminar el estresor. Zanini, Forns y Kirchner (2003) refieren que los estresores diarios tienen un impacto directo en la salud mental de los jóvenes. Asimismo, señalan que los jóvenes que emplean estrategias de afrontamiento evitativo presentan mayores malestares psicológicos y físicos, mientras que, los que utilizan el afrontamiento centrado en el problema presenta un mayor bienestar psicológico. Verdugo, Ponce de León, Guardado, Meda, Uribe y Guzmán (2013) evidencian que los adolescentes mexicanos utilizan con mayor frecuencia el estilo centrado en la emoción, mientras el menos utilizado es la evitación

Por otra parte, el estrés está muy relacionado con el consumo de drogas ya que diversos estudios señalan el uso de drogas se debe al uso de determinados estilos y estrategias de afrontamiento, como utilizar el afrontamiento evitativo y emocional (Pedrero, Rojo y Puerta, 2008). Sin embargo, según, D´Zurilla y Goldfried (1971) las estrategias de afrontamiento adaptativo pueden prevenir situaciónes de alto riesgo y el entrenamiento en la resolución del problema. El empleo de estrategias y estilos de afrontamiento que se utilicen actuarían como factor protector o de riesgo al consumo de drogas (Wills y Hirky, 1996). El individuo que percibe en sí mismo la confianza en sus capacidades para afrontar acontecimientos de riesgo tiende a no consumir drogas (Casas y Gossop, 1993; Wills y Hirky, 1996).

Después de todo lo antes mencionado la presente investigación busca analizar la relación que existe entre la variable consumo de drogas y estrategias de

afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios de una universidad privada de Lima Sur.

## 1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la relación que existe entre el consumo de drogas y las estrategias de afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios de una universidad privada de Lima Sur, 2017?

## 1.3 Objetivos

### 1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación que existe entre el consumo de drogas y las estrategias de afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios de una universidad privada de Lima Sur.

### 1.3.1 Objetivos específicos

Describir las variables sociodemográficas de los estudiantes universitarios de una universidad privada de Lima Sur.

Describir el nivel de riesgo del consumo de drogas en estudiantes universitarios de una universidad privada de Lima Sur.

Describir las estrategias de Afrontamiento al estrés estudiantes universitarios de una universidad privada de Lima Sur.

Comparar si existe diferencias significativas del consumo de drogas en función del género y edad en estudiantes universitarios de una universidad privada de Lima Sur.

Comparar si existe diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento al estrés en función del género y edad en estudiantes universitarios de una universidad privada de Lima Sur.

## 1.4 Justificación e importancia

A nivel teórico, se contribuirá a la comunidad científica de psicología sobre la relación entre consumo de drogas y estrategias de afrontamiento en universitarios. Asimismo, proponer a los investigadores que realicen estudios sobre consumo de drogas en jóvenes, así como en otros grupos hectáreos, con el objetivo de aportar evidencias teóricas en diferentes estratos sociales.

A nivel práctico, esta investigación será de beneficio para la institución ya que se podrá identificar el nivel de riesgo del consumo de drogas y el empleo con mayor frecuencia de las estrategias y estilos de afrontamiento. Asimismo, servirá para implementar programas de promoción y prevención para los estudiantes, con el fin de mitigar el consumo de sustancias psicoactivas y fortalecer y fomentar el uso estrategias adaptativas en comunidad universitaria. Así como también, ayudará a los maestros, padres y profesionales de salud a conocer uno de los problemas que presentan los jóvenes universitarios.

## 1.5 Limitaciones

La presente investigación presenta limitaciones de tipo instrumental debido que el instrumento para evaluar la variable consumo de drogas no ha sido adaptado a nuestro medio, por ello fue necesario realizar un estudio piloto que permitió evaluar la confiabilidad del instrumento del consumo de drogas. Asimismo, presenta limitaciones teóricas debido a que las investigaciones nacionales sobre la relación entre ambas variables son escasas.

# CAPÍTULO II

# MARCO TEÓRICO

## 2.1 Antecedentes de investigación

### 2.1.1 Internacionales.

García, Parra y Sánchez (2017) realizaron una investigación con el objetivo de analizar la relación que existe entre el apoyo social de la familia y del grupo de pares, la implicación en los estudios y el consumo de drogas en adultos emergentes universitarios de centros de educación superior de la provincia de Sevilla, España. El diseño utilizado fue de tipo correlacional. La muestra estuvo conformada por 37 hombres y 172 mujeres, cuyo rango de edad fue de 18 y 25 años. Se utilizó la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, 1988), el cuestionario Empleabilidad Auto percibida (Rothwell, Jewell y Hardie, 2009) y para evaluar consumo de drogas se elaboró tres preguntas por los investigadores. Los resultados revelaron que los estudiantes que perciben un mayor apoyo social de la familia, mayor es su compromiso en los estudios, sin embargo, con el apoyo social de los amigos es menor. Además, demostraron que no existe una relación significativa entre el consumo de drogas legales y el apoyo social de familia, mientras que, en el consumo de cannabis si se encontró diferencias significativas ($p<.05$). Finalmente, se evidenciaron que el consumo de tabaco se relaciona significativamente con el apoyo social de amigos ($p<.05$).

Sánchez, Andueza, Santana, Hoil y Cufarfán (2016) efectuaron una investigación con el objetivo de describir las características sociodemográficas y el consumo de drogas en estudiantes universitarios de Yucatán y Coahuila, México. El estudio fue de tipo descriptivo transversal. La muestra estuvo conformada por 756 estudiantes de ambos sexos, de los cuales 412 fueron estudiantes son de la universidad de Yucatán y 344 de la universidad Coahuila, con una edad promedio de 20 años. Se empleo un cuestionario utilizado en el proyecto Educación y Desarrollo Humano de la Calidad de Vida y la Salud. Los resultados revelaron que los estudiantes de la universidad de Coahuila presentaron un mayor porcentaje en el consumo activo, prevaleciendo en el sexo femenino, la edad de inicio del consumo de drogas es de 19 años. Sin embargo, en la universidad de Yucatán se encontró que el consumo activo sobresale más en el sexo masculino y la edad de inicio de consumo de drogas es a los 20 años. Finalmente, se halló que el 77.8% de los estudiantes de Yucatán y el 69.7% de Coahuila perciben en su entorno social

como consumidores de droga a los amigos, mientras que el 40.7% de la universidad Yucatán y el 45.5% de Coahuila manifiestan ser los primos.

Córdoba, Betancourth y Tacán (2016) realizaron una investigación con el objetivo de identificar la relación que existe entre el consumo de sustancias psicoactivas y los factores sociodemográficos en estudiantes de una universidad privada de Pasto, Colombia. El diseño utilizado fue de tipo descriptivo transversal. La muestra estuvo conformada por 242 estudiantes de pregrado de ambos sexos, cuyo rango de edad fue de 17 y 45 años. Se utilizo un cuestionario elaborado por los investigadores. Los resultados revelaron que el 21.9% de los estudiantes consumió sustancias psicoactivas alguna vez en la vida, de los cuales el 11.2% consumió marihuana y el 9.1% cocaína. De igual manera, manifestaron que la droga de mayor consumo es la marihuana, sin embargo, el 12.4% mostraron tener un consumo habitual de bebidas alcohólicas. Finalmente, se encontró que existe diferencias significativas entre el consumo de drogas y sexo ($p<.05$), siendo los varones quienes más consumen, así también se observó una relación significativa con la variable semestre y estrato socioeconómico ($p<.05$).

Fernández, Linares, López, Olivera y Valladares (2016) realizaron una investigación con el objetivo de identificar el consumo de drogas en estudiantes universitarios en la provincia Cienfuegos, Ecuador. El diseño utilizado para la investigación fue de tipo descriptivo. La muestra estuvo conformada por 87 estudiantes universitarios de tercer año de ambos sexos. Se utilizó una encuesta elaborado por el investigador. Los resultados revelaron que los estudiantes de la Universidad de Ciencias Medias consumen tabaco (37,5%), alcohol (75%) y café (85.4%), mientras que los estudiantes de la Universidad Carlos Rafael Rodríguez consumen tabaco (33,3%), alcohol (53.8%) y café (69.2%), respectivamente.

Obasi, Brooks y Cavanagh (2016) realizaron un estudio con el objetivo de analizar la relación que existe entre la angustia psicológica y el consumo problemático de bebidas alcohólicas en estudiantes de una universidad del medio oeste, Estados Unidos. El método utilizado fue de tipo correlacional y transversal. La muestra estuvo constituida por 284 estudiantes universitarios de ambos sexos, con una edad media de 19 años. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario

de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), El Cuestionario de la Expectativa del Alcohol (George, Ketter, Parekh, Horwitz, Herscovitch y Post, 1995 ) el Inventario Breve de Síntomas (Derogatis y Melisaratos, 1983) y el Cuestionario de Regulación de la Emoción Cognitiva (Garnefski, Kraaij y Spinhoven, 2001). Los resultados revelaron que los estudiantes que presentan un consumo problemático de alcohol se relacionan significativamente con la angustia psicología, siendo la depresión y ansiedad, y las expectativas positivas frente al consumo.

Arévalo y Oliva (2015) realizaron una investigación con el objetivo de analizar la prevalencia de consumo e identificar los cambios de comportamiento que subyacen, de usar o no usar drogas en jóvenes de la Universidad de Guadalajara, México. El método utilizado fue de tipo correlacional con diseño no experimental. En el estudio participaron 500 estudiantes universitarios, siendo el 56% mujeres y el resto varones de diferentes programas educativos, con una edad promedio de 26 años. Se utilizo un cuestionario elaborado por los investigadores. Los resultados revelaron que el 67.2% de los estudiantes no fuma tabaco, el 16.5% no consumen alcohol y el 92.4% no usa psicofármacos, sin embargo, el 10.3% fuma esporádicamente y el 22.5% lo hace habitualmente, seguidamente el 28.8% toma bebidas alcohólicas esporádicamente y el 54.7% tiene un consumo habitual, asimismo, el 6.33% usa esporádicamente los psicofármacos y el 1.3 % lo realiza habitualmente. Finalmente, se encontró que los estudiantes con un consumo habitual puntúan bajo los riesgos psicológicos y físico, mientras los que consideran uso esporádico o nunca han consumido alguna droga le da una puntuación alta.

Caravaca, Noh, Hamilton, Brand, Gastaldo y Miotto (2015) realizaron una investigación con el objetivo de describir la influencia que tienen los factores socioculturales (entretenimiento, espiritualidad, relaciones familiares) en el consumo de drogas lícitas e ilícitas en los estudiantes universitarios de San José, Costa Rica. El método utilizado fue de tipo descriptiva-exploratoria, de corte transversal. La muestra fue de 126 mujeres y 124 hombres de una universidad pública, con una edad promedio de 24 años. Se elaboró un cuestionario que contemplaba la Escala de Creencias y Espiritualidad, la Escala de entretenimiento Interactivo y No Interactivo y el Instrumento de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST 3.1.). Los resultados revelaron que las drogas de

mayor consumo de los estudiantes son el alcohol (78.4%), tabaco (31.2%) y la marihuana (27.2%), así también reportaron que el 98,4% de los estudiantes tienen uno o más amigos que consume drogas. Finalmente, se halló existe una relación significativa entre factores académicos y culturales sobre el consumo de sustancias psicoactivas ($p<.05$).

Jorge, Montes, Beverido y Salas (2015) realizaron una investigación con el objetivo de analizar la relación que existe entre el consumo de drogas legales y la percepción de riesgo en estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Veracruzana, México. El método utilizado fue transversal, observacional y analítico. La muestra se obtuvo por un procedimiento estratificado y probabilístico, evaluándose a 92 estudiantes, siendo el 73% mujeres y 27% varones, con una edad promedio de 22 años. El instrumento utilizado fue el Cuestionario sobre consumo de drogas en estudiantes universitarios (CODEU). Los resultados demostraron que el 96% de los estudiantes perciben “muy peligroso” el consumo diario de tabaco, de igual manera, el 75% lo considero para la intoxicación alcohólica, sin embargo 4 % afirma que es “medianamente peligroso” el uso de tabaco y el 22% lo hace para el alcohol, seguidamente el 3% menciona que es “poco peligro” el consumo de bebidas alcohólicas.

Castillo (2015) realizó una investigación con el objetivo de analizar la relación que existe entre el estrés académico y el consumo de drogas en estudiantes de enfermería de tres universidades de Cartagena, Colombia. El diseño utilizado fue de tipo correlacional. La muestra estuvo constituida por 587 estudiantes de ambos sexos, con una edad promedio de 20 años. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) y el Inventario SISCO del Estrés Académico. Los resultados demostraron que el 90.8% de los estudiantes reportaron haber atravesado un evento estresor durante el ciclo académico, de los cuales el 42 % manifiesta tener un estrés moderado. Asimismo, se encontró que el 50.7% de estudiantes cuentan con un consumo de alcohol riesgoso. Finalmente, se halló que no existe una relación significativa entre estrés académico y consumo de alcohol ($p<.05$). Es decir, que los estudiantes que tienen bajos niveles de estrés académico mostraron un bajo consumo de bebidas alcohólicas, sin embargo, los que percibieron altos niveles de estrés se asociaron significativamente con bajo el consumo de alcohol.

Merchán (2014) realizó una investigación con el objetivo de analizar la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas, describir los rasgos de personalidad y los déficits cognitivos por consecuencia del consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de la Universidad de Huelva, España. El diseño utilizado fue cuasi experimental. La muestra se conformó en dos grupos; el primer grupo fue 468 estudiantes de ambos sexos, teniendo como objetivo analizar la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas, el segundo grupo es de 36 estudiantes del sexo femenino de la universidad de Huelva, con una edad media de 20 años, de los cuales tuvo como objetivo de determinar los rasgos personalidad y comportamiento los déficits cognitivos por efecto del alcohol y tabaco. Los instrumentos utilizados respecto al consumo de alcohol fueron: El Cuestionario de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (Saunders, Aasland, Babor, Fuente y Grant, 1993), Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (Guardia, Segura, Gonzalvo, Trujols, Tejero, Suárez, y Martí, 2004), y los Componentes Obsesivo-Compulsivos de la Bebida (Rubio y López, 1999) y, para el tabaco se aplicó el Cuestionario de consumo de tabaco y dependencia a la Nicotina (Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström,1991). Los resultados revelaron que los 468 estudiantes presentaron una alta prevalencia de consumo de drogas, siendo su uso habitual más en hombres que las mujeres. Por otro lado, respecto a los 36 participantes, evidenciaron que las mujeres que combinan alcohol y tabaco empeoran su fluidez verbal semántica y su atención alternante, así como también, se caracterizan por ser más impulsivas. Sin embargo, las consumidoras de alcohol mostraron una mayor pérdida de información a nivel verbal y un deterioro de la memoria de trabajo, mientras que las no consumidoras predominan posible trastorno de personalidad esquizoide.

Moysén, Villaveces, Balcázar, Gurrola, Garay, De la Luz, Valdés y Estrada (2014) realizaron una investigación con el objetivo de analizar el consumo de alcohol y estrategias de afrontamiento en estudiantes de la Universidad Autónoma del Estado de México. El diseño utilizado fue de tipo descriptivo comparativo. La muestra estuvo conformada por 1800 estudiantes universitarios, 44.8% hombres y 55.2% mujeres, con una edad promedio de 22 años. Se utilizó el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (COPE) de Carver, Scheier y Weintraub (1989) y un cuestionario acerca del consumo de drogas diseñado por los investigadores. Los

resultados revelaron que el 72.3% de los estudiantes varones consume alcohol, mientras que el 27.7% son mujeres. Asimismo, demostraron que la estrategia de afrontamiento que más utilizan los estudiantes del sexo femenino es el apoyo en la religión, sin embargo, los hombres hacen uso de la evasión, consumo de drogas y bromas sobre el problema. Finalmente, se encontró diferencias significativas entre la estrategia de apoyo en la religión y en estudiantes no consumidores ($p<.05$). De igual manera, se halló diferencias en la estrategia de evasión, consumo de drogas y humor en estudiantes consumidores de alcohol.

Moure, Doallob, Salvadoresc, Corralb, Cadaveirab y Caamano (2014) realizaron una investigación con el objetivo de analizar si existe relación entre consumo intensivo de alcohol y cannabis, y prácticas sexuales de riesgo en estudiantes de la universidad de Santiago de Compostela, España. El estudio fue de tipo Cohorte (2005 y 2011). La muestra estuvo conformada por 517 estudiantes de ambos sexos, cuya edad fue de 24 años. Los instrumentos utilizados fue el Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), y un cuestionario acerca de las prácticas sexuales de riesgo diseñado por los investigadores. Los resultados revelaron que el 53.0% de los estudiantes varones y el 40.9% de estudiantes mujeres tienen relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol, de los cuales el 13.7% de los estudiantes mujeres y el 25.0% de varones practican las relaciones sexuales sin condón. Finalmente, se encontró que existe una relación significativa entre el consumo intensivo de alcohol y cannabis, y las prácticas sexuales bajo la influencia del alcohol en estudiantes ($p<.05$).

Patiño (2014) realizó un estudio con el objetivo de identificar la percepción de riesgo y el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. El diseño utilizado fue de tipo descriptivo. En el estudio participaron 159 estudiantes de la facultad de medicina, con una edad promedio de 18 años. Las pruebas utilizadas fue el Instrumento de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST 3.1.) y el cuestionario acerca de la percepción de riesgo diseñado por el investigador. Los resultados demostraron que el 92% de estudiantes consumen bebidas alcohólicas, el 42% tabaco y el 18% marihuana. Además, se evidenció que los estudiantes

perciben cómo menos riesgosas las mismas sustancias que más consumen, que son el tabaco y la marihuana.

Corbin, Farmer y Nolen (2013) realizaron una investigación con el objetivo analizar la relación existe entre el estrés, las estrategias de afrontamiento, motivos para beber y el consumo de alcohol en estudiantes de una universidad privada en el noreste de los Estados Unidos. El método utilizado fue de tipo correlacional. La muestra estuvo conformada por 225 estudiantes de pregrado de ambos sexos, con una edad media 18 años. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Estrés Percibido (Cohen y Williamson,1988), el Inventario Multidimensional de Estimación del Afrontamiento (COPE), el Cuestionario de motivos de consumo revisado (Grant, Stewart, O'Connor, Blackwell, y Conrod, 2007) y el Cuestionario de bebida diaria (DDQ) (Collins, Parques y Marlatt, 1985). Los resultados revelaron que los que estudiantes que cuentan con niveles altos de estrés mostraron un alto consumo de alcohol, de igual manera, los altos motivos para beber se relacionan con una mayor frecuencia y cantidad de consumo. Asimismo, se halló que los universitarios que tienen altos niveles de estrés presentan dificultades en apaciguar su comportamiento bajo el estrés, lo cual utilizan el consumo de alcohol como método de escape. Finalmente, se encontró que existe una relación significativa entre altos niveles de estrés y las estrategias de afrontamiento de contención, supresión de actividades contra el riesgo de consumo y uso de alcohol ($p<.05$).

Armendáriz, Villar, Alonso, Alonso, y Oliva (2012). Realizaron un estudio con el objetivo analizar la relación que existe entre el consumo de bebidas alcohólicas y el estrés en estudiantes de una universidad pública en estado de Nuevo León, México. El diseño utilizado fue de tipo descriptivo y correlacional. La muestra estuvo constituida por 220 estudiantes de ambos sexos, de edades comprendidas entre 17 y 25 años. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes y el Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). Los resultados revelaron que el 92.3% de los estudiantes consumió bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, de los cuales el 27.2% tiene un consumo riesgoso, prevaleciendo más en el sexo masculino. Finalmente, se halló que existe una relación significativa entre el consumo de alcohol y los eventos estresantes relacionados con la familia y la salud ($p<.05$).

Linage y Gómez (2012) realizaron una investigación con el objetivo de identificar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y el consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes estudiantes de la ciudad de México. El diseño utilizado fue de tipo correlacional. La muestra estuvo conformada por 116 jóvenes estudiantes (consumidores y no consumidores) de ambos sexos, con una edad promedio de 17 años, expuestos a estrés. Los instrumentos utilizados fue el Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), el Instrumento de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST 3.1.) y el Cuestionario de Sucesos de Vida para adolescentes. Los resultados evidenciaron que la droga ilegal de mayor consumo fue la marihuana y los inhalantes, mientras que las drógales legales fueron el alcohol y tabaco. Asimismo, los estudiantes que afrontaron un evento estresor usan la estrategia de búsqueda de apoyo social en padres, solución de problemas, ofrecer ayuda y reflexiones, siendo estos factores protectores para no consumir drogas.

Vargas y Trujillo (2012) realizaron una investigación con el objetivo de analizar el consumo de cannabis de las universitarias, en su entorno social, y las estrategias de afrontamiento al estés en alumnas de la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada, España. El método utilizado fue de tipo correlacional. La muestra estuvo conformada por 465 alumnas, con una edad promedio de 21 años. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario CFR-P.ET (Martínez-González, Trujillo-Mendoza, y Robles-Lozano, 2006), la Escala de estrés percibido (Cohen, Kamarck, y Mermelstein, 1983) y el Inventario de Afrontamiento para situaciones de estrés (Endler y Parker, 1990). Los resultaron revelaron que el 36.3% de las estudiantes consumen cannabis, sin embargo, el 28% no consume, de los cuales un factor protector es vivir con la familia. Asimismo, se encontró que el consumen drogas (cocaína) en amigos, el consumo de tabaco en las universitarias y uso de la estrategia afrontamiento orientado a la emoción influye en su consumo de marihuana, mientras que, los familiares y amigos de las estudiantes no consumidoras tienen una mayor participación de no consumo de sustancias psicoactivas.

Hasking, Lyvers y Carlopio (2011) realizaron un estudio con el objetivo de analizar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento, expectativas y los motivos del consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes de psicología de

una universidad Metropolitana, Australia. El diseño utilizado fue de tipo correlacional. La muestra estuvo conformada por 454 estudiantes universitarios de ambos sexos, con una edad media de 22 años. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), el Cuestionario motivos para beber (Cooper, Robertson y Duff, 1992), el Cuestionario de Expectativas Beber (Lee, Oei, Greeley, y Baglioni, 2003) y el Inventario de Estimación del Afrontamiento: COPE (Carver, Scheier y Weintraub, 1989). Los resultados revelaron que existe una la relación significativa entre el afrontamiento evitativo y el consumo de alcohol interviene el aumento de confianza y la disminución de la tensión ($p<.05$). De igual manera, presenta una asociación con motivos para beber ($p<.05$).

Martín y Morote (2011) realizaron un estudio con el objetivo determinar la prevalencia del consumo de drogas y la percepción de riesgo en estudiantes de la Universidad de Málaga, España. El método utilizado fue de tipo correlacional. La muestra estuvo conformada por 1121 estudiantes de ambos sexos, con una edad media de 20 años. Se empleo un cuestionario confidencial utilizados por instituciones gubernamentales. Los resultados demostraron que las drogas de mayor consumo en el último mes de los estudiantes son el alcohol (64.6%), tabaco (11,2%) y el cannabis (9%), de igual manera, el 1.7% consume tranquilizantes sin prescripción médica y el 0.4 % consume cocaína, de los cuales el sexo masculino es quienes más consumen. Asimismo, se encontró que el 24.5% los estudiantes perciben como “poco peligroso” el consumo de bebidas alcohólicas, de igual manera, el 20.6 % lo considero para el consumo de marihuana, siendo esta la droga más accesible. Finalmente, se halló una relación significativa entre el consumo de drogas y una mayor probabilidad de consumo de diferentes sustancias psicoactivas ($p<.05$).

Gómez, Novalbos y O’Farrall (2011) realizaron una investigación con el objetivo de analizar la prevalencia y las motivaciones del consumo de drogas en estudiantes de la universidad de Cádiz, España. El estudio fue de tipo descriptivo transversal. La muestra estuvo conformada por 1128 estudiantes universitarios de ambos sexos, con una edad media de 22 años. Se utilizo un cuestionario elaborado por los investigadores. Los resultados revelaron que la mayor frecuencia de consumo se da en el tabaco (57.4%), alcohol (39.5%) y cannabis (67%), de igual

manera en la cocaína (35.2%) y drogas sintéticas (23.4%). Asimismo, se encontró que el consumo de drogas se presenta en las fiestas, reuniones con grupos de pares y los exámenes. Finalmente, se halló que el 29.7% de los estudiantes perciben efectos positivos como el placer y bienestar, el 25% estimulación y energía y el 23.1% mejora de las relaciones sociales, sin embargo, el 50.8% señalan aspectos negativos como la enfermedades o accidentes.

Scafarelli y García (2010) realizaron un estudio con el objetivo de identificar las estrategias de afrontamiento al estrés que utilizan los estudiantes de la universidad Católica del Uruguay. El diseño utilizado fue de tipo descriptiva y comparativa. La muestra estuvo conformada por 139 estudiantes de ambos sexos, con una edad media de 20 años. El instrumento utilizado fue la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (García Pérez, 2008). Los resultados revelaron que los estudiantes del sexo femenino usan con mayor frecuencia las estrategias de afrontamiento de Búsqueda apoyo, el Preocuparse, la Búsqueda de pertenencia y Búsqueda de diversiones relajantes, sin embargo, los varones lo emplean menos. Asimismo, se encontró que existe diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento al estrés según sexo y carrera ($p<.05$).

Rodríguez, Fernández y Hernández (2006) realizaron un estudio con el objetivo de analizar la relación que existe entre las conductas agresivas, consumo de sustancias psicoactivas e intentos de suicidio en estudiantes de una universidad privada de Santiago de Chile. El método utilizado fue de tipo no experimental correlacional. La muestra estuvo conformada por 400 estudiantes universitarios de ambos sexos, de edades comprendidas entre 18 y 26 años. Se utilizó un cuestionario elaborado por los investigadores. Los resultados revelaron que en el año el 21% de los estudiantes se encontraron involucrados en peleas callejeras y el 11.3% en los últimos tres meses. Asimismo, se encontró una relación entre agresión y consumo de marihuana, cocaína y éxtasis, de igual manera, se asoció con conductas suicidas. Finalmente, se halló que los estudiantes del sexo femenino que participan peleas callejeras se relacionan con intentos de suicidio, sin embargo, en el sexo masculino se asocia con el consumo de sustancias psicoactivas.

### 2.1.2 Nacionales.

Escurra (2017) realizó un estudio con el objetivo de identificar la relación que existe entre el sentido de vida y el consumo problemático de bebidas alcohólicas en estudiantes de universidades privadas de Lima Metropolitana. El diseño utilizado fue de tipo correlacional. La muestra estuvo conformada por 346 estudiantes universitarios que se encuentran en los cuatro primeros semestres, de los cuales 52.9% fueron mujeres y 47% varones. El instrumento utilizado fue la prueba de Sentido de Vida (PIL) y el Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). Los resultados demostraron que el 30.6% de los estudiantes universitarios presentaron un consumo de alcohol problemático, prevaleciendo más en el género masculino. Asimismo, se evidencio que no existe una relación significativa entre sentido de vida y el consumo problemático de alcohol ($p>.05$). De igual manera, no se mostró diferencias significativas en sentido de vida según el género ($p>.05$).

Chau y Vilela (2017) realizaron una investigación con el objetivo de estudiar la influencia de las variables psicológicas en la salud mental en estudiantes universitarios de Lima y Huánuco. El método utilizado fue de tipo correlacional. La muestra estuvo constituida por 1024 estudiantes de ambos sexos, con una edad promedio de 20 años, de los cuales 520 estudiantes eran de una universidad privada de Lima y 504 de una publica de Huánuco. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE 60), el Cuestionario de Vivencias Académicas (QVA-r), la Escala de Estrés Percibido (PSS) y el cuestionario SF 36. Los resultados revelaron que la salud mental de los estudiantes está relacionada con el estrés, el estilo de afrontamiento evitativo, el área interpersonal y académico ($p<.05$). Asimismo, se encontró que existe una relación significativa en el estrés percibido como mediador entre el estilo evitativo y la salud mental ($p<.05$).

Águila (2016) realizó una investigación con el objetivo de analizar la relación que existe entre el consumo de drogas legales e ilegales, estrategias de afrontamiento y niveles de satisfacción con la vida de jóvenes universitarios. El método utilizado fue de tipo correlacional. En el estudio participaron 153 estudiantes de ambos sexos, de edades comprendidas entre 20 y 25 años. Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario de estimación del afrontamiento (COPE-60), la

Escala de satisfacción con la vida (SWLS) y el Instrumento de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST 3.1.). Los resultados señalaron que existe una relación significativa entre consumo de drogas y las estrategias de afrontamiento social, emocionales y evitativo ($p<.05$). Así también, demostraron que el consumo de marihuana se correlaciono con el afrontamiento religioso y uso de sustancias, mientras que variable satisfacción con la vida se relacionó de manera inversa con el consumo de alcohol y marihuana ($p<.05$).

Llerena (2015) realizó un estudio con el objetivo identificar la relación que existe entre el consumo de drogas, percepción de riesgo y afrontamiento en soldados de las fuerzas armadas del Perú. El método utilizado fue de tipo correlacional. La muestra estuvo compuesta 87 varones miembros de la tropa hospitalizados, con una edad promedio de 21 años. Los instrumentos utilizados fueron: el Protocolo de la Encuesta sobre Drogas en hogares y el Inventario Multidimensional de Estimación del Afrontamiento (COPE). Los resultados revelaron que existe una relación significativa entre el consumo de drogas y las estrategias de afrontamiento ($p<.05$). De igual manera, existe una asociación con la percepción de riesgo($p<.05$). Además, se halló que las estrategias de afrontamiento se correlacionan positivamente con varias drogas ($p<.05$).

Espinoza (2011) realizó una investigación con el objetivo analizar las opiniones, percepciones, actitudes, comportamiento asociados al consumo de drogas en estudiantes de la facultad de Psicología de dos universidades privadas de Lima Metropolitana. El método utilizado fue de tipo descriptiva y transversal. La muestra estuvo conformada por 550 estudiantes de la carrera de Psicología de ambos sexos, con una edad promedio de 22 años. Se utilizó un cuestionario diseñado por el propio investigador. Los resultados revelaron que el 88.0 % de los estudiantes consumen alcohol y el 70.8% tabaco, seguidamente el 18.4% consume marihuana, el 2.2% pasta básica de cocaína y un 5.7% clorhidrato de cocaína. También se halló que el 12.2% usan tranquilizantes y el 33.6 % bebidas energizantes. Finalmente, se encontró los estudiantes perciben poco peligroso el consumo de marihuana y tranquilizantes, de los cuales manifiestan tener el fácil acceso a drogas ilegales.

Tam y dos Santos (2010) realizaron una investigación con el objetivo de describir el consumo de alcohol y el estrés académico en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. El método utilizado fue de tipo descriptiva y transversal. La muestra estuvo constituida por 82 estudiantes de pregrado de ambos sexos, con una edad promedio 20 años. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) y El Inventario de Estrés (IEA). Los resultados revelaron que el 48% de los estudiantes consume uno a dos vasos de alcohol, seguido el 51.2% más de tres vasos en un día cualquiera y el 11.0% abandonaron sus responsabilidades. Asimismo, se encontró que los estudiantes presentan un mayor estrés en la sobrecarga académica. Finalmente, se halló que las actividades y el tiempo se relaciona positivamente con el estrés.

Tello (2010) realizó una investigación con el objetivo de analizar la relación que existe entre el consumo de alcohol, la autoeficacia de resistencia y las expectativas de uso de bebidas alcohólicas en estudiantes de una universidad privada de Lima. El diseño utilizado fue no experimental, transversal y de tipo correlacional. La muestra estuvo conformada por 118 estudiantes de ambos sexos, de edades comprendidas entre 17 y 26 años. Se utilizó el Cuestionario de Etapas para la Modificación del Abuso (CEMA), y un cuestionario acerca de consumo de alcohol elaborado por el investigador. Los resultados revelaron que existe una relación significativa entre una alta autoeficacia y una menor frecuencia y cantidad de consumo de alcohol ($p<.05$). Así también, se halló una asociación entre las expectativas positivas del consumo de bebidas alcohólicas y una mayor cantidad y frecuencia de consumo ($p<.05$).

Cassaretto (2009) realizo un estudio con el objetivo de identificar la relación que existe entre las dimensiones de la personalidad y las estrategias de afrontamiento en estudiantes preuniversitarios de una universidad priva de Lima Metropolitana. El método utilizado fue de tipo correlacional transversal y con un diseño ex post facto. En el estudio participaron 342 estudiantes de ambos sexos, de edades comprendidas entre 16 y 20 años. El instrumento utilizado fue el Inventario de Personalidad NEO PI-R (Costa y McCrae, 1992) y el Inventario de Estimación del Afrontamiento: COPE (Carver, Scheier y Weintraub, 1989). Los resultados revelaron que los estudiantes presentan mayores niveles de

extraversión, conciencia y apertura, de igual manera se encontró que tienen un mayor uso de las estrategias de reinterpretación positiva y crecimiento, búsqueda de soporte social por motivos instrumentales y planificación. Asimismo, se evidencio que existe una relación significativa entre neuroticismo y las estrategias de desentendimiento conductual y mental, seguido de extraversión y la búsqueda de soporte social por motivos emocionales, reinterpretación positiva y crecimiento personal. Finalmente, se halló una asociación entre conciencia y apertura con afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades y reinterpretación positiva y crecimiento ($p<.05$).

## 2.2 Bases teóricas

### 2.2.1 Consumo de drogas.

#### *2.2.1.1 Definición.*

*2.2.2.1.1 Consumo de drogas.*

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), la droga es toda sustancia que ingresa al organismo y altera el sistema nervioso central y es capaz de crear dependencia física o psicológica.

Kramer y Cameron (1975) refieren que la droga es una sustancia psicoactiva que, al ser introducida en el organismo vivo, modifica y altera el funcionamiento cerebral, así como también el estado de ánimo y la percepción.

Fernández (2002) define que el término droga es toda sustancia natural o sintética que crea adicción, de modo que el sujeto a la hora de consumir experimenta sensación de placer, euforia, relajación, etc.

La Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA, 2012) afirma que la droga es una sustancia de origen natural o sintética que al ser consumida puede alterar o modificar las funciones del Sistema Nervioso Central.

Según la Asesoría de Prevención y Tratamiento de las Adicciones (APTA, 2017) la droga es toda sustancia que introducida al organismo altera y produce cambios físicos y psicológicos.

Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (2009) define la droga como una “sustancia capaz de modificar la realidad, favoreciendo la fantasía humana o evadiéndole de la dura existencia cotidiana para, más tarde dominarle por entero hasta quebrantar sus fuerzas y su salud” (p. 3).

*2.2.2.1.2 Definición de consumo de drogas.*

Según la OMS (1994) el consumo de drogas es la utilización de una sustancia psicoactiva. Cabe resaltar que el término “uso” en algunas investigaciones indica consumo (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2009)

Caudevilla (2008) define el consumo de drogas como un patrón de consumo que no conlleva efectos perjudiciales para la salud.

Vera (2011) afirma que el consumo de drogas es una práctica evasiva frente a un evento estresor, reflejando a los sentimientos de frustración.

Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2002) define el consumo de drogas como la ingesta de una sustancia psicoactiva al organismo vivo en un momento determinado.

### *2.2.1.2 Teorías del consumo de drogas*

*2.2.1.2.1 Modelo de etapas motivacionales de componentes múltiples (Werch y Di Clemente, 1994)*

Este modelo se deriva del Modelo Transteórico de Prochaska y Di Clemente (1983). El modelo propone diferentes etapas una de ellas es la etapa de adquisición de consumo a las drogas, siendo ello el producto de los factores de riesgo del individuo. Asimismo, plantea que la adquisición de consumo a las sustancias psicoactivas presenta estadios temporales y procesos conductuales que se manifiestan desde el no uso hasta el uso continuo de drogas. La adquisición de consumo a las drogas se da en un proceso cíclico (Prochaska y DiClemente, 1983; Werch, 2001), las cuales son:

a. Precontemplación: No ha usado ni tiene interés en consumir drogas.
b. Contemplación: Presenta pensamientos en consumir drogas en los próximos años.

c. Preparación: Presenta interés e intención en consumir drogas en los próximos meses.
d. Acción: Empieza el consumo de drogas en los últimos seis meses
e. Mantenimiento: Continua el consumo de drogas por más de seis meses.

El avance cíclico de la adquisición se presenta según el tipo de drogas (legal e ilegal). De igual manera, el inicio y el proceso en los estadios de la adquisición de la droga está relacionado con los tipos de factores de riesgo o protección del individuo. Asimismo, este proceso permite identificar la etapa en donde se encuentra un individuo que consume drogas (Werch, 2001)

*2.2.1.2.2 Teoría de Acción Razanoda de Fishbein y Ajzen (1975)*

La teoría de la Acción Razonada es uno de los modelos más difundidos entre los factores cognitivos y el consumo de drogas. Asimismo, el más relevante para comprender las conductas del consumo de drogas, así como también, es útil y más influyente en el ámbito de programas de prevención (Fishbein y Ajzen, 1975).

Esta teoría se centra en las influencias de forma más directa y próxima, actúan sobre el uso de drogas. Es decir, tales influencias se dan por las expectativas, creencias, actitudes y las variables relacionadas con la cognición social (Fishbein y Ajzen, 1975).

El objetivo de este modelo plantea que la "causa" más inmediata del uso de drogas serán las intenciones para consumir o no consumir drogas. Estas intenciones serán determinadas por dos componentes (Ver figura 1).

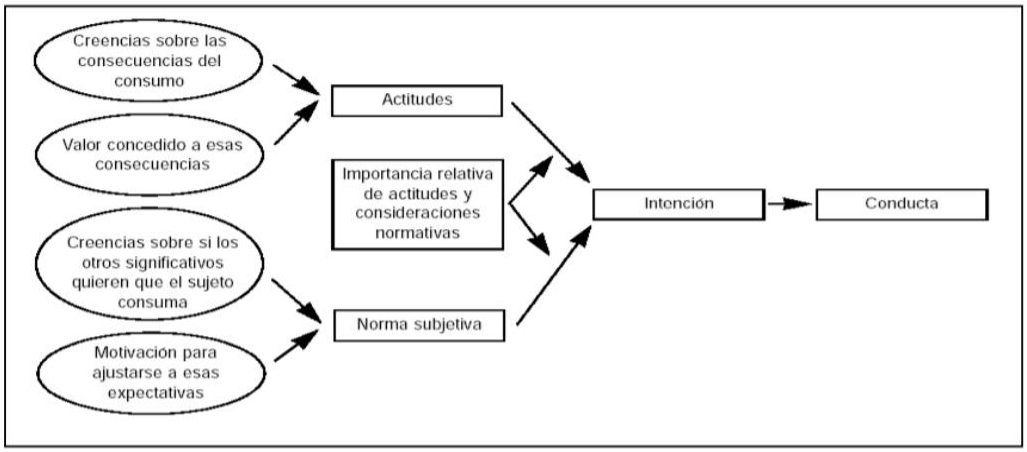


*Figura 1.* Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Azjen (1975). Fuente: Villareal (2009).

a. Las actitudes hacia el consumo se dan en dos componentes. La consecuencias positivas o negativas que se darían si consume drogas. Por otro lado, el valor afectivo que esas consecuencias tengan para el individuo. Es decir, si el sujeto da mayor importancia a los benéficos que a los costes del consumo, es más vulnerable a presentar actitudes positivizas hacia el uso de drogas (Fishbein y Ajzen, 1975).
b. Las creencias normativas ("norma subjetiva") se dan en dos elementos. En primer lugar, la percepción de que las personas de su alrededor acepten, esperen y desean su consumo. Por ejemplo, el estudiante percibe que su grupo de pares esperan o desean que consuma, tendrá mayor probabilidad hacia el uso de drogas. Por otro parte, la motivación de adaptarse a las expectativas o deseos de las personas. Por ejemplo, el estudiante percibe que el consumo está ampliamente extendido y aceptado por sus amigos, ejercerá influencia sobre la intención de consumir (Fishbein y Ajzen, 1975).

Este modelo expone que el individuo a la hora de tomar su decisión se ve más influido por costes, beneficios y actitudes o por otros elementos como las expectativas de lo demás.

*2.2.1.2.3 Modelo evolutivo de Kandel (1975)*

Este modelo es una de los más relevantes en ámbito del consumo de drogas, ya que explica el desarrollo evolutivo de la persona con respecto a su madurez y el inicio del consumo de drogas. Los estudios realizados por Kandel, tanto de tipo longitudinal como transversal, encontraron la existencia de cuatro etapas por las que pasan los consumidores de drogas, como se puede observar en la Figura 2.

| **Etapa 0** | | **Etapa 1** | | **Etapa 2** | | **Etapa 3** | | **Etapa 4** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No Consumo | ➡ | Consumo de cerveza / vino | ➡ | Consumo de tabaco/ bebidas de alta graduacion | ➡ | Consumo de marihuana | ➡ | Consumo de otras Drogas ilegales |

*Figura 2.* Principales estadios del consumo de drogas. Fuente: Becoña (2002).

En esta figura 2, se observa cómo un individuo se inicia en el consumo de drogas, que va desde la etapa 1 y 2 (drogas legales) hasta la etapa 3 y 4 (drogas ilegales). Las dos primeras etapas sirven como elemento facilitador para el posterior consumo de otras sustancias, especialmente marihuana en un tercer paso, y luego otras drogas ilegales. En otras palabras, el inicio del uso de drogas licitas no necesariamente conlleve a un consumo de drogas ilícitas, sin embargo, la presencia de un orden temporal sugiere una vinculación entre el consumo temprano y el tardío (Fleming, Leventhal, Glynn y Ershler,1989). Asimismo, el consumo de una droga determina o incrementa la probabilidad del uso de otras drogas (Fleming, Glynn y Leventhal, 1985).

Kandel (1975) refiere para que el consumo de drogas se presente en las etapas posteriores, tendría que presentarse el uso de alguna droga en la etapa anterior. Asimismo, refiere que un factor determinante para la adquisición de conductas (consumo drogas) y valores son las relaciones sociales. Por otro lado, Kandel y Jessor (2002) hicieron una revisión en varias investigaciones con el fin de comprobar su apoyo empírico del modelo evolutivo (Tabla 1). Esta revisión se resume en tres ejes básicos, de los cuales, las dos primeras cuentan con una fuerte evidencia, sin embargo, la tercera no hay un apoyo empírico.

Tabla 1

*Proposiciones del modelo evolutivo y evidencia actual de las mismas*

| Proposición | Evidencia |
|---|---|
| 1. Entre los adolescentes hay una secuencia de desarrollo de su implicación con distintas clases o categorías de drogas, de tal modo que la iniciación en el consumo de drogas comienza con las primeras drogas de la secuencia, es decir con el alcohol y el tabaco. Luego pueden seguir las ilegales con el cannabis entre las legales y las otras ilegales. | Fuerte evidencia |
| 2. El consumo de una droga de inicio en la secuencia está asociado con un incremento del riesgo o probabilidad de utilizar otras drogas de la secuencia más tarde. | Fuerte evidencia |
| 3. El consumo de una droga temprana en la secuencia, como el alcohol o el tabaco, causa el consumo de una droga posterior de la secuencia, por ejemplo, el cannabis. | No hay apoyo para la proposición de causalidad |

Fuente: Becoña (2002).

*2.2.1.3.2Teoría del aprendizaje cognoscitivo social de Bandura (1986)*

La teoría del aprendizaje social de Bandura es denominada como teoría cognitiva social. Es una de las teorías que también es utilizado para explicar el consumo de drogas. Esta teoría ofrece conceptualizar el problema, considerando diferentes elementos que llevan a su inicio, mantenimiento o como el abandono de la sustancia. Así como también, se basa en los principios del aprendizaje, su cognición y ambiente de la persona que lleva acabo una determinada conducta (Becoña, 2002).

La teoría de Bandura propone que existe una influencia recíproca entre el ambiente y persona, es decir, que el aprendizaje ocurre en un contexto, al observase las consecuencias del comportamiento de modelos (ver figura 3). Bandura, a diferencia de las explicaciones de la conducta humana basadas en el condicionamiento clásico y operante, propone que la existencia de tres sistemas implica en la regulación de la conducta (Bandura, 1986):

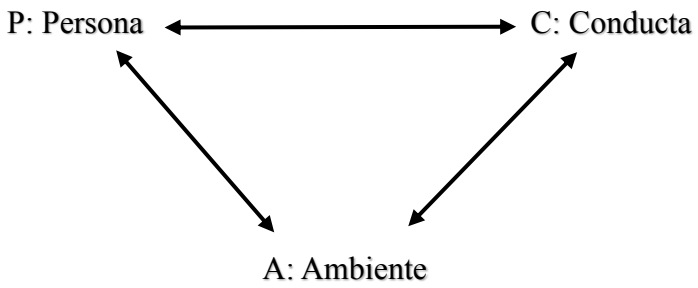


*Figura 3.* Modelo de la reciprocidad Tríadica. Fuente: Bandura (1986).

A: El estímulo externo o suceso, que dañarían a la conducta.

C: La respuesta consecuente de la conducta ejecutada, actuando en modo de refuerzos.

P: Los factores personales o cognitivos, ejercen sobre la conducta futura.

Bandura (1986) afirma que "el aprendizaje es una actividad de procesamiento de información en la que los datos acerca de la estructura de la conducta y de los acontecimientos del entorno se transforman en representaciones simbólicas que sirven como lineamientos para la acción" (p. 51). En otras palabras, la teoría de Bandura explica como los padres, desde la infancia, y los amigos en la adolescencia influyen en el consumo de drogas de los jóvenes. Por ejemplo, el consumo de alcohol por los padres en las reuniones familiares y la influencia negativa de los grupos de pares en las fiestas o reuniones universitarias actúan como factores determinantes o condicionantes para el inicio del uso de drogas. En este sentido, Bandura en diversos estudios de aprendizaje observacional ha demostrado que la personas adquiere conductas sin reforzadores, es decir, el sujeto (hijo o amigo) que aprende de forma observacional, reproducirá la conducta observada (Bandura, 1986).

*2.2.1.3.3 Teoría de la socialización primaria de Oetting y Donnermeyer (1998)*

La teoría de la socialización primaria refiere que la persona realiza diversas conductas en función al área biológico o al aprendizaje social. Este modelo, se concentra en el aprendizaje de normas y las conductas problemas, una de ellas es el consumo de drogas (Petraitis, Flay y Miller, 1995).

Además, el modelo explica como el sujeto adquiere y ejecuta las conductas desviadas (consumo de drogas). Para que un individuo presenta conductas de

consumo se debe al proceso de socialización primaria, como son la escuela, la familia y los grupos de pares (Figura 4). En otras palabras, el entorno social determina las conductas normativas o desviadas del sujeto (Oetting y Donnermeyer, 1998). Por otro lado, las características físicas y emocionales del joven influyen como un factor de riesgo o protección respecto al uso de drogas y a la conducta desviada (Becoña, 2002). A continuación, en la figura 4, se presenta el efecto de los factores comunitarios (grupo de pares, instituciones religiosas y del gobierno, medios de comunicación, la familia, el barrio) en la socialización primaria.

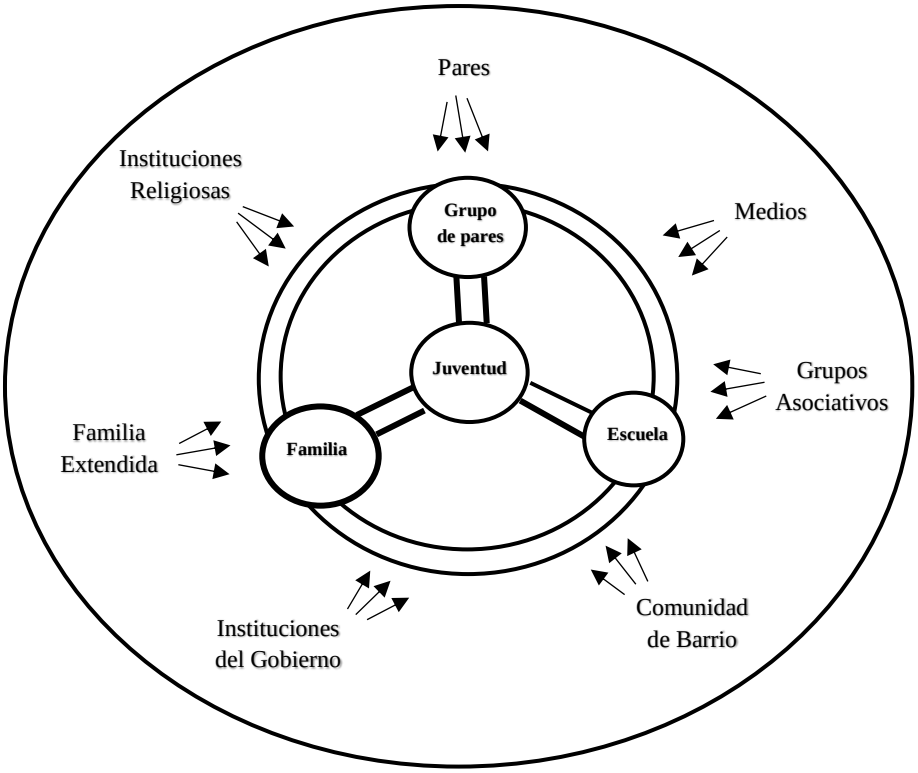


*Figura 4.* Los efectos de la comunidad en la socialización primaria. Fuente: Becoña (2002).

Oetting y Donnermeyer (1998) mencionan que el consumo de drogas se puede producir por dos vías:

1) La adicción a las drogas ocurre como un resultado de la socialización.

2) La dependencia de un estilo de vida basado en el consumo de drogas.

Además, ellos explican que los individuos con una predisposición genética son susceptibles al consumo de drogas. Las características culturales de la persona contribuyen fuentes de socialización secundaria como las familias extensas, el medio de comunicación y la comunidad. Asimismo, la cultura toma una gran

importancia en determinar las normas para el consumo de las distintas drogas (Becoña, 2002).

### *2.2.1.3 Clasificación de las drogas*

*2.2.1.3.1 Según el tipo de drogas (OMS, 2012).*

a. Tabaco. Según la Organización Panamericana de la Salud (2005) el tabaco es una droga que está compuesta por varias sustancias, una de ella es la nicotina, la cual crea la adicción, debido que el consumir esta sustancia experimenta recompensas de cambios en el estado de ánimo, reducción del estrés y mejorar en el rendimiento.

b. Alcohol. Según la OMS (2015) el alcohol es una sustancia psicoactiva que contiene propiedades causantes de dependencia. Esta droga trae como consecuencias los trastornos mentales, enfermedades cardiovasculares y enfermedades como la cirrosis hepática, cáncer. Según la Asesoría de Prevención y Tratamiento de las Adicciones (APTA, 2017), el alcohol es una droga depresora capaz de generar dependencia.

c. Cannabis. Becoña et al. (2011) afirma que el cannabis es una sustancia psicoactiva capaz de crear dependencia ya que ejercen efectos sobre los receptores del sistema endocannabinoide, es decir, el sujeto al consumir esta sustancia automáticamente producirá la liberación de dopamina.

d. Marihuana. La Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC, 2013) define la marihuana, como una droga ilegal que crea dependencia. Esta sustancia es percibida para los adolescentes y jóvenes no solamente como inocuo para la salud, sino incluso con propiedades curativas.

e. Cocaína. Según OMS (1994) el término cocaína es una sustancia poderosamente estimulante del SNC, estableciendo a corto o largo plazo la dependencia física y psicológica.

f. Pasta Básica de Cocaína. Según OMS (1994) la Pasta Básica de Cocaína es una sustancia psicoactiva que se obtiene durante el primer proceso de extracción de la cocaína. Esta sustancia es poderosamente adictiva porque la sensación euforia

dura muy poco y rápidamente viene la angustia, lo cual empuja a seguir consumiéndola. Según la Organización de los Estados Americanos (OEA, 2014), la Pasta Básica de Cocaína es la droga conocida como “Bazuco” o “Paco”. Las características de esta sustancia son de un polvo blanco amarillento, de consistencia pastosa y olor penetrante.

g. Crack. García (1999) define el crack como un alcaloide de la cocaína y tiene una forma sólida cristalina. Esta droga al momento de ingresar al organismo rápidamente libera sus efectos.

h. Anfetaminas. Según OMS (1994) las anfetaminas son llamadas “anfetas” o “speed”, esta droga tiene un efecto altamente estimulante en el sistema nervioso central de aproximadamente de 3 o 4 horas. El uso prolongado de esta.

i. Éxtasis. Pérez (2011) afirma que el término éxtasis o droga del amor, es una droga sintética psicoactiva que actúa como estimulante en sistema nervioso central. El uso de esta sustancia altera el cerebro, creando distorsiones en el tiempo.

j. Inhalantes. El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, 2011) refiere que el término inhalantes “se utiliza para describir una variedad de sustancias cuya característica principal son usadas por la vía de la inhalación”. Pérez (2011) afirma que los inhalantes son vapores químicos respirables que producen efectos estimulantes o alucinógenos en SNC. Además, refiere que los jóvenes abusan de esta sustancia debido a que se consiguen con facilidad y son baratos.

k. Sedantes o pastillas para dormir (benzodiacepinas). Según OMS (1994), los sedantes tienen la función de reducir las actividades del sistema nervioso central.

l. LSD. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, 2006) refiere que la LSD es una droga alucinógena, produciendo alteraciones en la percepción, emociones y el comportamiento.

m. Opiáceos. Arias, Castillo, Roncero, Rovira y Secades (2008) definen los opiáceos como un grupo de sustancias naturales o sintéticos que actúan sobre el sistema nervioso central. Según la OPS (2005) los opiáceos son extraídos de la semilla de la amapola.

n. Heroína. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, 2006) define la heroína como una droga ilegal altamente adictiva, debido que sus efectos son inmediatos en el sistema nervioso central.

*2.2.1.3.2 Según los efectos al Sistema Nervioso Central (SNC).*

a. Depresores. Lorenzo et al. (2009) definen el término *drogas depresoras* tienen la función de retrasar la actividad del sistema nervioso central y disminuir el ritmo de las funciones corporales. Según APTA (2017) las drogas depresoras son sustancias que afectan al sistema nervioso central, creando lentitud en los movimientos y en la forma de pensar.

b. Estimulantes. Lorenzo et al. (2009) refieren que las drogas estimulantes aumentan la actividad en el sistema nervioso central y el ritmo de las funciones corporales. DEVIDA (2012) refiere que las drogas estimulantes afectan al sistema nervioso central causando aceleración a nivel físico y psíquico.

c. Alucinógenos. DEVIDA (2012) aseveran que las drogas alucinógenas producen distorsión de la realidad, alucinaciones y cambios en el estado de ánimo. Lorenzo et al. (2009) afirman que las drogas alucinógenas provocan distorsión de la percepción, alteraciones de la conciencia y alucinaciones.

*2.2.1.3.3 Según criterio de aceptación, accesibilidad y significado en la sociedad.*

a. Drogas sociales. Las drogas sociales forman parte de su gran aceptación social, es decir, están permitidas la venta libre y el consumo de estas. Estas drogas son consumidas en eventos sociales, debido a que forman parte importante de nuestra cultura y el estilo de vida de la sociedad actual. En el Perú, las drogas sociales son: el alcohol y tabaco, siendo estas la causante de enfermedades, accidentes y muertes (López, 2012).

b. Productos Industriales. Son sustancias de uso industrial y doméstico, como en los aerosoles, pinturas, pegamentos, acetona, gasolina, etc. Estos productos tienen efectos euforizantes y adictivos como en el caso del “terokal”. Diversos estudios presentan casos de adicción en niños de la calle con el consumo de “terokal”, ya que les permite esquivar el hambre, el frio y la violencia que reciben (López, 2012).

c. Medicamentos. Los fármacos son productos legalmente permitidos, donde se puede adquirir sin problemas en la farmacia. Sin embargo, la compra de algunos medicamentos es con receta médica, debido a que tienen propiedades psicoactivas es por ello que son abusadas (NIDA, 2017; López, 2012).

d. Drogas étnicas o folclóricas. Son drogas consumidas por grupos étnicos o culturales. Las drogas folclóricas más conocidas son: la hoja de coca, ayahuasca, san pedro, hongos alucinógenos, etc. El uso de estas drogas se asocia a rituales mágico-religiosos por los chamanes o curanderos (MINEDU,2015; López, 2012).

e. Drogas Ilegales. Son drogas que no están permitidas a la venta libre, debido a sus componentes altamente tóxicos y adictivos, siendo esta la marihuana, el clorhidrato de cocaína, pasta básica de cocaína, éxtasis, etc. (López, 2012).

#### *2.2.1.4 Neuropsicología del consumo de drogas*

El consumo de drogas ha sido relacionado con distintas alteraciones en los procesos neuropsicológicos, una de ellas está asociado a las funciones ejecutivas: como la motivación, planificación, memoria, organización, atención, etc. (Verdejo et al., 2004). Las funciones ejecutivas son habilidades cognitivas encubiertas que nos permiten dirigir nuestra actividad cognitiva, emocional y conductual. Estas habilidades cognitivas son deterioradas debido al consumo de distintas drogas. Las consecuencias neuropsicológicas en la adicción a las sustancias psicoactivas presentan dificultades en planificar sus ideas y acciones, así como también, problemas en la regulación de sus emociones (Verdejo-García, López-Torresilla, Orozco, y Pérez-García, 2002).

En la actualidad el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescente y jóvenes es considerado una conducta riesgosa, debido a los efectos nocivos en el cerebro, específicamente en las funciones ejecutivas, como el áreas frontales y parietales. Estas áreas se encuentran en un proceso desarrollo, sin embargo, por la presencia de tóxicos puede impedir o interrumpir la maduración neuropsicológica (Rourke, Bakker, Fisk, Strang,1983).

### *2.2.1.5 Neurobiología del consumo de drogas*

El individuo al ingerir alguna droga al organismo produce alteración en funcionamiento del sistema nervioso central, principalmente al cerebro, como la pérdida de materia cerebral y alteraciones en la memoria, motricidad y comunicación neuronal. Asimismo, presenta riesgo de muerte por sobredosis, reducción de la fertilidad, destrucción de tejidos (Verdejo et al., 2004).

Las drogas son sustancias químicas que afectan el sistema nervioso central. El consumo de sustancias psicoactivas produce la liberación excesiva de neurotransmisores (dopamina) en el circuito de recompensas del cerebro. La producción de dopamina se encuentra en el núcleo accumbens, siendo ello, el responsable de los efectos de recompensa. El consumo de drogas puede liberar dopamina de 2 a 10 veces más que los neurotransmisores naturales como el tener sexo, comer, etc. Los efectos de estas drogas imitan a las sustancias químicas propias del cerebro, pero no logra activar las neuronas de la misma forma que lo hace un neurotransmisor natural, siendo esto un motivo para el incremento del consumo de drogas en los universitarios (NIDA, 2014).

Según la Organización Mundial de la Salud (2005), los efectos biológicos del consumo de drogas están en función a dos criterios: tolerancia y abstinencia. La “tolerancia” se refiere a la necesidad de dosis más altas de droga para obtener los efectos que se presentaban al inicio del consumo con dosis más bajas. Por otro lado, la “abstinencia” es definida como la suspensión del consumo de drogas, debido a su uso repetido. Asimismo, se presenta como la desintoxicación de sustancias en la sangre o tejidos, de los cuales va acompañado de síntomas fisiológicos y cognitivos.

### *2.2.1.6 Fases de consumo de drogas*

El consumo de drogas en los jóvenes se suele presentar en distintas fases. En la primera instancia tenemos la experimentación con alguna droga de fácil acceso, seguido de otras drogas de más difícil acceso. Las fases del consumo de drogas permiten identificar el tipo de consumo en él se encuentra el individuo, de modo que la intervención de programas de tratamiento o de prevención pueden mitigar el consumo abusivo de estas. A continuación, en la figura 5, se presenta las fases del consumo de droga (Kandel, 1978; Kandel y Logan, 1984).

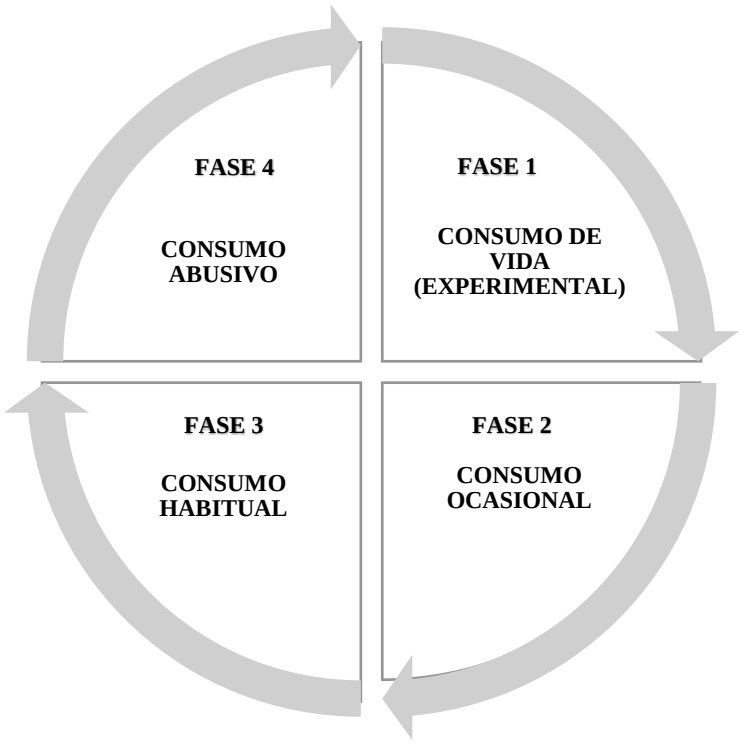


*Figura 5.* Fases del consumo de drogas.

- *Consumo de vida (experimental).* El consumo de vida es el uso de drogas alguna vez en la vida. Su consumo es para probar sus efectos. Esta categoría se asocia con la curiosidad, debido a la valoración social que tiene el joven frente a la experiencia. Este tipo de consumo es social, ya que los jóvenes interactúan con unos u otros grupos de pares (Maturana, 2010).

- *Consumo Ocasional.* El consumo ocasiona se presenta de manera pausada. Este tipo de consumo se da con fines recreativos. El consumo se manifiesta por motivos de búsqueda placer, relajación, euforia, etc. De igual manera, forma parte de los rituales religiosos cuyo fin es recreativo (Maturana, 2010).

- *Consumo Habitual*. La práctica del consumo habitual se presenta con frecuencia, siendo ello un detonante para realizar otras formas de consumo. Para el mantenimiento del consumo de drogas se debe a la búsqueda de experimentar placer, pertenecer y ser reconocido dentro del grupo. De igual manera, depende de la frecuencia con que se emplee, las características de la personalidad, el entorno social y otras variables (Maturana, 2010).

- *Consumo abusivo*. El consumo abusivo está relacionado al uso compulsivo, es decir, el individuo necesita la sustancia para aliviar el malestar fisiológico. En este tipo de consumo se deteriora el área personal, emocional, social y cognitivo. El sujeto

pierde la capacidad para tomar decisiones, presenta incumplimiento de obligaciones en el trabajo, estudios y en casa. De igual manera, su vida gira entorno a las drogas a pesar de las consecuencias que le puede ocasionar (Maturana, 2010).

### *2.2.1.7 Factores sociales que contribuyen al consumo de las drogas.*

La Organización de los Estados Americanos (2013) propone cinco áreas sociales que contribuyen al consumo de drogas: el contexto y la posición socioeconómica, la exposición diferencial a los factores de riesgo, diferencias a la vulnerabilidad, consecuencias para la salud y sociales (Ver figura 6). Dentro de este marco, el joven universitario considera importante para su desarrollo su entorno social (familia, amigos, etc.). En otras palabras, el medio podría favorecer o desfavorecer al consumo de drogas (OEA, 2013).

*Figura 6.* Marco analítico de determinantes sociales. Fuente: OEA (2013).

- Contexto y posición socioeconómico (1). Los factores socioculturales como la producción y venta de drogas en la comunidad, la presencia de grupo de pares consumidores, la disponibilidad de sustancias psicoactivas, la permisividad social y la carencia de un marco normativo favorecen el consumo de drogas. Karriker-Jaffe Jaffe, Roberts y Enlace (2013) refieren que el bajo nivel socioeconómico generaría

mayor desigualdad, incremento de población con bajo nivel educativo, etc., sería una factora de riesgo para uso de drogas.

- Exposición a los riesgos (2). El individuo está expuesto una serie de factores sociales, siendo ello la venta y consumo de drogas, disponibilidad de armas, delitos, grupo de pares de consumo, etc. (OEA,2013).
- Diferencias en la vulnerabilidad (3). La vulnerabilidad se presenta más en población adolescente y femenina, personas con bajos recursos, personas que presentan enfermedades mentales. Esta población es más susceptible al uso y mantenimiento de las drogas (OEA,2013).
- Consecuencias para la salud (4) y sociales (5). El consumo de drogas genera una serie de consecuencias en la salud. Por ejemplo, alteraciones en sistema nervioso central, deterioro en las áreas ejecutivas, enfermedades como la depresión, ansiedad, etc. Por otro lado, las consecuencias sociales tenemos la perdida de bienes, fracaso escolar, desempleo, etc. (OEA,2013).

#### *2.2.1.8 Consecuencias del consumo de drogas*

El consumo de drogas en la actualidad es un problema de salud pública, debido a las altas tasas de mortalidad y comorbilidad (UNODC, 2003; OMS, 2005; OEA, 2005; y UNODC, 2009). Los problemas asociados a la droga afectan el desarrollo económico y social, de igual manera, el incremento de los costos de atención a la salud. Los riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas se presentan en el deterioro de la salud mental y las relaciones intrapersonales e interpersonales del individuo. El consumo compulsivo puede producir dificultades para encontrar y mantener empleo, incumplimiento de obligaciones en el trabajo, infracción de ley, perdidas económicas, relaciones sexuales no deseadas (OEA, 2013).

Asimismo, el consumo de drogas genera consecuencias sociales ya que el individuo se encuentra dominado por la droga y solo vive por ella. Las repercusiones sociales más resaltantes son: el aislamiento hacía las personas que lo rodea, bajo rendimiento en el trabajo y académico, deserción escolar, dificultad para mantener las relaciones sociales, problemas económicos y familiares, el robar objetos para luego conseguir droga y la violencia que se manifiesta desde el tráfico y las

agresiones físicas y psicológicas que se comenten bajo los efectos de las drogas (OEA, 2013).

El consumo de drogas también trae consecuencias en la salud, siendo principalmente en lo fisiológico y psicológico. Las consecuencias fisiológicas es el desajuste neuroquímico en el cerebro, el deterioro de sistema nervioso central, alteración en el ritmo cardiaco, problemas respiratorios y convulsiones. Asimismo, se presenta el síndrome de abstinencia; como un conjunto de signos y síntomas (estomago flojo, dolor de cabeza, escalofríos, ansiedad, etc.) durante la abstinencia al consumo. Por otro lado, las consecuencias psicológicas son la depresión e ideas paranoide, ansiedad e insomnio, brotes psicóticos, poca tolerancia a la frustración, inadecuado manejo de emociones, falta de motivación, etc. Además, el consumo de drogas afecta las áreas ejecutivas de planificación, memoria, organización, atención, etc. (OEA, 2013).

#### ***2.2.1.9 Factores de riesgo y protectores de consumo de drogas.***

##### *2.2.1.9.1 Factores de riesgo.*

Los factores de riesgo son considerados como aquel atributo individual o condición situacional de naturaleza biopsicosocial, donde la presencia de estas incrementa la probabilidad para el uso, abuso o mantenimiento del consumo de drogas (Clayton, 1992). Estos factores se pueden clasificar en factores individuales y psicosociales.

Los factores Individuales presentan características internas como: genética, sexo, trastornos mentales, la personalidad, baja habilidades sociales, creencias sobre el consumo de drogas, etc. (Pons y Berjano, 1999; Smith et al., 1993). Con respecto a los factores psicosociales, el sujeto muestra características personales y ambientales como: baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, conducta agresiva precoz, falta de comunicación y supervisión de los padres, disfuncionalidad familiar, disponibilidad de drogas, consumo de drogas de los grupos de pares, pobreza, etc. (NIDA, 2004). A continuación, se presenta a detalle los factores de riesgo según el dominio al cual pertenecen (ver tabla 2).

Tabla 2

*Factores de riesgo que afectan en cinco dominios*

| | Factores de Riesgo | Dominio |
|---|---|---|
| Factor Individual | Conducta agresiva precoz | Individual |
| Factores psicosociales | Falta de supervisión de los padres | Familia |
| | Abuso de sustancias | Compañeros |
| | Disponibilidad de drogas | Escuela |
| | Pobreza | Comunidad |

Fuente: NIDA (2004).

El desarrollo a una adicción a sustancias psicoactivas viene condicionado por los factores genéticos y ambientales (ver figura 7). Los factores ambientales como el hogar, la familia y los amigos que presente consumo de alguna sustancia psicoactiva, conductas desadaptativas (robar, vender drogas, manipular, mentir), incita el desarrollo de conductas de consumo. Por otro lado, los factores biológicos presentan una mayor vulnerabilidad a crear adicción, más aún si el individuo presenta trastornos mentales (NIDA, 2014).

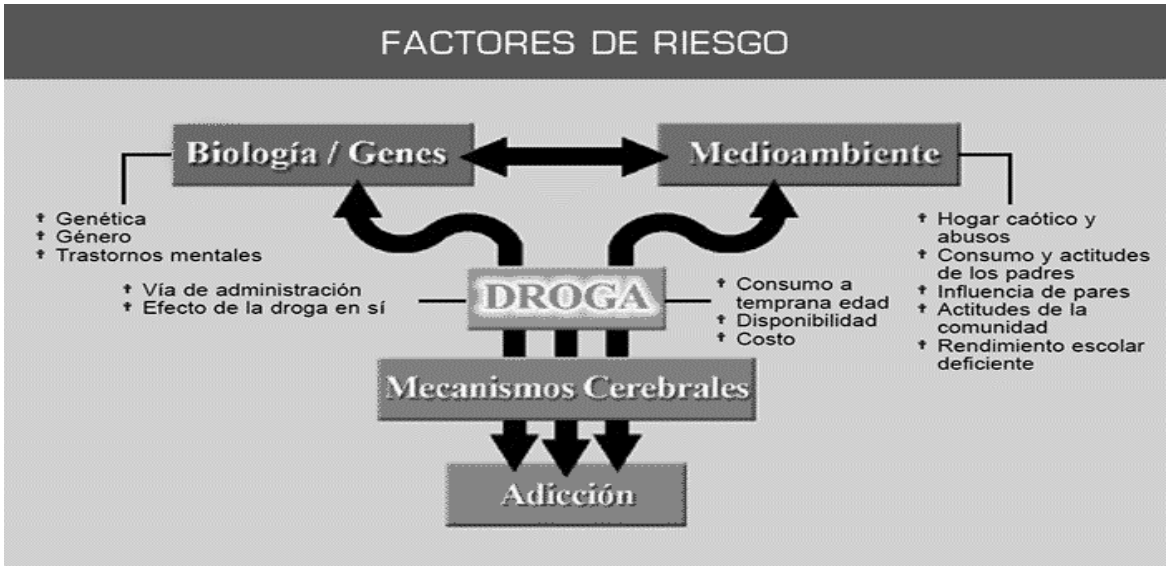


*Figura 7.* Las drogas, el cerebro y el comportamiento. Fuente: NIDA (2014).

*2.2.1.9.3 Factores protectores.*

Los factores de protección (psicológicos o sociales) contribuyen la reducción de situaciones o conductas de riesgo, como el uso, abuso, manteamiento del consumo de drogas o el no consumo de sustancias (Clayton, 1992). Los factores protectores se clasifican en dos grupos: individuales y sociales. Respecto a los factores individuales: adecuada inteligencia emocional, actitud positiva hacia el estudio, habilidades sociales adecuadas y asertividad, etc. En cuanto a los factores sociales, se muestra como factores de protección, el monitoreo de los padres, ausencia de drogas en el barrio o escuela, ausencia de compañeros consumidores, etc. (NIDA, 2004).

### *2.2.1.10 El consumo de drogas en universitarios*

El consumo de drogas en población universitaria aumento en el último año, debido a la baja percepción de riesgo, al acceso fácil a las drogas, la presencia de consumo en el entorno y el utilizar drogas como un método de alivio a la tensión y fomentar la diversión (UNODC, 2016).

La Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el Delito UNODC (2016) reportaron una preocupación alarmante en los estudiantes universitarios peruanos, ya que es una población vulnerable hacia el consumo de drogas. Asimismo, revelaron que las drogas de mayor consumo de los estudiantes son el alcohol (37,7%), el tabaco (53%), la marihuana (14,8%) y la cocaína (1,8%), respectivamente. Finalmente, en el reporte se informa que el crecimiento del consumo de drogas entre los universitarios se presenta en las universidades privadas, y que este pueda traer consecuencias a corto y largo plazo como problemas de memoria, ansiedad severa, cometer delitos, el fracaso escolar, problemas de salud y sociales.

Por otro lado, Hernández, Pozo y Polo (1994) refieren que los estudiantes universitarios ante la llegada de los exámenes presentan conductas desadaptativas como el consumo de sustancias psicoactivas, ingesta de tranquilizante, etc.

### *2.2.1.11 Factores sociodemográficos relacionados con el consumo de drogas*

#### *2.2.1.11.1 Según sexo*

La influencia del género en el consumo de drogas está asociada a un factor generacional. De igual manera, el género actúa como condicionante en relación con el consumo de drogas. A pesar de que ambos sexos usualmente comparten prácticas de riesgo asociadas al consumo, en general, las mujeres presentan menor frecuencia y cantidad de consumo de sustancias (Sánchez,2012).

El consumo de drogas para las mujeres no tiene el mismo significado que los hombres, es decir, las mujeres tienen una mayor percepción de riesgo sobre la sustancia. Sin embargo, los hombres perciben como una conducta natural y socialmente aceptada, es por ello que la frecuencia y la cantidad de droga consumida es más elevada en hombre que en mujeres. En la mayoría de los casos el inicio del consumo de drogas en población femenina se presenta por tener relaciones afectivas con parejas consumidoras, así como también a la violencia y el estrés en el que se encuentra sometida, siendo esto un determinante de los problemas de salud, especialmente afectando a jóvenes (Sánchez,2012).

El III estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas (UNODC, 2016) reveló que los estudiantes universitarios del sexo masculino consumen alcohol (45%), tabaco (67%), marihuana (22.2%), cocaína (3.2%) e inhalantes (0.1%), mientras que el sexo femenino consume alcohol (30%), tabaco (38,4%), marihuana (7,2%), cocaína (0,4%) e inhalantes (0.7%) respectivamente.

#### *2.2.1.11.2 Según edad*

El III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas (UNODC, 2016) reveló que el consumo de alcohol es la droga legal de mayor consumo en los universitarios de edades comprendidas entre 23 y 24 años. Asimismo, la edad de inicio del consumo de tabaco es a los 17 años, seguido de la marihuana a los 19 años y el clorhidrato de cocaína a los 20 años. Por otro lado, Sánchez et al. (2016), refieren en su estudio que los estudiantes universitarios muestran un consumo activo, con una edad de inicio de 19 años.

### 2.2.2 Estrategias de afrontamiento al estrés.

#### *2.2.2.1 Definiciones de estrategias de afrontamiento al estrés.*

*2.2.2.1.1 Definición de Afrontamiento.*

Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como “Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 141).

Matheny, Aycock, Pugh, Curlette y Cannella (1986) refieren que el afrontamiento es el esfuerzo que el individuo manifiesta para prevenir, eliminar o debilitar los estresores.

Weisman y Worden (1977) definen el afrontamiento como una táctica del individuo para actuar con el fin de conseguir alivio y resolución al problema.

Rodríguez (1995) refieren que el afrontamiento es un conjunto de respuestas emitidas por el individuo con el fin de reducir y superar las demandas que enfrenta.

*2.2.2.1.2 Definición de estrés.*

Selye (1960) define el estrés como un estado de cansancio mental producido por un síndrome determinado, manifestándose dentro de un sistema biológico.

Lazarus y Folkman (1986) define el estrés como la relación entre el individuo y el entorno en el que se desarrolla, siendo estas, diversas situaciones que provocan tensión o amenazas.

*2.2.2.1.3 Definición de estrategias de afrontamiento al estrés.*

Halstead, Bennett y Cunninghan (1993) afirman que el afrontamiento al estrés es una estrategia que el individuo utiliza con el fin de disminuir o eliminar los estresores.

Girdano y Everly (1986) refieren que las estrategias de afrontamiento al estrés son adaptativas o inadaptativas ya que disminuyen el estrés a largo o corto plazo.

*2.2.2.1.4 Definición de Estilos de Afrontamiento*

Los estilos de afrontamiento se definen como predisposiciones personales para enfrentar los eventos estresantes, es decir, el sujeto tiene preferencia en usar una u otros tipos de estrategias de afrontamiento (Fernández-Abascal, Palmero, Chóliz, y Martínez, 1997).

Según Carver, Scheier y Weintraub (1989) los estilos de afrontamiento son un conjunto de técnicas que emite el individuo ante un evento estresante

***2.2.2.2 Modelo teórico del afrontamiento al estrés.***

Existe distintas teorías que explican el estrés, siendo los principales: Teoría basada en la respuesta, en el estímulo y en la interacción (Lazarus y Folkman, 1986; Sandín, 2009).

*2.2.2.2.1 Teoría basadas en la respuesta.*

a. Modelo síndrome de adaptación general de Selye (1936). El modelo propuesto por Selye se denomina Síndrome General de Adaptación. Este modelo es definido como un estado mental interno de tensión o excitación, es decir, ante un estímulo estresante el organismo genera respuestas fisiológicas y psicológicas. Selye refiere que el ser humano provoca las mismas reacciones fisiológicas ante el estresor, independientemente del estímulo provocador. Asimismo, menciona que el individuo se encuentra expuesto a constantes cambios donde se presencia una elevada presión, siendo necesario un adecuado afrontamiento para reducir o eliminar el estresor. Sin embargo, la baja capacidad para afrontar puede producir reacciones fisiológicas y psicológicas. Estas reacciones se denominan “Síndrome General de Adaptación”, formado por tres fases: Fase de Alarma, Fase de Resistencia y Fase de Agotamiento (Ver figura 8).

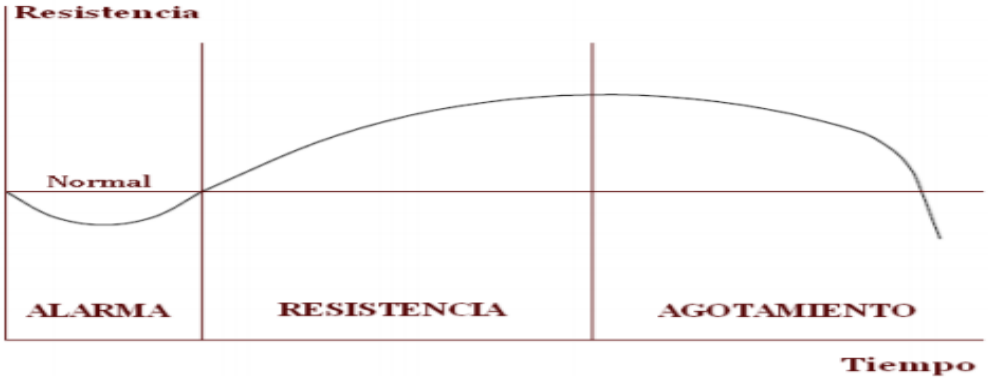


*Figura 8.* Fases del Síndrome general de adaptación de Hans Seyle. Fuente: García (2011).

- *Fase de Alarma*. En esta fase el individuo ante la presencia de un estímulo estresante, el organismo inmediatamente manifiesta una serie de características como la paralización o congelamiento (shock, expresiones faciales), aumento de la frecuencia cardiaca, respiratoria y sudoración en manos, pies y frente, aumento del tono muscular, dilatación pupilar, etc. (Selye, 1936).

Tabla 3

*Cambios orgánicos de la fase de alarma.*

| Fase de Alarma | |
|---|---|
| Aumenta | La frecuencia cardiaca<br>La presión arterial<br>La respiración<br>La sudoración<br>La lagrimación<br>La erección de los vellos<br>La actividad mental<br>La dilatación de pupilas<br>El metabolismo<br>La glucosa en la sangre<br>La coagulación de la sangre<br>La contracción del bazo<br>La constricción de los vasos sanguíneos en los órganos abdominales y piel. |
| Disminuye | La secreción de saliva |

Fuente: García (2011).

El cerebro, al detectar el estímulo estresor presenta una alteración fisiológica, debido a la activación del hipotálamo, siendo el encargado de producir la hormonada denominada Adrenal Cortico Trophic Hormone (A.C.T.H.) (). En esta

fase el estímulo estresante puede desaparecer siempre y cuando el organismo es sano (Selye, 1936).

- *Fase de resistencia.* En esta etapa el individuo trata de adaptarse al evento estresante, es decir, mantiene en activación los procesos fisiológicos, cognitivos y emocionales para reducir las consecuencias del estímulo estresante, siendo ello una forma que el organismo sobreviva. Sin embargo, podría presentar síntomas y signos físicos y mentales (ver tabla 4). Así como también, una disminución en las capacidades de respuesta, ya que se produce una fatiga en las gandulas. Esta fase puede durar varias semanas, meses o años, pero si el proceso termina, el organismo retorna con normalidad su rutina sin que ella salga dañada. Asimismo, ocurre una homeostasis (equilibro) entre el medio y el individuo (Selye, 1936).

Tabla 4

*Síntomas y signos de la fase de resistencia.*

| Fase de Resistencia | |
|---|---|
| Síntomas y signos físicos | Tensión dolor en los músculos (cuello, espalda, pecho).<br>Fatiga fuerte<br>Desordenes estomacales (indigestión, diarrea).<br>Sequedad en la boca y en la garganta<br>Molestias en el pecho<br>Frecuentes dolores de cabeza<br>Elevada temperatura corporal (manifestada como una fiebre) |
| Síntomas mentales | "Tics" nerviosos (morder las uñas o un lápiz, halar o torcer un mechón de cabello, tocarse repetidamente la, cabello o bigote, rascarse la cabeza).<br>Ansias de comer algo<br>Complejos, fobia y miedos: sensación de fracaso<br>Irritabilidad y dificultad para reír<br>Dificultad para concentrarse y recordar datos |

Fuente: García (2011).

- *Fase de Agotamiento.* En esta fase el individuo no resiste ante un estímulo estresante, debido a que el organismo agota sus recursos y pierde la capacidad de activación en los procesos fisiológicos, cognitivos y emocionales. Esta fase puede ser crónica e irreversibles, provocando enfermedades como: depresión, ansiedad,

enfermedades digestivas y úlceras, desórdenes alimentarios, patologías cardiovasculares, etc. (Selye, 1936).

*2.2.2.2.2 Teorías basadas en el estímulo*

Esta teoría es estudiada por diversos autores, uno de ellos es Holmes y Rahes (1967), refiere que las características relacionadas a los estímulos ambientales provocan una alteración en el organismo, de igual manera, explica que el estrés se presenta fuera del individuo.

Everly (1978) presenta dos tipos de estresores.

a. Psicosociales: Son circunstancias que no provocan respuestas estrés, sin embargo, la interpretación cognitiva que hace el individuo lo convierte en un estímulo estresante.

b. Biológicos. Los estímulos (estresor) produce cambios bioquímicos en el organismo, llegando a provocar respuestas de estrés (tráfico vehicular, etc.).

Por su parte, Cassaretto (2009) clasifica tres categorías de estresores potenciales

a. Acontecimientos vitales mayores. Eventos que generan cambios significativos en organismo, conllevando un ajuste y adaptación del individuo. Por ejemplo, muerte de un ser querido, desempleo, separación, etc.)

b. Situaciones diarias: Acontecimientos leves (perdida de objetos personales, tráfico vehicular). El individuo ante estas situaciones requiere de los procesos cognitivos y conductuales.

c. Situaciones crónicas y desagradables. Acontecimiento permanente que producen cambios drásticos en la vida del individuo.

Esta teoría, se ubica dentro de la psicopatología, donde se denomina Enfoque Psicosocial o sucesos vitales. Por otro lado, Sandín (2009) refiere que el individuo que se encuentra sometido a situaciones estresantes produce respuestas de ajuste y adaptación. Estos acontecimientos pueden ser considerado muy estrésate para el sujeto, pero muy poco estresante para otra.

*2.2.2.2.3 Teorías basadas en la interacción.*

a. Modelo de afrontamiento del estrés de Lazarus y Folkman (1986)

El modelo de Lazarus y Folkman (1986) refiere que ante una situación de estrés el individuo considera dos procesos; en primera instancia se tiene la evaluación cognitiva y afrontamiento como mediador de la relación individuo-ambiente y en segundo lugar proponen dos niveles de evaluación, primaria y secundaria (ver figura 9). La evaluación primaria se basa en evaluar la situación y el impacto del problema estresante. Si la persona percibe como daño o amenaza esta evaluación, se convertirá como una situación estresante, inmediatamente dará una respuesta de afrontamiento. En cuanto a la evaluación secundaria se analiza la valoración de las capacidades, habilidades de afrontamiento y la percepción de sus recursos para solucionar una situación estresante, es decir si el sujeto cuenta con sus valoraciones automáticamente generara las estrategias de afrontamiento para la solución de problemas y control de emociones.

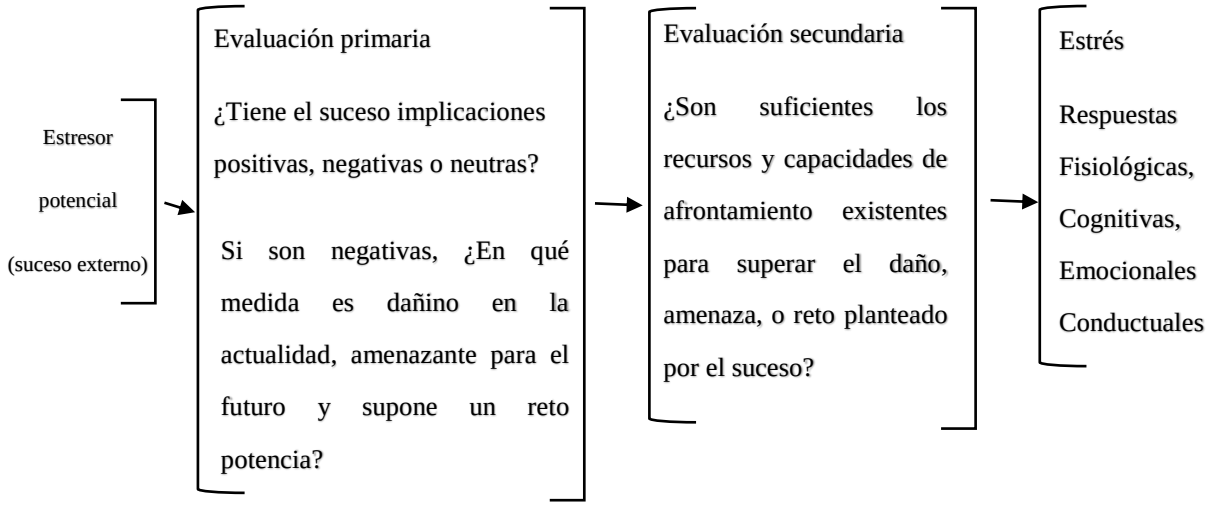


*Figura 9.* Modelo psicológico del estrés de Lazarus y Folkman (1986). Fuente: Vázquez, Crespo y Ring (2000).

Lazarus y Folkman (1986) elaboraron un instrumento denominado escala de Modos de Afrontamiento (tabla 5). Este inventario evalúa como el individuo emplea sus pensamiento y acciones para manejar o reducir el estrés. Lazarus y Folkman presentan ocho estrategias.

Tabla 5

*Dimensiones de Afrontamiento de Folkman y Lazarus (1986)*

| Dimensiones | Descripciones |
|---|---|
| 1. Confrontación | Acciones directas dirigidas hacia la situación; por ejemplo, expresar ira hacia la persona causantes del problema, tratar de que la persona responsable cambie de idea. |
| 2. Distanciamiento | Tratar de olvidarse del problema, negarse a tomarlo en serio, comportarse como si nada hubiera ocurrido. |
| 3. Autocontrol | Guardar los problemas para uno mismo, procurar no precipitarse. |
| 4. Búsqueda de apoyo social | Pedir consejo o ayuda a un amigo, hablar con alguien que pueda hacer algo concreto, contar a un familiar el problema. |
| 5. Aceptación de la responsabilidad | Disculpar, criticarse asímismo, reconocerse causante del problema. |
| 6. Escape – Evitación | Esperar a que ocurra un milagro, evitar contacto con la gente, tomar alcohol, drogas. |
| 7. Planificación de solución de problemas | Establecer un plan de acción y seguirlo, cambiar algo para que las cosas mejoren. |
| 8. Reevaluación positiva | La experiencia enseña, hay gente buena, cambie y madure como persona. |

Fuente: Guerrero (1997).

Dentro de este marco, se aprecia las ocho estrategias, de las cuales las dos primeras (la confrontación y la planificación) pertenecen al afrontamiento centradas en la solución del problema, seguido las cinco estrategias (el distanciamiento, autocontrol, aceptación de la responsabilidad, escape-evitación y reevaluación positiva) corresponden a la regulación emocional, y finalmente la estrategia búsqueda del apoyo social pertenece a ambas áreas (Lazarus y Folkman, 1986). A continuación, se especifica dos tipos de estrategias.

- Estrategias de resolución de problemas. Las estrategias de resolución de problemas o también conocido como afrontamiento centrado en el problema están relacionadas con el aspecto cognitivo, debido a su objetivo de resolución de situaciones estresantes. Esta estrategia se presenta en el crear pensamientos racionales entorno a la situación y buscar soluciones alternativas (Lazarus y Folkman, 1986).
- Estrategias de regulación emocional. Estrategias de regulación emocional también llamadas afrontamiento centrado en la emoción se presentan con el fin de reducir o manejar la carga emocional de un evento. Esta estrategia se encuentra relacionada con la búsqueda de apoyo social por razones emocional, evitación, aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva (Lazarus y Folkman, 1986).

Lazarus (1991) explica que la estrategia de afrontamiento incorrecta podría aumentar la intensidad del estrés y provocar consecuencias negativas en el aspecto emocional y en el rendimiento.

En el proceso del afrontamiento se puede observar la intervención de dos factores (ver figura 10). En primera instancia tenemos los factores internos, dentro de ello se encuentra los etilos de afrontamiento y la personalidad. Los estilos de afrontamiento son definidos como un conjunto de técnicas empleadas una serie determinada en situaciones estresantes). Estos estilos se explican de modo sistemático (Vázquez, Crespo y Ring, 2000).

En primer lugar, tenemos el *estilo evitativo y confrontativo.* En el estilo evitativo el individuo muestra dificultades en resolver situaciones estresantes continuas. Sin embargo, los sucesos de tensión a corto plazo se pueden manejar con una mayor facilidad (Taylor, 1990). Por otro lado, el estilo confrontativo se enseña en tomar una acción directa frente al problema. En segundo lugar, la *Catarsis* se refiere que el comunicar sus problemas a otras personas consigue reducir sus preocupaciones, así como también favorecer el afrontamiento de diversas maneras (Penneba y Susman, 1988). Finalmente, *el uso de estrategias múltiples* explica que el atravesar por diversos problemas requiere de diferentes estrategias de afrontamiento y que un adecuado empleo de múltiples estrategias facilitara un buen manejo y reducción del estresor.

En cuanto a los factores de personalidad se presenta en tres categorías (Vázquez, Crespo y Ring, 2000).

*La búsqueda de sensaciones.* Se presenta en individuos que no tienen importancia al riesgo, es decir, el sujeto tiene mayor probabilidad de vivir experiencias inusuales, así como también tener tolerancia al riesgo y al estrés de su entorno (Zuckerman, 1974).

*Sensación de control.* Es un factor importante que modulan los efectos del estrés. El individuo cree que ninguna estrategia de afrontamiento que utilice va a manejar o reducir el suceso amenazante.

*Optimismo.* Se refiere a la actitud positiva y optimista en la resolución del problema. En esta categoría se presencia la utilización de la estrategia centrada en el problema ya que el individuo busca lo positivo de situación estresante (Scheier y Carver, 1992).

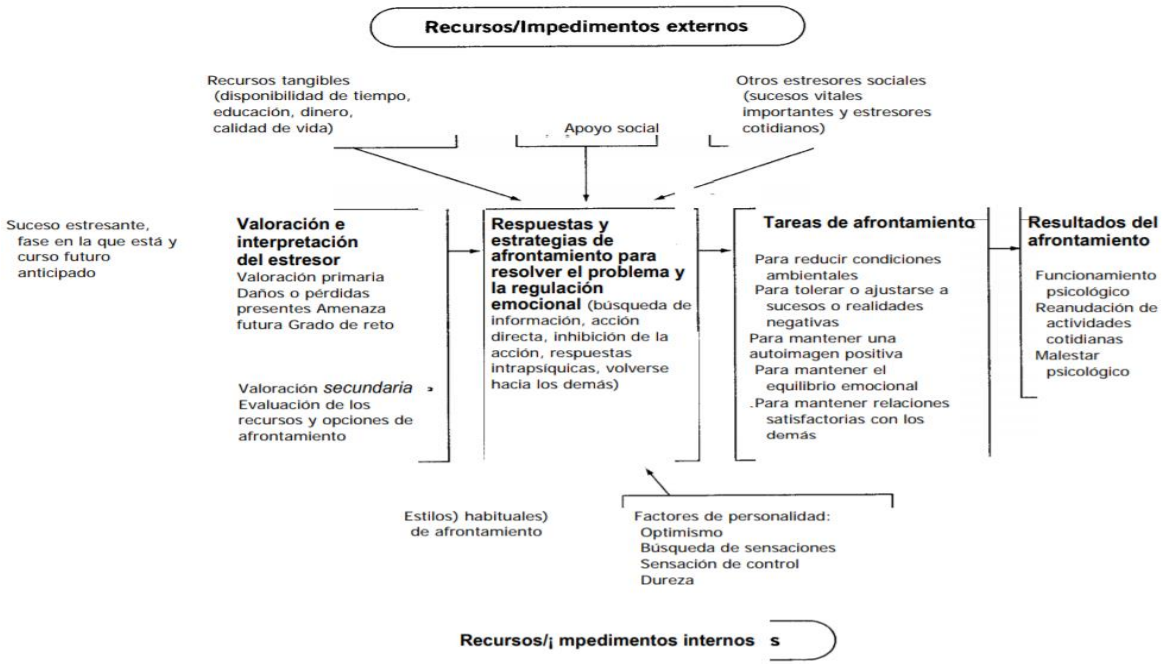


*Figura 10.* El proceso de afrontamiento (coping). Fuente: Vázquez, Crespo y Ring (2000).

En segundo lugar, tenemos los factores externos como son los recursos tangibles, el apoyo social y otros estresores sociales. En los recursos tangibles se puede presentar la educación, nivel de vida, el dinero, etc. Por ejemplo, el tener dinero permite afrontar los sucesos estresantes (compras, deudas, etc.), así como también puede producirse un estresor. Por otro lado, el apoyo social se refiere que

el sujeto se siente valorado y querido por las personas que lo rodea. El apoyo social se caracteriza por dos formas. En primera instancia se presenta, el recurso o estrategias de afrontamiento como un mecanismo de defensa eficaz ante la carga emocional y en segundo lugar hace referencia como un amortiguador del estrés, esta variable se presenta da por la falta de confianza en las personas allegadas, es decir, el individuo ante un suceso difícil no recurría a ningún un amigo o familiar debido a la falta de confianza, siendo ello un atenuante para episodios depresivos y presentar deficiencia en el manejo del suceso amenazante (Brown y Harris, 1978).

Lazarus (1993) refiere que ante una situación de estrés el individuo debe de tener una valoración hacia estimulo estresor, emociones asociadas a la valoración y los esfuerzo cognitivos y conductuales para afrontar los estresores. Asimismo, describe que el afrontamiento orientado a la resolución de problema y centrado en la emoción son estrategias adaptivas, es decir, el individuo que utiliza dichas estrategias afronta de manera asertiva el problema. Sin embargo, la estrategia evitativa es una estrategia desadaptativa, debido a que el individuo huye del problema, generando un incremento del estresor (Endler y Parker, 1990). El afrontamiento inadecuado ante una situación de estrés puede provocar estrés crónico, emociones negativas, el uso de drogas, etc.

b. Afrontamiento de Situaciones Estresantes de Endler y Parker (1990)

Endler y Parker (1990) plantean que el individuo tiene preferencia en la utilización de algunas estrategias de afrontamiento, sin considerar los sucesos estresantes. Estos autores refieren que el proceso del afrontamieto se emplea mediante la valoracion que el individuo hace de la situacion y los recursos que tiene para manejar y reducir los sucesos amenzantes.

Endler y Parker (1990) desarrollaron un Inventario de Afrontamiento de situación estresante, de los cuales, incluyeron tres tipos de afrontamiento. En primera instancia es el afrontamiento centrado en el problema: este tipo de afrontamiento se orienta a la tarea como planificar el tiempo y utilización del área cognitivo a la búsqueda de soluciones; y, en segundo lugar, el afrontamiento centro a la emoción de la propia persona: este tipo de afrontamiento se presenta como regulador emocional ante las respuestas emocionales y las preocupaciones. Finalmente, la tercera estrategia, denominada Evitación es considerada una

estrategia básica para afrontar el estresor. Este tipo de afrontamiento incluye ambas dimensiones (centrado a la tarea y en la emoción). Asimismo, este afrontamiento hace que un individuo no afronte el problema sino evade el evento estresante, ya sea de forma diversión o distracción. No obstante, este modelo se basó en la teoria de Lazarus y Folkman (1986), ya que el autor separa la variable evitación de las dos estrategias generales “Estrategias centradas en el problema y en la emoción”. A esta variable evitación, Endler y Parker (1990) los subclasifican en dos dimensiones denominados distracción y diversión.

c. Teoría cognoscitiva social de Bandura (1986)

La teoría cognitivo social fue propuesta por Albert Bandura el año 1986. Este autor plantea que el individuo se encuentra en una interacción con el ambiente. Bandura, refiere que el individuo no sólo es influido por el medio ambiente, sino también, sus características personales y la motivación que presente el individuo.

A continuación, se detalla los conceptos más importantes de la teoría de Bandura:

- *Autoeficacia.* Bandura (1977) define la autoeficacia como "las creencias en la propia capacidad para organizar y ejecutar las acciones requeridas para manejar las situaciones futuras" (p. 2). Las creencias de autoeficacia determinan como el individuo piensa, sienta y actúa. En otras palabras, el individuo que presenta una alta seguridad en sus capacidades tendrá un mayor bienestar personal, así como también, afronta los acontecimientos difíciles de manera asertiva y no como una amenaza. El individuo frente a una situación de peligro ejerce el control sobre acontecimiento, generando en ello, logros personales, reducción y manejo del estrés. Mientras, que las personas que dudan de sus capacidades presentan conductas como rehuir de los problemas, baja motivación, pensamientos pesimistas. Estos individuos son víctimas fáciles del estrés y depresión. La base de la teoría Cognitivo Social se denomina reciprocidad tríadica. Bandura (1977) relaciona su modelo con la autoeficacia, donde está compuesta por tres elementos: la conducta, factores personales y factores medioambientales (ver figura 11).

Dentro de este modelo, los elementos interactúan unos con otros. Según la teoría cognitivo social los determinantes personales del individuo interpretan y evalúan los procesos cognitivos y emocionales. En este sentido Bandura (1977)

atribuye la existencia de un auto sistema, donde el individuo ejerce control en estímulos ambiéntales y personales. Así como también, expresa sus habilidades, planifica estrategias alternativas y regula su conducta.

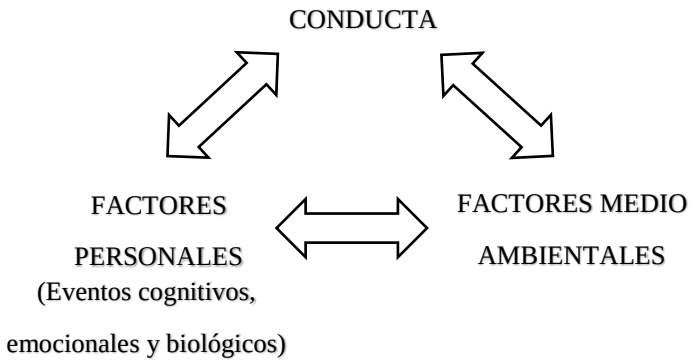


*Figura 11.* La causación tríadica reciproca de Bandura (1986). Fuente: Tejada (2005).

Por otro lado, Bandura (1977) refiere que la conducta humana se determina a raíz de una interacción entre el auto sistema y el ambiente (influencia externa). Dentro de este marco la autoeficacia y su teoría social cognitiva se caracteriza por tres supuestos.

- Las expectativas de eficacia personal determinan los esfuerzos para afrontar situaciones o eventos estresantes (Bandura, 1977).
- La autopercepción de la eficacia personal genera una serie de conductas como: emociones, acciones y pensamientos (Bandura, 1982).
- La percepción de eficacia personal para el afrontamiento a diversas situaciones estresantes genera daños al bienestar psicológico (Bandura, 1999).

Por último, la autoeficacia es un componente fundamental para el afrontamiento ya que el individuo se encuentra en contantes situaciones difíciles. El nivel de autoeficacia logrado definiría el uso de estilos de afrontamiento, es decir, el individuo que presente mayor nivel autoeficacia podrá afrontar de forma adecuada los estresores, ser resilientes y buscar solución al problema, etc. (Baessler y Schwarzer,1996). Asimismo, Bandura (1977) refiere que el individuo ante una amenaza produce una activación en los procesos fisiológicos, cognitivos y emocionales, donde la activación emocional podría afectar la percepción de

autoeficacia para afrontar el estresor. Este autor también sostiene que el individuo que se esfuerza al ejercer control sobre la situación estresantes tiende a lograr beneficios personales y sociales, debido a que reduce y maneja el estresor, generando en ello una capacidad adaptativa. Sin embargo, los individuos que no ejercen control muestran serios daños como temor, apatía, etc. (Bandura,1995)

- *Auto eficiencia.* Bandura refiere que la auto eficiencia es la capacidad para afrontar diversos problemas durante el desarrollo personal (Cloninger, 2003; Schultz y Schultz, 2000).

Según Schultz y Schultz (2000) la baja auto eficiencia produce incapacidad para ejercer control sobre los problemas, es decir, el individuo afronta el estresor con pensamientos pesimistas y se rinden con facilidad. La baja auto eficiencia podría generar daños en las áreas cognoscitivas y la salud física. Mientras que, el individuo con un alto nivel de auto eficiencia presenta pensamiento positivo, busca diversas alternativas para solucionar el problema, así como también, la confianza en sí mismo hace que el individuo logre afrontar de manera favorable la situación.

Bandura (1995) resalta cuatro factores que aumentan la auto eficiencia.

- El individuo se encuentre expuesto a experiencias de éxito de corto o largo plazo.
- El individuo se rodé de modelos apropiados con buen desempeño y experiencias éxito
- Exponerse en un entorno motivador para así tener un buen desempeño
- Fortalecer e fomentar rutinas saludables (alimentación, ejercicios) para generar reducción del estrés y mejorar la capacidad de afrontamiento.

- *Auto sistema.* Según la teoría cognitivo social el individuo posee un auto sistema que le permite tener control en los procesos cognitivos, emocionales y conductuales. Asimismo, este auto sistema incluye habilidades de simbolizar, planifica estrategias alternativas y regula su conducta (Bandura, 1986). Bandura (1977) refiere que la interacción entre el auto sistema y el ambiente (influencia externa) da como resultado la conducta humana. Además, plantea que la capacidad de autor referencia del pensamiento permite evaluar (percepción de autoeficacia) y alterar sus pensamientos y acciones.

### *2.2.2.3 Teoría de afrontamiento y consumo de drogas.*

a. Modelo de Afrontamiento al Estrés de Wills y Hirky (1996). Este modelo explica que las estrategias de afrontamiento ante situaciones tensas podría ser un factor de riesgo o protección, es decir, si el individuo emplea componentes adaptativos cognitivos, conductual y emocional como:

- Afrontamiento centrado al problema.
- Actitud positiva frente al estresor
- Recursos internos (emocional)

La utilización de estas estrategias favorece la solución del problema, así como también el manejo y la reducción de la carga emocional. Por otro lado, las estrategias desadaptativas como la evitación producen un incremento del estrés, del problema y daños en la salud mental. El estrés conforme se mantiene mayor es el riesgo para el uso de sustancias (Wills y Hirky, 1996).

Este modelo, por su parte considera que el consumo de drogas es una respuesta del sujeto al estrés que se enfrenta a lo largo de su vida. En otras palabras, el consumo lo usa como un recurso de afrontamiento para disminuir los efectos negativos del estrés o elevar sus capacidades frente a la situación (Wills y Hirky, 1996; citado por Gómez, 2005).

Wills y Hirky (1996) menciona las motivaciones que influyen en los jóvenes adolescentes a consumir drogas se centran en tres puntos:

- Regular los estados emocionales desagradables.
- Olvidarse de los problemas que les preocupan.
- Buscar soluciones mágicas a sus problemas.

De acuerdo con los motivos que empujan a los jóvenes se presentan, debido al uso de estrategias de evitativas, es decir, el consumo de droga es visto como una conducta de evitación.

Este modelo ha recibido cierto apoyo empírico en relación con el estrés hacia el consumo de drogas, un resultado claro es de Wills y colaboradores evidenciaron que el estrés en el área académica incrementa el consumo de alcohol. De igual modo el afrontamiento adaptativo centrado en el problema puede considerarse como un factor de protección ante el consumo de drogas en situaciones

estresantes. Siguiendo este modelo podríamos resumir si el individuo tiene habilidades adecuadas y adaptativas podrá afrontar el estrés adecuadamente y tendrá menor probabilidad a desarrollar la dependencia al consumo de drogas.

Wagner, Myers y Ininch (1999) da énfasis que los jóvenes adolescentes que utilizan estrategias centradas en el problema consumen menos a comparación los que usan estrategias de evitación. Estos resultados fueron similares en población adulta, es decir, las utilizaciones de las estrategias de afrontamiento pueden predecir el uso de drogas en jóvenes adolescentes y adultos. De igual manera, Marlatt y Gordon (1985) narra el valor de las estrategias de afrontamiento al estrés en el ámbito de drogas. A si como también, el entrenamiento en estrategias de afrontamiento tanto conductuales como cognitivas, para poder prevenir posibles situaciones de alto riesgo futuras y resolver de manera asertiva los problemas.

#### 2.2.2.4 *Tipos de estrés según Selye.*

Selye (1974) afirma que el estrés es importante para la salud, pero si excede es dañino. El estrés se clasifica en dos tipos.

- *Eutrés.* Es considerado como el estrés sano ya que tiene una cantidad de estrés esencial para el desarrollo personal y la sobrevivencia. Además, este tipo de estrés ayuda a ser conscientes de si mimo, de lo cual permite enfrentar el problema, creando resultados positivos y adaptación a los cambios (Selye, 1974).

- *Distrés,* Se entiende como el estrés dañino, es decir, el individuo pierde el control de la situación ya que produce un exceso de esfuerzo hacia la carga. Este tipo de estrés destruyen y debilitan el organismo, provocando somatizaciones, patologías mentales, etc. El distrés se presenta debido a la presión de los estímulos externos y adversos del entorno (Selye, 1974).

#### *2.2.2.5 Estrategias y estilo de afrontamiento*

##### *2.2.2.5.1 Estrategias de afrontamiento*

Las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos y específicos que utilizan en cada contexto, asimismo, pueden variar de un momento a otro dependiendo de las condiciones desencadenantes (Carver y Scheier,1994; Fernandez- Abascal, Palmero, Chóliz y Martínez, 1997).

A esta versión propuesta por Carver y sus colaboradores (1989), han agregado dos estrategias más: estrategia uso de humor y estrategia uso de drogas, lo cual mencionan en total quince estrategias para su evaluación.

A continuación, se presentan las 15 estrategias propuesto por Carver y Scheier (1994).

a. Afrontamiento Activo. Consiste en llevar a cabo acciones directas, reforzar los esfuerzos para eliminar o disminuir el estresor.

b. Planificación. Pensar como eliminar o reducir el estresor y planificar en orden el afrontamiento activo.

c. Búsqueda de SS razones instrumentales.

d. Buscar información o consejo acerca de la situación problema por la que se está atravesando.

e. Búsqueda de SS Razones Emocionales. Buscar apoyo emocional de las personas que le ayuda a dar solución al problema.

f. Supresión de Actividades. Consiste en evitar distraerse con otras actividades para concentrarse de forma más completa en el estresor.

g. Afrontamiento Religioso. Refugio en actividades religiosas.

h. Reinterpretación positiva y crecimiento. Sacar lo positivo de la situación para desarrollarse como persona.

i. Contención del afrontamiento (restraint). Afrontar la situación de manera pasiva, ante cualquier tentativa, mientras pueda ser útil.

j. Aceptación. Reconocer el problema que ha ocurrido, para así actuar de manera activa o pasiva.

k. Enfocar y liberar emociones. Aumento de la atención hacia el estresor, añadiéndose la probabilidad de una descarga de los sentimientos.

l. Negación. La persona intenta rechazar lo sucedido, viviendo en un mundo de fantasía.

m. Desentendimiento mental. Es utilizado para huir del estresor, es decir el individuo se centra en otras actividades para no pensar sobre el problema.

n. Desentendimiento conductual. Abandonar el objetivo debido a la interferencia del estresor.

o. Uso de Sustancias. Trata de olvidar el problema mediante uso de drogas

p. Uso de Humor. Hacer bromas acerca del problema para no pensar de forma lo negativa.

*2.2.2.5.2 Estilos de afrontamiento*.

Los estilos de afrontamiento son aquellas predisposiciones personales para hacer frente el problema, asimismo, son los que determinaran el empleo de estrategias de afrontamiento (Carver y Scheier,1994; Fernandez- Abascal, Palmero, Chóliz y Martínez, 1997)

Lazarus y Folkman (1986) plantean dos estilos de afrontamiento, enfocado o centrado en el problema y en la emoción.

a. Afrontamiento centrado en el problema. El estilo centrado en el problema se presenta cuando el individuo tiene como objetivo reducir o eliminar la amenaza. Asimismo, este estilo se muestra mediante la resolución de problema, toma de decisiones y buscar información para elaborar un plan de acción frente al problema (Cassaretto et al., 2003). Kleinke (2007) indica que, frente a un evento estresante o retos, es recomendable utilizar un afrontamiento centrado al problema, ya que se trabaja directamente con el estresor, lo cual se podría lograr cambiar, reducir o eliminar la situación estresante. Este estilo se focaliza en la utilización del aspecto cognitivo, siendo esto el determinante para generar pensamientos e ideas racionales entorno a la búsqueda soluciones (Carver, Scheier y Weintraub,1989; citado por Chau, Morales, Wetzcll; 2002). En la adaptación del instrumento realizado por Carver et al. (1989) al estilo centrado el problema se le denomina también estilo de afrontamiento dirigido a la tarea.

b. Afrontamiento centrado en la emoción. El estilo centrado en la emoción se presenta cuando el individuo emplea sus esfuerzos de afrontamiento con el fin de modificar o eliminar la reacción emocional. Este estilo se presenta como un regulador emocional, es decir, el individuo que se encuentra en una situación estresante puede reducir o manejar la carga emocional (Carver, Scheier y Weintraub,1989). Kleinke (2007) señala que se debe utilizar el afrontamiento centrado en la emoción cuando el estresor es percibido como fuera del control personal. Las estrategias que conforman el estilo enfocado en la emoción tienden a ser carácter pasivo, presentándose habitualmente en personas que consideran

que es complicado manejar o cambiar el estresor, debe de resistir el estresor (Folkman et al.,1991). Por otro lado, Lazarus y Lazarus (2000) refieren que este estilo es útil cuando el problema no se puede modificar o eliminar ya que ayuda a manejar la angustia y las disfunciones que podrían crear el estresor. Por lo tanto, este estilo ayudaría en mantener la esperanza y la moral en alto. En la adaptación del instrumento realizado por Carver et al. (1989) al estilo centrado en la emoción se le denomina también estilo de afrontamiento social y emocional.

Por otro lado, Lazarus y Lazarus (2000) y Skinner y Zimmer-Gembeck (2007) refieren que el afrontamiento también se orienta en la evitación ya que el sujeto llega alejarse del estresor y a los sentimientos que lo acompañan. Asimismo, Carver et al. (1989) refieren que el sujeto en ocasiones presenta un afrontamiento evitativo, esto se debería a que el individuo niega o trata de distanciarse del problema, lo cual le conllevara a una disminución o eliminación de conductas centradas en resolución de problemas. El uso del estilo de afrontamiento evitativo puede impedir la utilización de estrategias adaptativas. Además, Carver y colaboradores denominan el afrontamiento evitativo como otras escalas, donde se agrupan estrategias desadaptativas, lo cual sería considerada como inadecuada para afrontar el problema.

Carver et al. (1989) realizaron diferentes estudios utilizando el Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman, donde encontró que los estilos de afrontamiento enfocado al problema y en la emoción se dividen subgrupos, lo cual lo lleva a crear su propia prueba denominada COPE (The Coping Estimation).

#### *2.2.2.6 Formas de afrontamiento al estrés.*

Carver et al. (1989) refieren que el afrontamiento se puede considerar en términos estables (disposicional) como temporales (situacional), dependiendo del evento en el que se encuentra expuesto el individuo utilizara una de las dos formas de afrontamiento.

- El afrontamiento disposicional, presenta un carácter estable debido a que están conformadas por conjunto de estrategias preferidas por el sujeto. Estas estrategias persisten a través del tiempo, ya que frecuénteme son empleadas ante diversas circunstancias. Las características de la personalidad podrían influir en el

afrontamiento al estrés, ya que podría tener mayor privilegio por ciertas estrategias que otras (Cassaretto et al., 2003). Este afrontamiento explica que el sujeto que atraviesa situaciones o eventos nuevos emplea las estrategias que son desarrolladas de formas habituales (Carver y Scheier, 1994; citado por Casuso, 1996).

- El afrontamiento situacional, presenta un carácter cambiante ya que refleja la forma en el que sujeto responde a los cambios que se dan durante el proceso afrontamiento (Moreano, 2006). Lazarus y Folkman (1986) señalaron que el afrontamiento es un proceso cambiante y dinámico, ya que el sujeto combina distintas estrategias, lo cual lo aplica de diferentes formas ante diversas situaciones. El afrontamiento va cambiando según vaya mejorando la relación con el entorno (Carver y Scheier,1994; citado por Casuso, 1996).

#### 2.2.2.7 *Estrategias y recursos de afrontamiento.*

Los recursos de afrontamiento del individuo están comprendidos por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones y conductas, que al individuo le permite manejar de forma eficiente los eventos estresantes (Zeidner y Hammer, 1992). Los recursos se clasifican en recursos personales y sociales, de igual manera, actúan como precursores de la conducta. Con respecto a las estrategias de afrontamiento se presentan en cinco formas de afrontar: en primera instancia tenemos al afrontamiento del problema conductual, seguido el afrontamiento del problema cognitivo, afrontamiento centrado en las emociones y afrontamiento de escape o evitación conductual y cognitivo. Estos afrontamientos se utilizarán a través de una evaluación de la situación en la que se encuentra en individuo, es decir, que la efectividad de las estrategias dependerá en la situación en la cual son usadas (Lazarus y Folkman, 1986).

#### 2.2.2.8 *Afrontamiento y salud.*

Lazarus (2000) refiere que el afrontamiento son parte fundamental para la salud y nuestro proceso de desarrollo como seres humanos, siendo ello un mediador entre las situaciones estresantes. La utilización adecuada de las estrategias de afrontamiento permite manejar las emociones, mantener un estado de equilibrio, reducir o resolver las circunstancias estresantes (Perea-Baena y Sánchez Gil, 2008; Rovira, Fernández-Castro y Edo, 2005), mientras que el mal

manejo de las estrategias de afrontamiento refleja un incremento del estrés, evitación del problema y daños en el bienestar físico y psicológico. El estrés en la salud depende de la utilización de las estrategias de afrontamiento.

Carver et al. (1989) clasifica las estrategias de afrontamiento en tres características: en primer lugar, se encuentra las estrategias de resolución del problema y en segundo lugar las estrategias enfocadas a la emoción. Estas dos primeras estrategias se relacionan positivamente con la salud, sin embargo, la tercera estrategia de afrontamiento es potencialmente disfuncionales.

#### 2.2.2.9 *Afrontamiento y bienestar psicológico.*

El estrés dentro de la psicología del desarrollo se presenta como un desequilibrio entre el joven adolescente y su entorno. Este desequilibrio se puede dar por el propio desarrollo evolutivo como son los cambios físicos y psicológicos o las demandas del medio en la que se debe enfrentar. El joven adolescente que atraviesa acontecimientos y sucesos estresante desarrolla sus propios recursos, es decir, estrategias de afrontamiento (Ávila, Jiménez, y González, 1996).

Frydenberg (1997) relata la importancia de la psicología en conocimientos de las estrategias de afrontamiento en los jóvenes adolescente, debido a que la información es útil para poder descifrar los sentimiento, ideas y conductas del individuo. Por otro lado, se da énfasis al bienestar psicológico en los jóvenes adolescentes ya que en esta etapa se define la identidad personal y la elaboración de un proyecto de vida. (Castro Solano, 2000; Casullo y Femández Liporace, 2001; Muss, 1995; Millon, 1994, 1998; Obiols y Obiols, 2000).

Ryff y Keyes (1995) definen el bienestar psicológico como un estado o sentimiento positivo, es decir el logro del individuo lo hace sentir vivo y autentico, siendo esto un determinante para el desarrollo personal. Asimismo, plantea que durante la etapa de la adolescencia y juventud el individuo atraviesa diversos cambios en relación con sí mismo, el entorno en el que lo rodea y en el empleo de recursos de afrontamiento a los nuevos eventos.

Por otro lado, Polo, Hernández y Pozo (1996) afirman que el bienestar psicológico es bajo, debido al estrés producido por los alumnos de primer año. El estrés que presentan en ellos se da por las actitudes y creencias sobre la vida

universitaria (mayor cantidad de trabajos). Sin embargo, los alumnos de cursos avanzados muestran un mejor bienestar, ya que emplean mecanismo de afrontamiento ante situaciones estresantes, de lo cual le genera un mejor equilibrio emocional.

#### *2.2.2.10 Factores causales del estrés.*

Guerrero (1997) en su estudio manifiesta que el individuo durante su desarrollo personal atraviesa una serie de situaciones y presiones que causan estrés. Este autor, basándose desde la perspectiva multidisciplinar biopsicosocial refiere que existe varios factores que causan estrés: sucesos vitales intensos y extraordinarios, sucesos menores, situaciones de tensión crónica mantenida y estilos de vida.

- Sucesos vitales intensos y extraordinarios: El individuo que presente experiencias objetivas puede producir alteración en su rutina, lo cual, provoca un reajuste en la conducta. Por ejemplo: La llegada de hijo, perder un ser querido o el empleo, etc. (Sandín y Chorot, 1986; Thoits, 1983)

- Sucesos Menores (estrés diario): El individuo que atraviesa a diario situaciones estresantes, genera más respuestas de estrés y efectos negativos, psicológicos y biológicos. Por ejemplo: los atascos en el tráfico, problemas familiares y económicos (Lazarus y Folkman, 1984).

- Situaciones de tensión crónica mantenida: El individuo que se encuentra en situaciones de estrés de largos periodos de tiempo. Por ejemplo, un mal clima laboral durante varios años (Guerrero,1997).

- Estilos de vida. Las relaciones sociales, el tipo de profesión que tiene el individuo determinara las situaciones de mayor o menor grado de estrés (Guerrero,1997).

#### *2.2.2.11 Factores que permiten manejar estrés*.

El estudiante universitario durante su desarrollo de vida busca adaptarse a situaciones poniendo en acción un conjunto de estrategias de afrontamiento, para así conseguir un equilibrio entre su organismo y el ambiente. Para lograr un manejo

adecuado de los estímulos estresantes se debe a varios factores, de los cuales son (Adler y Matthews, 1994):

a. Factores ambientales.

*Apoyo social.* El individuo que cuenta con el apoyo social (amigos, familiares, etc.) puede eliminar, reducir y manejar el estímulo estresante. Este factor favorece la salud y se relaciona negativamente con el inicio de la enfermedad. Asimismo, actúa como agente protector ante el estrés, provocando la adaptación del sujeto (Adler y Matthews, 1994).

*Situaciones de carácter positivo.* El individuo que disfrute de sus actividades de ocio y tiempo libre (pasear, descansar, relajación, etc.) permiten manejar las respuestas de estrés (Labrador, 1993).

*Recursos utilitarios.* El individuo que presente acceso a información y a programas de entrenamiento facilitara la disminución del estresor (Guerrero,1997).

b. Condiciones fisiológicas. El individuo que presente mayor recursos físicos y orgánicos tendrá mayor resistencia al estímulo estresante, sin embargo, la persona que no presente adecuado recurso obtendrá efectos negativos en la salud (Guerrero,1997).

c. Hábitos conductuales sanos. El individuo que presente hábitos conductuales saludables (no consumir drogas, una dieta equilibrada, ejercicios frecuentemente, etc.) facilitara la modulación de la respuesta de estrés (Labrador, 1993).

d. Aspectos Cognitivos. El individuo que hace una evaluación sobre la situación estresante se denomina sujeto auto eficaz, debido a que se centra en el problema. La persona que es auto eficaz utiliza la estrategia centrado en el problema. Asimismo, se caracteriza por ser optimista, buscando el lado positivo de la situación (Labrador, 1993).

e. Aspectos Psicológicos.

*El tipo de personalidad.* La personalidad A es débil ante el estrés ya que afronta el evento estresante en forma dominante y controladora, sin embargo, la

personalidad de tipo B es más resistente al estrés llegando afrontar de manera asertiva y no como una amenaza. (Selye, 1974).

*Alta Autoeficacia.* Tener confianza en su capacidad para resolver o manejar el estímulo estresante. (Oliva, Parra, Sánchez-Queija y López, 2007).

*Desarrollo de habilidades sociales básicas*. Toma de decisiones, Autoestima, estilo de comunicación, autocontrol, etc. (Oliva et al., 2007).

#### *2.2.2.12 Estilos y estrategias de afrontamiento en universitarios.*

Durante la vida universitaria, los estudiantes se encuentran sometidos a exigencias académicas como la responsabilidad con las materias, evaluaciones, exposiciones y elaboración de trabajos y presiones económicas y sociales (Huaquín Mora y Loaiza Herrera, 2004). Rodríguez (2004) indica que la gran parte de los estudiantes emplean estrategias de afrontamiento desadaptativas, ya que buscan rápidamente un alivio del malestar. Barrios, Sánchez y Salamanca (2013) refieren que los universitarios frecuentemente utilizan la estrategia de solución de problemas, evitación cognitiva, búsqueda de apoyo profesional y búsqueda de apoyo social.

#### *2.2.2.13 Factores sociodemográficos relacionados con el afrontamiento al estrés*

##### *2.2.2.13.1 Según sexo*

Figueroa, Contini, Lacunza y Levin (2005) reportaron en su estudio que las jóvenes adolescentes mujeres afrontan el problema utilizando las estrategias de búsqueda de apoyo social y espiritual, preocupar, fijarse en lo positivo, mientras que los varones afrontan con la distracción física (deportes) y la evitación (huir del problema). El sexo femenino afronta el estresor con mayor variedad de estrategias que los varones (García, López y Moreno, 2008). Por otro lado, Selye (1974) refiere que la variable sexo, edad, tener pensamientos sobre el control de los estímulos estresantes (sentirnos dueños del evento y actuar con responsabilidad ante la situación), tolerar a los nuevos cambios que se presentan en el ambiente, tener un adecuado estilo de vida y una actitud positiva frente a la situación son factores que permite manejar el estrés.

*2.2.2.13.2 Según edad*

Los jóvenes adolescentes de 13 a 18 años afrontan el estrés de forma de distracción física (deportes), búsqueda de pertenencia, fijarse lo positivo, buscar diversiones relajantes y preocuparse. En otras palabras, el joven adolescente afronta el problema con cierto temor, lo cual no logra reducir el estresor (Figueroa et al., 2005). Los adolescentes más jóvenes utilizan estrategias adecuadas (fijarse en lo positivo). La utilización de estrategias de afrontamiento se incrementa a medida avance su desarrollo, ya que individuo cada vez está expuesto a nuevos estímulos estresantes (García, López y Moreno, 2008).

Casuso (1996) y Alcalde (1998) refieren que los jóvenes utilizan más el afrontamiento centrado en el problema seguido por el centrado en la emoción, mientras que el menor usado son otros estilos (evitativo). Por otro lado, Seiffge-Krenke (1998) señala que con los años la mayoría de los jóvenes adolescentes prefieren afrontamiento activo y cognitivo.

## 2.3 Definición de términos

*Consumo de drogas.* “La ingesta una o varias sustancias psicoactivas al organismo vivo” (OMS, 1992, p.25).

*Estrategias de afrontamiento al estrés.* "Esfuerzos [actos, procesos] cognitivos y comportamentales constantemente cambiantes [adaptativos, flexibles] para manejar las demandas específicas externas o internas apreciadas como excedentes o que desbordan los recursos del individuo" (Lazarus y Folkman 1984, p. 164)

# CAPÍTULO III

# MARCO METODOLÓGICO

## 3.1 Tipo y diseño de Investigación

La presente investigación utilizó un diseño no experimental, debido a que no se realizó manipulación de variables de estudio es de corte transversal puesto que la información recolectada fue solo una vez. Asimismo, fue de tipo descriptivo, comparativo y correlacional, ya que buscó determinar la relación entre el consumo de drogas y estrategias de afrontamiento al estrés en estudiantes de la carrera de ingeniería sistemas y contabilidad de una universidad privada de Lima Sur (Fernández, Hernández y Baptista, 2014).

## 3.2 Población y muestra

### 3.2.1 Población

La población fue conformada por 1143 estudiantes universitarios del I al VI ciclo académico 2017- II de la carrera de ingeniería de sistemas y contabilidad de una universidad privada de Lima sur.

Tabla 6

*Distribución de la población de estudio*

| Ciclo académico | Ingeniería de Sistemas | | Contabilidad | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | N | % |
| Primero | 109 | 17 | 55 | 11 | 163 | 14 |
| Segundo | 178 | 28 | 122 | 24 | 300 | 26 |
| Tercero | 56 | 9 | 49 | 10 | 106 | 9 |
| Cuarto | 159 | 25 | 134 | 27 | 293 | 26 |
| Quinto | 52 | 8 | 71 | 14 | 123 | 11 |
| Sexto | 85 | 13 | 72 | 14 | 158 | 14 |
| Total | 640 | 100 | 503 | 100 | 1143 | 100 |

### 3.2.2 Muestra

La muestra estuvo constituida por 615 estudiantes de la carrera de ingeniería de sistemas (n=330) y contabilidad (n=285) de una universidad privada de Lima sur. Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo probabilístico para proporciones (NC=95%, e=2.689%) tomando en cuenta el ciclo académico y la carrera profesional.

$$n = \frac{\sum_{i=1}^{l} N_i P_i Q_i}{NE + \frac{1}{N}\sum_{i=1}^{l} N_i P_i Q_i}$$

n= 615

Tabla 7

*Distribución de la muestra de estudio*

| Ciclo académico | Ingeniería de Sistemas | | Contabilidad | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % |
| Primero | 56 | 17.0 | 31 | 10.9 | 87 | 14.1 |
| Segundo | 92 | 27.9 | 69 | 24.2 | 161 | 26.2 |
| Tercero | 29 | 8.8 | 28 | 9.8 | 57 | 9.3 |
| Cuarto | 82 | 24.8 | 76 | 26.7 | 158 | 25.7 |
| Quinto | 27 | 8.2 | 40 | 14.0 | 67 | 10.9 |
| Sexto | 44 | 13.3 | 41 | 14.4 | 85 | 13.8 |
| Total | 330 | 100.0 | 285 | 100.0 | 615 | 100.0 |

Criterios de inclusión:

- Estudiantes universitarios del I al VI ciclo académico 2017- II.
- Estudiantes de la carrera de ingeniería de sistemas y de contabilidad.
- Estudiantes de género masculino y femenino
- Estudiantes que desean participar voluntariamente.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes universitarios de otras carreras (psicología, derecho y administración).
- Estudiantes universitarios que entreguen la prueba incompleta.
- Estudiantes que no estuvieron presentes en la hora de la evaluación.

## 3.3 Hipótesis

### 3.3.1 Hipótesis general

$H_1$: Existe relación significativa entre el consumo de drogas y las estrategias de afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios de una universidad privada de Lima Sur.

$H_0$: No existe relación significativa entre el consumo de drogas y las estrategias de afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios de una universidad privada de Lima Sur.

### 3.3.2 Hipótesis específicos

$H_1$: Existe diferencias significativas del consumo de drogas en función del género y edad en estudiantes universitarios de una universidad privada de Lima Sur.

$H_0$: No existen diferencias significativas del consumo de drogas en función del género y edad en estudiantes universitarios de una universidad privada de Lima Sur.

$H_2$: Existe diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento al estrés en función del género y edad en estudiantes universitarios de una universidad privada de Lima Sur.

$H_0$: No existen diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento al estrés en función del género y edad en estudiantes universitarios de una universidad privada de Lima Sur.

## 3.4 Variables

### 3.4.1 Variables de estudio

- Consumo de drogas
- Estrategias de afrontamiento al estrés

### 3.4.2 Variables de comparación

- Género
- Edad

### 3.4.3 Variables sociodemográficas

- Carrera Profesional
- Turno
- Lugar de Nacimiento
- Estado Civil
- Lugar de Residencia
- Ocupación
- Tipo de Familia
- Ciclo Académico

Tabla 8

*Matriz de operacionalización de variable del consumo de drogas*

| Variable | Definición Conceptual | Definición Operacional | Indicadores | Escala |
|---|---|---|---|---|
| Consumo de Drogas | “La ingesta una o varias sustancias psicoactivas al organismo vivo” (OMS, 1992, p.25). | Puntaje obtenido a través de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSISTv3.1). | La prueba de detección de consumo de drogas será evaluada a través de ocho preguntas con los siguientes indicadores:<br><br>Tabaco,<br>Alcohol,<br>Marihuana,<br>Cocaína, Sedantes. | Ordinal |

Tabla 9

*Matriz de operacionalización de variable estrategias de afrontamiento al estrés*

| Variable | Definición Conceptual | Definición Operacional | Indicadores | Escala |
|---|---|---|---|---|
| Estrategias de Afrontamiento | "Esfuerzos [actos, procesos] cognitivos y comportamentales constantemente cambiantes [adaptativos, flexibles] para manejar las demandas específicas externas o internas apreciadas como excedentes o que desbordan los recursos del individuo" (Lazarus y Folkman 1984 / 1986, p. 164) | Puntaje obtenido a través de la Escala de Afrontamiento al Estrés (COPE-60). | Estrategias<br><br>Afrontamiento Activo (1, 2, 3, 4)<br>Planificación (5, 6, 7, 8)<br>Contención del afrontamiento (restraint) (13, 14, 15, 16)<br>Supresión de Actividades (9, 10, 11, 12)<br>Búsqueda de SS razones instrumentales (29, 30, 31, 32)<br>Enfocar y liberar emociones (25, 26, 27, 28)<br>Búsqueda de SS Razones Emocionales (33, 34, 35, 36))<br>Reinterpretación positiva y crecimiento (17, 20, 21, 22)<br>Aceptación (21, 22, 23, 24)<br>Afrontamiento Religioso (49, 50, 51, 52)<br>Desentendimiento mental (37, 38, 39, 40)<br>Desentendimiento conductual (41, 42, 43, 44)<br>Negación (45, 46, 47, 48)<br>Uso de Humor (53, 54, 55, 56)<br>Uso de Sustancias (57, 58, 59, 60)<br>Estilos<br><br>- Estilo de Afrontamiento dirigido a la Tarea<br>- Estilo de Afrontamiento Social y Emocional<br>- Estilo de Afrontamiento Evitativo | Ordinal |

### 3.5 Técnicas e instrumentos de medición

#### 3.5.1 Prueba de detección de Consumo de Drogas (ASSIST v3.1).

La prueba de detección de consumo de drogas (ASSIST v3.1). También denominada consumo de alcohol, tabaco y sustancias fue desarrollada por un grupo de profesionales de la salud bajo el respaldado de la Organización Mundial de la salud (WHO ASSIST Working Group, 2002). Esta prueba se elaboró con la finalidad de detectar el nivel de riesgo de consumo en el que se encuentra el usuario. Asimismo, facilitar al profesional para prevenir e intervenir en la identificación temprana de estas sustancias.

Por otro lado, el ASSIST es utilizado en la atención primaria de salud. Esta prueba está conformada por ocho preguntas sobre el consumo de sustancias psicoactivas a lo largo de la vida y los problemas relacionados en los últimos tres meses. La administración es aproximadamente entre 10 a 15 minutos en forma de papel y lápiz. El modo de calificación se obtiene mediante la sumatoria desde la pregunta 2 al 7, lo cual determinara el puntaje final, para así ubicar el nivel de riesgo en el que se presenta el usuario. Presentándose en tres categorías riesgo bajo, riesgo moderado y riesgo alto. El “riesgo bajo”, significa un consumo esporádico con una puntuación de tres o menos en todas sustancias excepto para alcohol que es de diez o menos, seguidamente “riesgo moderado” se refiere que el usuario presente varios problemas de consumo, indicando una probabilidad a crear dependencia, la puntuación para cualquier sustancia se da entre cuatro y veintiséis puntos, sin embargo, para el alcohol es entre once y veintiséis. Finalmente, el “riesgo alto” presenta una puntuación de veintisiete o más en cualquier sustancia, es decir, el usuario presenta una dependencia a la sustancia, reflejándose en problemas de salud, económico y social (OMS, 2011).

Para determinar la validez y confiabilidad del ASSIST se procedió en dos fases, la primera fase se realizó la confiabilidad mediante un test – retes en el año 1997 y 1998. La segunda fase fue en 2000 y 2002 para conocer la validez concurrente, predictiva y discriminativa. La muestra estuvo conformada por 1047 participantes de Europa y América Latina. En esta fase se utilizó una batería de pruebas, donde se comparó el ASSIST. Los resultados evidenciaron una consistencia interna superior a 0.80. En cuando a la validez concurrente se

demostró correlaciones significativas entre el ASSIST y el ASI-Lite (r = 0,76-0,88), SDS (r = 0,59), AUDIT (r = 0,82) y RTQ (r = 0,78), de igual manera, se obtuvieron puntuaciones significativas con el MINI-Plus (P <0.001). Asimismo, la validez de constructo revelo correlaciones significativas (r = 0.48-0.76). Finalmente, se estableció adecuada validez discriminante, donde permite discriminar entre el uso, abuso y dependencia a las sustancias psicoactivas (Humeniuk et al., 2008).

La confiabilidad del ASSIST se evidenció en una investigación realizada en España por Pérez, Calzada, Rovira y Torrico (2012). La muestra estuvo conformada por 1176 usuarios consumidores de cocaína. Para determinar la confiabilidad de las seis preguntas de la prueba, se realizó el procedimiento alfa de Cronbach, el cual obtuvo un valor de 0.779, es decir, que cada ítem cuenta con una correlación positiva (p < 0,05). Según estos resultados, la prueba de detección de consumo de drogas ASSIST posee una adecuada consistencia interna.

Por otro lado, en Chile se realizó una investigación con el objetivo de analizar las propiedades psicométricas del ASSIST. La muestra estuvo conformada por 400 usuarios de tratamiento ambulatorio. Los resultados evidenciaron un alfa de Cronbach de 0.87 a 0.98 en diferentes dimensiones. Asimismo, revelaron una buena consistencia interna de test – retes para cuatro sustancias, siendo para el tabaco (0.63), alcohol (0.66), marihuana (0.74) y cocaína (0.80) (Soto -Brandt, Portilla, Huepe, Rivera-Rei, Escobar, Salas, Castillo- Carniglia, 2014).

Por su parte, Tiburcio, Rosete-Mohedano, Natera, Martínez, Carreño, Pérez (2016) realizaron un estudio acerca de la validez y confiabilidad del ASSIST en población universitaria en la ciudad México. Para determinar la validez congruente se utilizó una batería de pruebas de correlación entre el ASSIST, AUDIT, FTND y CAD-20. Los resultados evidenciaron una consistencia interna adecuado para el tabaco (α=.83), alcohol (α=.76) y marihuana (α=.73). De igual manera, la dimensión de alcohol presentó una correlación significativa con la puntuación del AUDIT (r = 0,71). Finalmente, revelaron que el ASSIST es una prueba fiable, valido y sensible para detectar el nivel de riesgo de consumo en el que se encuentra el usuario.

Por otro lado, en el contexto peruano Águila (2016), en su estudio presento una consistencia interna adecuada del ASSIST en población universitaria, donde se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.67 para el alcohol y 0.85 para la marihuana, demostrando que el instrumento es confiable.

Tabla 10

*Validez de contenido de la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), según el Coeficiente V de Aiken*

| Ítems | J1 | J2 | J3 | J4 | J5 | J6 | J7 | J8 | J9 | J10 | TOTAL | V de Aiken | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pregunta 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 7 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 10 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| Pregunta 2 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 12 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 13 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 14 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 15 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 16 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 17 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 18 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 19 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 20 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| Pregunta 3 | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 22 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 23 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 24 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 25 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 26 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 27 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 28 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 29 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 30 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |

En la tabla 10 se observan los resultados de la V de Aiken de la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Los valores alcanzados indican que ningún ítem debe ser eliminado, quedando la prueba con 30 ítems.

Tabla 11

*Validez de contenido de la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), según el Coeficiente V de Aiken*

| Ítems | J1 | J2 | J3 | J4 | J5 | J6 | J7 | J8 | J9 | J10 | TOTAL | V de Aiken | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pregunta 4 | | | | | | | | | | | | | |
| 31 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 32 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 33 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 34 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 35 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 36 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 37 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 38 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 39 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 40 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| Pregunta 5 | | | | | | | | | | | | | |
| 41 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 42 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 43 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 44 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 45 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 46 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 47 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 48 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 49 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 50 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| Pregunta 6 | | | | | | | | | | | | | |
| 51 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 52 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 53 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 54 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 55 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 56 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 57 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 58 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 59 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 60 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| Pregunta 7 | | | | | | | | | | | | | |
| 61 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 62 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 63 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 64 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 65 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 66 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 67 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 68 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 69 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 70 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| Pregunta 8 | | | | | | | | | | | | | |
| 71 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |

Los resultados en la tabla 11, evidencia la V de Aiken de la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Los valores obtenidos indican que ningún ítem debe ser eliminado, quedando la prueba con 41 ítems.

Tabla 12

*Confiabilidad de la prueba de consumo de drogas según omega*

| ω | Ítems |
|---|---|
| ,936 | 59 |

Los resultados en la tabla 12, correspondiente a la confiabilidad de la prueba de consumo de drogas, evidencia una adecuada confiabilidad según el coeficiente de omega.

Tabla 13

*Confiabilidad de los tipos de drogas según omega*

| Tipos de Drogas | ω |
|---|---|
| Alcohol | ,812 |
| Tabaco | ,832 |
| Marihuana | ,852 |
| Cocaína | ,811 |
| Sedantes | ,805 |

Los resultados en la tabla 13, correspondiente a la confiabilidad de los tipos de consumo de drogas, evidencia una adecuada confiabilidad según el coeficiente de omega.

### 3.6 Escala de Afrontamiento al Estrés (COPE- 60)

La escala de afrontamiento al estrés (COPE- 60) fue desarrollada por Carver, Scheier y Weintraub (1989) con el objetivo de evaluar como la persona responde a las situaciones estresantes. El COPE-60 cuenta con diferentes versiones, en su versión original es en inglés, lo cual está compuesta por 52 ítems que constituyen 13 dimensiones, seguidamente la segunda tiene 53 ítems que se organizan en 14 escalas y por último la versión actual consta de 60 ítems que conforman 15

estrategias agrupadas en tres estilos (Kallasmaa y Pulver, 2000). El primer estilo es orientado a la tarea, comprende de cinco estrategias (Afrontamiento activo, Planificación, Contención del afrontamiento, Supresión de actividades y Búsqueda de soporte social instrumental). El segundo estilo es el afrontamiento social y emocional, donde se presenta cinco estrategias (Enfocar y liberar emociones, Búsqueda de soporte social emocional, Reinterpretación positiva y crecimiento, Aceptación y Afrontamiento religioso) y el tercer estilo es el afrontamiento evitativo, donde se compone cinco estrategias (Desentendimiento mental, Desentendimiento conductual, Negación, Uso del humor y Uso de sustancias). Finalmente, cada estrategia compone 4 ítems de tipo Likert (Cassaretto y Chau, 2016).

El COPE- 60 se puede evaluar en dos formas, en Afrontamiento Situacional y el Afrontamiento Disposicional. La presente investigación evalúa el COPE- 60 en su forma disposicional, debido a que el individuo que atraviesa acontecimientos nuevos emplea las estrategias que son desarrollada de formas habituales (Carver y Scheier,1994; citado por Casuso, 1996). La administración de la prueba puede ser individual o colectiva con una duración de 15 a 20 minutos. La puntuación para cada ítem es de 1 a 4, en los cuales el puntaje 1 equivale a casi nunca lo hago, 2 a veces hago esto, 3 usualmente hago esto y 4 hago esto con mucha frecuencia. El puntaje de la suma del ítem será por estrategias y estilos respectivamente (Cassaretto y Chau, 2016). Esta prueba ha sido traducida al español por (Casuso, 1996).

Carver, Scheier y Weintraub (1989) hallaron una adecuada confiabilidad para las estrategias, donde la estrategia de afrontamiento presento un (α=0.62), la planificación (α=.80), Supresión de Actividades (α=.68), Contención del afrontamiento (α=.72), Búsqueda de SS Razones Instrumentales (α=.75), Búsqueda de SS Razones Emocionales (α=.85), Reinterpretación positiva y crecimiento (α=.68), Aceptación (α=.65), Afrontamiento religioso (α=.92), Enfocar y liberar emociones (α=.77), Negación (α=.71), Desentendimiento conductual (α=.63), Uso de Sustancias (α=.57), sin embargo, la estrategia de Desentendimiento mental obtiene un alfa de Cronbach de 0.45.En cuanto a la validez se evidenció correlaciones positivas entre las estrategias de afrontamiento (Crespo y Cruzado, 1997).

Por otro lado, la validez y confiabilidad del COPE, se determinó en diversos estudios internacionales, donde se encontraron adecuadas propiedades psicométricas. En España, se encontró una confiabilidad test-retest entre 0.42 a 0.89 (6 semanas) y 0.45 a 0.92 (8 semanas), de igual manera, hallaron un Alfa de Cronbach entre 0.45 a 0.92 (Crespo y Cruzado,1997). Así también, Craşovan y Sava (2013) en Rumania, revelaron que las estrategias de afrontamiento presentaron un Alfa de Cronbach entre 0.48 a 0.92, mientras que los estilos de afrontamiento tienen una confiabilidad entre 0.72 a 0.84. Finalmente, Kallasmaa y Pulver (2000), en Estonia, evidenciaron una consistencia interna entre 0.49 y 0.93, igualmente, una confiabilidad test-retest entre 0.32 y 0.63 (27 meses), y una validez de tres factores.

En el Perú, se ha realizado la adaptación de la prueba en el contexto universitario por Cassaretto y Chau (2016), en el cual evidenciaron una adecuada confiabilidad para las 15 estrategias, donde la estrategia de Afrontamiento activo presento (α=0.54), la planificación (α=.82), Supresión de Actividades (α=.62), Contención del afrontamiento (α=.55), Búsqueda de SS Razones Instrumentales (α=.80), Búsqueda de SS Razones Emocionales (α=.85), Reinterpretación positiva y crecimiento (α=.66), Aceptación (α=.68), Afrontamiento religioso (α=.88), Enfocar y liberar emociones (α=.75), Negación (α=.73), Desentendimiento conductual (α=.73), Uso de Sustancias (α=.89), Uso Humor, (α=.91), sin embargo, la estrategia de Desentendimiento mental obtiene un alfa de Cronbach de 0.53. Por otra parte, la validez representa una sólida estructura de las 15 estrategias obteniendo una varianza de 65.15 %. Por último, Becerra (2013) realizo una investigación en población universitaria, donde demostró para cada una de las estrategias un alfa de Cronbach entre 0.45 y 0.96, asimismo, para la escala total obtuvo una alfa de Cronbach de 0.83.

Tabla 14

*Validez de contenido de la Estrategias de Afrontamiento al Estrés (COPE -60), según el Coeficiente V. de Aiken*

| Ítems | J1 | J2 | J3 | J4 | J5 | J6 | J7 | J8 | J9 | J10 | TOTAL | V de Aiken | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Afrontamiento Activo | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| Planificación | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 7 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| Contención del afrontamiento (restraint) | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 9 | 0.90 | .001 |
| 10 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 11 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 12 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| Supresión de Actividades | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 14 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 15 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 16 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| Reinterpretación positiva y crecimiento | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 18 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 19 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 20 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |

En la tabla 14, se presenta los resultados de la V de Aiken de las Estrategias de Afrontamiento al Estrés (COPE-60). Los puntajes alcanzados indican que ningún ítem debe ser eliminado, quedando la prueba con 20 ítems.

Tabla 15

*Validez de contenido de las Estrategias de Afrontamiento al Estrés (COPE -60), según el Coeficiente V. de Aiken*

| Ítems | J1 | J2 | J3 | J4 | J5 | J6 | J7 | J8 | J9 | J10 | TOTAL | V de Aiken | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Aceptación | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 9 | 0.90 | .001 |
| 22 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 23 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 24 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| Enfocar y liberar emociones | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 9 | 0.90 | .001 |
| 26 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 27 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 8 | 0.80 | .049 |
| 28 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| Búsqueda de SS Razones instrumentales | | | | | | | | | | | | | |
| 29 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 8 | 0.80 | .049 |
| 30 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 8 | 0.80 | .049 |
| 31 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .000 |
| 32 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .000 |
| Búsqueda de SS Razones Emocionales | | | | | | | | | | | | | |
| 33 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 34 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 35 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 36 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| Desentendimiento mental | | | | | | | | | | | | | |
| 37 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 38 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 | 0.90 | .001 |
| 39 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 9 | 0.90 | .001 |
| 40 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |

En la tabla 15, se presenta los resultados de la V de Aiken de las Estrategias de Afrontamiento al Estrés (COPE-60). Los puntajes alcanzados indican que ningún ítem debe ser eliminado, quedando la prueba con 20 ítems.

Tabla 16

*Validez de contenido de las Estrategias de Afrontamiento al Estrés (COPE -60), según el Coeficiente V. de Aiken*

| Ítems | J1 | J2 | J3 | J4 | J5 | J6 | J7 | J8 | J9 | J10 | TOTAL | V de Aiken | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Desentendimiento conductual | | | | | | | | | | | | | |
| 41 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 42 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 9 | 0.90 | .001 |
| 43 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 9 | 0.90 | .001 |
| 44 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 9 | 0.90 | .001 |
| Negación | | | | | | | | | | | | | |
| 45 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 46 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 47 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 8 | 0.80 | .049 |
| 48 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 8 | 0.80 | .049 |
| Afrontamiento Religioso | | | | | | | | | | | | | |
| 49 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 9 | 0.90 | .001 |
| 50 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 51 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 52 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| Uso de Humor | | | | | | | | | | | | | |
| 53 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 54 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 55 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 56 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| Uso de Sustancias | | | | | | | | | | | | | |
| 57 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 9 | 0.90 | .001 |
| 58 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 59 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 60 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |

En la tabla 16 se puede apreciar los resultados de la V de Aiken de las Estrategias de Afrontamiento al Estrés (COPE-60). Los valores obtenidos señalan que ningún ítem debe ser eliminado, quedando la prueba con 20 ítems.

Tabla 17

*Validez de contenido de los Estilos de Afrontamiento al Estrés (COPE -60), según el Coeficiente V. de Aiken*

| Ítems | J1 | J2 | J3 | J4 | J5 | J6 | J7 | J8 | J9 | J10 | TOTAL | V de Aiken | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estilo de Afrontamiento orientado a la tarea | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| Estilo de Afrontamiento Social y Emocional | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| Estilo de Afrontamiento Evitativo | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | .001 |

En la tabla 17 se presenta los resultados de la V de Aiken de los Estilos de Afrontamiento al Estrés (COPE-60). Los puntajes alcanzados indican que ningún ítem debe ser eliminado, quedando la prueba con 60 ítems.

Tabla 18

*Confiabilidad de la Estrategias de Afrontamiento de Estrés (COPE-60) de Lima Sur*

| | ω | ítems |
|---|---|---|
| **Estilos de Afrontamiento** | | |
| Estilo de Afrontamiento dirigido a la Tarea | ,931 | 20 |
| Estilo de Afrontamiento Social y Emocional | ,892 | 20 |
| Estilo de Afrontamiento Evitativo | ,890 | 20 |
| **Estrategias de Afrontamiento** | | |
| Afrontamiento Activo | ,801 | 4 |
| Planificación | ,846 | 4 |
| Contención del afrontamiento (restraint) | ,823 | 4 |
| Supresión de Actividades | ,807 | 4 |
| Reinterpretación positiva y crecimiento | ,813 | 4 |
| Aceptación | ,818 | 4 |
| Enfocar y liberar emociones | ,753 | 4 |
| Búsqueda de SS razones instrumentales | ,892 | 4 |
| Búsqueda de SS Razones Emocionales | ,893 | 4 |
| Desentendimiento mental | ,652 | 4 |
| Desentendimiento conductual | ,820 | 4 |
| Negación | ,814 | 4 |
| Afrontamiento Religioso | ,855 | 4 |
| Uso de Humor | ,938 | 4 |
| Uso de Sustancias | ,928 | 4 |
| Total | | 60 |

Por su parte, la tabla 18, denotan la confiabilidad de las quince Estrategias de Afrontamiento al Estrés, el cual alcanzó un nivel adecuado de confiabilidad según el coeficiente omega (ω).

### 3.7 Procedimiento de ejecución para la recolección de datos

Para la recolección de datos se realizó lo siguiente:

En primer lugar, se procedió con la presentación de un documento dirigido al decano de la Facultad de Ingeniería de Sistemas y Contabilidad de la universidad Autónoma del Perú ubicado en el distrito del Villa el Salvador, se solicitó el permiso correspondiente para realizar la aplicación de la investigación, una vez dada la

aprobación la solicitud se procedió a la coordinación de las fechas y horarios que se aplicarían las encuestas.

La administración de los instrumentos se dio en las aulas correspondiente al ciclo académico. Asimismo, se aplicó antes del inicio de clase, después del receso y a la hora salida, siendo ello un ambiente apropiado libre de estímulos distractores.

Para la aplicación de los instrumentos se dio en los siguientes pasos. En primera instancia se aplicó los datos sociodemográficos, seguidamente la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1) y la escala de Estrategias afrontamiento COPE-60. En la administración se explicó a los estudiantes de forma clara y sencilla la manera correcta de responder. Asimismo, se recalcó de preguntar si presentan dudas en alguna de las preguntas.

Al finalizar la administración de las pruebas, se verifico los datos sociodemográficos y el tachado correcto en todas las preguntas. El instrumento que obtuvo más de una respuesta por ítems o se encontraba incompleta se anuló. De esta forma se procedió al análisis de los resultados de aquellos instrumentos que están completos.

### 3.8 Procedimiento de análisis estadísticos de los datos

Para analizar los datos de este estudio se utilizó el programa estadístico SPSS (versión 25), lo cual se obtiene el estadístico descriptivo, frecuencias y porcentajes para ambas variables. De esta manera, se realizó las descripciones de las variables de consumo de drogas y estrategias de afrontamiento al estrés.

Para determinar la relación entre las variables de este estudio, se utilizó la prueba de rho de Spearman y para hallar el análisis de normalidad la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Por otro lado, para identificar las diferencias según sexo y edad, se usó la U de Mann Whitney.

# CAPÍTULO IV

# ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

## 4.1 Análisis de las variables sociodemográficas

Tabla 19

*Distribución de la muestra según sexo*

| Género | n | % |
|---|---|---|
| Masculino | 396 | 64,4 |
| Femenino | 219 | 35,6 |
| Total | 615 | 100,0 |

En la tabla 19, se observa la distribución de la muestra según género, donde el 64,4% (396) de los estudiantes son de género masculino.

Tabla 20

*Distribución de la muestra según edad*

| Edad | n | % |
|---|---|---|
| 16 a 19 años | 362 | 58,9 |
| 20 a 29 años | 253 | 41,1 |
| Total | 615 | 100,0 |

En la tabla 20, se aprecia la distribución de la muestra según edad, donde el 58.9% (362) de los estudiantes presentan edades entre 16 a 19 años.

Tabla 21

*Distribución de la muestra según carreras profesionales*

| Carreras profesionales | n | % |
|---|---|---|
| Ingeniería de Sistemas | 330 | 53,7 |
| Contabilidad | 285 | 46,3 |
| Total | 615 | 100,0 |

En la tabla 21, se aprecia la distribución de la muestra según careras profesionales, donde el 53,7% (330) de estudiantes son de la carrera de Ingeniería de Sistemas, mientras que un 46,3 (285) de la carrera de Contabilidad

Tabla 22

*Distribución de la muestra según ciclo académico de la carrera de ingeniería de sistemas y contabilidad*

| Ciclo académico | Total (n) | % |
|---|---|---|
| Primer ciclo | 87 | 14,1 |
| Segundo ciclo | 161 | 26,2 |
| Tercer ciclo | 57 | 9,3 |
| Cuarto ciclo | 158 | 25,7 |
| Quinto ciclo | 67 | 10,9 |
| Sexto ciclo | 85 | 13,8 |
| Total | 615 | 100,0 |

En la tabla 22, se observa la distribución de la muestra según ciclo académico, donde el 26,2% (161) de los estudiantes corresponden al segundo ciclo, el 25,7% (158) al cuarto ciclo, el 14,1% (87) al primer ciclo, el 13,8% (85) al sexto ciclo, el 10,9% (67) al quinto ciclo y finalmente un 9,3% (57) pertenece al tercer ciclo.

Tabla 23

*Distribución de la muestra según lugar de nacimiento*

| Regiones | n | % |
|---|---|---|
| Costa | 556 | 90,4 |
| Sierra | 42 | 6,8 |
| Selva | 17 | 2,8 |
| Total | 615 | 100,0 |

En la tabla 23, se observa la distribución de la muestra según lugar de nacimiento, donde el 90,4% (556) de los estudiantes nacieron en la región costa y solo el 2,8% (17) nació en la región selva.

Tabla 24

*Distribución de la muestra según situación sentimental*

| Situación sentimental | n | % |
|---|---|---|
| Soltero | 577 | 93,8 |
| Casado | 5 | ,8 |
| Viudo | 2 | ,3 |
| Divorciado/ Separado | 2 | ,3 |
| Conviviente | 29 | 4,7 |
| Total | 615 | 100,0 |

En la tabla 24, se observa la distribución de la muestra según situación sentimental, donde el 93,8% (577) de los estudiantes se encuentran solteros, el 0,8 % (5) son casados, el 4,7% (29) mantienen una relación de convivencia y solo el 0,3% de los estudiantes son viudos.

Tabla 25

*Distribución de la muestra según lugar de residencia*

| Lugar de residencia | n | % |
|---|---|---|
| San Juan de Miraflores | 110 | 17,9 |
| Villa el Salvador | 206 | 33,5 |
| Villa María del Triunfo | 77 | 12,5 |
| Chorrillos | 62 | 10,1 |
| Otros | 160 | 26.0 |
| Total | 615 | 100,0 |

En la tabla 25, se observa la distribución de la muestra según lugar de residencia, donde el 33,5% (206) de los estudiantes viven en el distrito de Villa el Salvador, el 17,9% (110) en el distrito de San Juan de Miraflores, el 12,5% (77) en el distrito de Villa María, del Triunfo, el 10,1% (62) en el distrito de Chorrillos y finalmente un 26 % (160) viven en otros distritos de lima metropolitana.

Tabla 26

*Distribución de la muestra según Ocupación*

| Ocupación | n | % |
|---|---|---|
| Estudiante | 339 | 55,1 |
| Estudiante y Trabajador | 276 | 44,9 |
| Total | 616 | 100,0 |

En la tabla 26, se observa la distribución de la muestra según ocupación, donde el 55,1% (339) de los estudiantes solo estudia, mientras que un 44,9% (276) son estudiantes y trabajadores.

Tabla 27

*Distribución de la muestra según situación familiar*

| Situación familiar | n | % |
|---|---|---|
| Nuclear | 374 | 60,8 |
| Extensa | 142 | 23,1 |
| Monoparental | 73 | 11,9 |
| Reconstituida | 26 | 4,2 |
| Total | 615 | 100,0 |

En la tabla 27, se observa la distribución de la muestra según situación familiar, donde el 60,8% (374) de los estudiantes tienen una Familia Nuclear, el 23,1% (142) son de Familia Extensa, el 11,9% (73) son de Familia Monoparental y finalmente un 4,2% (26) tienen una Familia Reconstituida.

## 4.2 Análisis del consumo de drogas

### 4.2.1 Análisis descriptivo del consumo de drogas

Tabla 28

*Análisis descriptivo de la escala consumo de drogas*

| | | Consumo de drogas | Tabaco | Alcohol | Marihuana | Cocaína | Sedantes |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Total | n | 615 | 615 | 615 | 615 | 615 | 615 |
| | Media | 1.87 | 1.34 | 1.29 | 1.15 | 1.08 | 1.11 |
| | DS | 0.72 | 0.48 | 0.50 | 0.37 | 0.29 | 0.33 |
| | Asimetría | 0.27 | 0.97 | 1.79 | 2.46 | 4.265 | 2.91 |
| | Curtosis | -0.91 | -0.70 | 2.62 | 5.00 | 18.49 | 7.31 |
| Femenino | n | 219 | 219 | 219 | 219 | 219 | 219 |
| | Media | 1.65 | 1.21 | 1.14 | 1.07 | 1.03 | 1.08 |
| | Desviación estándar | 0.66 | 0.41 | 0.36 | 0.26 | 0.18 | 0.28 |
| | Asimetría | 0.50 | 1.43 | 2.43 | 3.30 | 5.36 | 3.06 |
| | Curtosis | -0.70 | 0.06 | 4.92 | 9.00 | 26.96 | 7.45 |
| Masculino | n | 396 | 396 | 396 | 396 | 396 | 396 |
| | Media | 1.98 | 1.41 | 1.37 | 1.20 | 1.11 | 1.13 |
| | Desviación estándar | 0.73 | 0.50 | 0.55 | 0.41 | 0.33 | 0.35 |
| | Asimetría | 0.03 | 0.50 | 1.14 | 1.62 | 3.17 | 2.76 |
| | Curtosis | -1.12 | -1.45 | 0.31 | 0.99 | 10.01 | 7.16 |

En la tabla 28, se observa que la droga de mayor uso para los estudiantes es el Tabaco (M= 1.34; DE = 0.48) y el Alcohol (M= 1.29; DE = 0.50), mientras la menor usada es la cocaína (M= 1.08; DE = 0.29) y los sedantes (M= 1.11; DE = 0.33). Con respecto al sexo, los hombres presentan un mayor consumo de drogas, siendo la droga de mayor uso el Alcohol (M= 1.37; DE = 0.55) y el Tabaco (M= 1.41; DE = 0.50), sin embargo, las mujeres muestran un menor consumo de Alcohol (M= 1.14; DE = 0.36) y el Tabaco (M= 1.21; DE = 0.41).

Tabla 29

*Prevalencia del consumo de drogas de los últimos tres meses*

| Variable | Nivel de Riesgo | Total | | Masculino | | Femenino | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | n | % | n | % | n | % |
| Consumo de drogas | Riesgo Bajo | 207 | 33,7 | 109 | 27,5 | 98 | 44,7 |
| | Riesgo Moderado | 284 | 46,2 | 185 | 46,7 | 99 | 45,2 |
| | Riesgo Alto | 124 | 20,2 | 102 | 25,8 | 22 | 10,0 |
| Tabaco | Riesgo Bajo | 410 | 66,7 | 237 | 59,8 | 173 | 79,0 |
| | Riesgo Moderado | 203 | 33,0 | 157 | 39,6 | 46 | 21,0 |
| | Riesgo Alto | 2 | ,3 | 2 | ,5 | 0 | ,0 |
| Alcohol | Riesgo Bajo | 453 | 73,7 | 263 | 66,4 | 190 | 86,8 |
| | Riesgo Moderado | 148 | 24,1 | 120 | 30,3 | 28 | 12,8 |
| | Riesgo Alto | 14 | 2,3 | 13 | 3,3 | 1 | ,5 |
| Marihuana | Riesgo Bajo | 521 | 84,7 | 318 | 80,3 | 203 | 92,7 |
| | Riesgo Moderado | 93 | 15,1 | 77 | 19,4 | 16 | 7,3 |
| | Riesgo Alto | 1 | ,2 | 1 | ,3 | 0 | ,0 |
| Cocaína | Riesgo Bajo | 569 | 92,5 | 357 | 90,2 | 212 | 96,8 |
| | Riesgo Moderado | 43 | 7,0 | 36 | 9,1 | 7 | 3,2 |
| | Riesgo Alto | 3 | ,5 | 3 | ,8 | 0 | ,0 |
| Sedantes | Riesgo Bajo | 550 | 89,4 | 349 | 88,1 | 201 | 91,8 |
| | Riesgo Moderado | 62 | 10,1 | 44 | 11,1 | 18 | 8,2 |
| | Riesgo Alto | 3 | ,5 | 3 | ,8 | 0 | ,0 |

En la tabla 29, se observa que el 46,2 % (284) de los estudiantes presentan un consumo de riesgo moderado, prevaleciendo en el sexo masculino con el 46,7% (185). Asimismo, se aprecia que el 73,7 % (453) de los universitarios presentan un consumo de alcohol bajo (droga legal), siendo el sexo femenino con mayor porcentaje, sin embargo, el 2,3% (14) muestra un consumo problemático, mostrándose más en los hombres. Por otro lado, el 92,5% (569) de los estudiantes consumen cocaína y el 89,4% (550) de los estudiantes ingieren sedantes presentando un consumo de riesgo bajo, resaltándose más en las mujeres,

mientras que el 5% (3) presenta un consumo de riesgo alto para ambas drogas, sobresaliendo más en hombres con un 0.8% (3).

### 4.4.2 Análisis comparativo del consumo de drogas

Tabla 30

*Diferencias del consumo de drogas según sexo*

| | n | Sexo | Rango promedio | U de Mann-Whitney | Z | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Consumo de drogas | 219 | Femenino | 252,41 | 31187,500 | -5,798 | <,001 |
| | 396 | Masculino | 338,74 | | | |
| Tabaco | 219 | Femenino | 255,25 | 31809,500 | -5,890 | <,001 |
| | 396 | Masculino | 337,17 | | | |
| Alcohol | 219 | Femenino | 256,28 | 32035,000 | -5,424 | <,001 |
| | 396 | Masculino | 336,60 | | | |
| Marihuana | 219 | Femenino | 276,03 | 36359,500 | -4,636 | <,001 |
| | 396 | Masculino | 325,68 | | | |
| Cocaína | 219 | Femenino | 289,20 | 39245,500 | -3,584 | <,001 |
| | 396 | Masculino | 318,40 | | | |
| Sedantes | 219 | Femenino | 296,49 | 40840,500 | -1,935 | ,053 |
| | 396 | Masculino | 314,37 | | | |

En la tabla 30, se aprecia que existe diferencias estadísticamente significativas en el consumo de drogas y los tipos de drogas (tabaco, alcohol, marihuana y cocaína) según sexo ($p<.05$), sin embargo, en el consumo de sedantes no existe diferencias estadísticamente significativas ($p >.05$)

Tabla 31

*Diferencias en el consumo de drogas según edad*

| | n | Edad | Rango promedio | U de Mann-Whitney | Z | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Consumo | 362 | 16 a 19 años | 303,61 | 44203,000 | -,737 | ,461 |
| de drogas | 253 | 20 a 29 años | 314,28 | | | |
| Tabaco | 362 | 16 a 19 años | 301,20 | 43332,50 | - | ,222 |
| | 253 | 20 a 29 años | 317,73 | | 1,221 | |
| Alcohol | 362 | 16 a 19 años | 302,10 | 43659,000 | -,994 | ,320 |
| | 253 | 20 a 29 años | 316,43 | | | |
| Marihuana | 362 | 16 a 19 años | 303,00 | 43982,500 | - | ,243 |
| | 253 | 20 a 29 años | 315,16 | | 1,166 | |
| Cocaína | 362 | 16 a 19 años | 303,89 | 44306,000 | - | ,208 |
| | 253 | 20 a 29 años | 313,88 | | 1,260 | |
| Sedantes | 362 | 16 a 19 años | 309,71 | 45174,000 | -,462 | ,644 |
| | 253 | 20 a 29 años | 305,55 | | | |

En la tabla 31, se observa que no existe diferencias estadísticamente significativas en el consumo de drogas según edad (p >.05)

### 4.4.3 Normalidad en la variable del consumo de drogas

Tabla 32

*Prueba de Normalidad de la primera variable: Consumo de drogas*

| Sexo | Variable | Kolmogórov-Smirnov | gl | p |
|---|---|---|---|---|
| Femenino | Consumo de drogas | 0.243 | 219 | < 0.001 |
| | Tabaco | 0.357 | 219 | < 0.001 |
| | Alcohol | 0.226 | 219 | < 0.001 |
| | Marihuana | 0.504 | 219 | < 0.001 |
| | Cocaína | 0.535 | 219 | < 0.001 |
| | Sedantes | 0.498 | 219 | < 0.001 |
| Masculino | Consumo de drogas | 0.255 | 396 | < 0.001 |
| | Tabaco | 0.220 | 396 | < 0.001 |
| | Alcohol | 0.153 | 396 | < 0.001 |
| | Marihuana | 0.411 | 396 | < 0.001 |
| | Cocaína | 0.476 | 396 | < 0.001 |
| | Sedantes | 0.460 | 396 | < 0.001 |

En la tabla 32, se muestra que la distribución de los datos no presenta distribución normal para el grupo masculino ni femenino ($p<.05$), por lo tanto, se hace uso de la estadística no paramétrica para la contratación de hipótesis.

## 4.3 Análisis de las estrategias de afrontamiento

### 4.3.1 Análisis descriptivo de las estrategias de afrontamiento

Tabla 33

*Análisis descriptivo de las estrategias de afrontamiento al estrés*

| | N | M | DE | Asimetría | Curtosis |
|---|---|---|---|---|---|
| **Estrategias de Afrontamiento** | | | | | |
| Afrontamiento Activo | 615 | 10,85 | 2,83 | ,461 | ,076 |
| Planificación | 615 | 11,38 | 3,00 | ,603 | ,057 |
| Supresión de Actividades | 615 | 10,13 | 2,93 | ,152 | ,363 |
| Contención del Afrontamiento | 615 | 10,45 | 2,95 | ,206 | ,362 |
| Búsqueda de SS razones | 615 | 10,38 | 3,30 | ,277 | ,681 |
| Búsqueda de SS razones | 615 | 9,23 | 3,50 | ,163 | ,889 |
| Reinterpretación positiva y | 615 | 11,95 | 2,70 | ,582 | ,169 |
| Afrontamiento Religioso | 615 | 9,79 | 3,60 | ,119 | ,958 |
| Aceptación | 615 | 10,48 | 2,99 | ,121 | ,541 |
| Enfocar y liberar emociones | 615 | 9,24 | 2,82 | ,160 | ,359 |
| Desentendimiento mental | 615 | 9,54 | 2,50 | ,087 | ,183 |
| Desentendimiento conductual | 615 | 6,73 | 2,62 | 1,00 | ,524 |
| Negación | 615 | 7,30 | 2,84 | ,706 | ,122 |
| Uso de Sustancias | 615 | 5,07 | 2,32 | 2,48 | 5,75 |
| Uso de Humor | 615 | 8,51 | 3,63 | ,383 | ,848 |
| **Estilos de Afrontamiento** | | | | | |
| Estilo de Afrontamiento dirigido | 615 | 53,20 | 11,7 | -,588 | ,498 |
| Estilo de Afrontamiento Social y | 615 | 50,70 | 10,5 | -,166 | ,418 |
| Estilo de Afrontamiento Evitativo | 615 | 37,15 | 9,80 | ,917 | 1,331 |

En la tabla 33, se observa que el estilo de afrontamiento más utilizado por los universitarios es el estilo dirigido a la Tarea (M= 53,20; DE = 11,70), mientras que el menos utilizado fue el estilo evitativo (M= 37,15; DE = 9,80). En cuanto a las

estrategias, se obtuvo un mayor uso de la Reinterpretación positiva y crecimiento (M= 11,95; DE = 2,70), Planificación (M= 11,38; DE = 3,00) y Afrontamiento Activo (M= 10,85; DE = 2,83). Sin embargo, la menos usadas fue el Uso de sustancias (M= 5,07; DE = 2,32), Desentendimiento conductual (M= 6,73; DE = 2,62) y Negación (M= 7,30; DE = 2,84).

### 4.3.2 Análisis comparativo de las estrategias de afrontamiento

Tabla 34

*Diferencias en las estrategias de afrontamiento según sexo*

| | n | Sexo | Rango | U de Mann-Whitney | Z | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Estrategias de Afrontamiento** | | | | | | |
| Afrontamiento Activo | 219 | Femenino | 285,93 | 38528,00 | -2,30 | ,021 |
| | 396 | Masculino | 320,21 | | | |
| Planificación | 219 | Femenino | 300,69 | 41762,00 | -,764 | ,445 |
| | 396 | Masculino | 312,04 | | | |
| Supresión de Actividades | 219 | Femenino | 289,88 | 39394,50 | -1,89 | ,059 |
| | 396 | Masculino | 318,02 | | | |
| Contención del Afrontamiento | 219 | Femenino | 291,00 | 39638,50 | -1,77 | ,076 |
| | 396 | Masculino | 317,40 | | | |
| Búsqueda de SS razones | 219 | Femenino | 348,02 | 34598,00 | -4,18 | <,001 |
| instrumentales | 396 | Masculino | 285,87 | | | |
| Búsqueda de SS razones | 219 | Femenino | 336,04 | 37221,00 | -2,92 | ,003 |
| emocionales | 396 | Masculino | 292,49 | | | |
| Reinterpretación positiva y | 219 | Femenino | 311,88 | 42511,50 | -,406 | ,684 |
| crecimiento | 396 | Masculino | 305,85 | | | |
| Afrontamiento Religioso | 219 | Femenino | 355,42 | 32977,00 | -4,94 | <,001 |
| | 396 | Masculino | 281,78 | | | |
| Aceptación | 219 | Femenino | 309,89 | 42948,50 | -,197 | ,844 |
| | 396 | Masculino | 306,96 | | | |
| Enfocar y liberar emociones | 219 | Femenino | 323,65 | 39935,50 | -1,63 | ,102 |
| | 396 | Masculino | 299,35 | | | |
| Desentendimiento mental | 219 | Femenino | 323,35 | 39999,50 | -1,60 | ,108 |
| | 396 | Masculino | 299,51 | | | |
| Desentendimiento conductual | 219 | Femenino | 313,84 | 42082,50 | -,614 | ,539 |
| | 396 | Masculino | 304,77 | | | |
| Negación | 219 | Femenino | 298,12 | 41197,50 | -1,03 | ,300 |
| | 396 | Masculino | 313,47 | | | |
| Uso de Sustancias | 219 | Femenino | 285,53 | 38441,00 | -3,02 | ,002 |
| | 396 | Masculino | 320,43 | | | |
| Uso de Humor | 219 | Femenino | 278,56 | 36915,00 | -3,08 | ,002 |
| | 396 | Masculino | 324,48 | | | |
| **Estilos de Afrontamiento** | | | | | | |
| Estilo de Afrontamiento dirigido | 219 | Femenino | 304.46 | 42587.000 | -0.367 | 0.713 |
| a la Tarea | 396 | Masculino | 309.96 | | | |
| Estilo de Afrontamiento Social y | 219 | Femenino | 337.13 | 36981.500 | -3.026 | 0.002 |
| Emocional | 396 | Masculino | 291.89 | | | |
| Estilo de Afrontamiento Evitativo | 219 | Femenino | 292.77 | 40026.500 | -1.582 | 0.114 |
| | 396 | Masculino | 316.42 | | | |

En la tabla 34, se observa que existe diferencias estadísticamente significativas de las estrategias de afrontamiento activo, Búsqueda de SS razones instrumentales y emocionales, Afrontamiento Religioso, Uso de Sustancias, Uso de Humor según sexo ($p < .05$). Así también, se aprecia que existe diferencia estadísticamente significativa del Estilo de Afrontamiento Social y Emocional según sexo ($p < .05$).

Tabla 35

*Diferencias en las estrategias de afrontamiento según edad*

| | n | Edad | Rango | U de Mann-Whitney | Z | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Estrategias de Afrontamiento** | | | | | | |
| Afrontamiento Activo | 362 | 16 a 19 años | 299,91 | 42863,50 | -1,36 | ,174 |
| | 253 | 20 a 29 años | 319,58 | | | |
| Planificación | 362 | 16 a 19 años | 291,43 | 39795,50 | -2,78 | ,005 |
| | 253 | 20 a 29 años | 331,71 | | | |
| Supresión de Actividades | 362 | 16 a 19 años | 294,43 | 40880,50 | -2,27 | ,023 |
| | 253 | 20 a 29 años | 327,42 | | | |
| Contención del Afrontamiento | 362 | 16 a 19 años | 296,18 | 41515,00 | -1,98 | ,047 |
| | 253 | 20 a 29 años | 324,91 | | | |
| Búsqueda de SS razones | 362 | 16 a 19 años | 307,81 | 45725,00 | -,032 | ,975 |
| instrumentales | 253 | 20 a 29 años | 308,27 | | | |
| Búsqueda de SS razones | 362 | 16 a 19 años | 310,49 | 44891,50 | -,418 | ,676 |
| emocionales | 253 | 20 a 29 años | 304,44 | | | |
| Reinterpretación positiva y | 362 | 16 a 19 años | 301,06 | 43282,00 | -1,16 | ,243 |
| crecimiento | 253 | 20 a 29 años | 317,92 | | | |
| Afrontamiento Religioso | 362 | 16 a 19 años | 298,46 | 42340,50 | -1,59 | ,110 |
| | 253 | 20 a 29 años | 321,65 | | | |
| Aceptación | 362 | 16 a 19 años | 305,67 | 44949,00 | -,391 | ,696 |
| | 253 | 20 a 29 años | 311,34 | | | |
| Enfocar y liberar emociones | 362 | 16 a 19 años | 299,44 | 42693,00 | -1,43 | ,150 |
| | 253 | 20 a 29 años | 320,25 | | | |
| Desentendimiento mental | 362 | 16 a 19 años | 306,12 | 45114,00 | -,316 | ,752 |
| | 253 | 20 a 29 años | 310,68 | | | |
| Desentendimiento conductual | 362 | 16 a 19 años | 299,87 | 42848,50 | -1,37 | ,169 |
| | 253 | 20 a 29 años | 319,64 | | | |
| Negación | 362 | 16 a 19 años | 300,23 | 42981,50 | -1,31 | ,190 |
| | 253 | 20 a 29 años | 319,11 | | | |
| Uso de Sustancias | 362 | 16 a 19 años | 307,19 | 45498,00 | -,176 | ,860 |
| | 253 | 20 a 29 años | 309,17 | | | |
| Uso de Humor | 362 | 16 a 19 años | 313,27 | 43884,00 | -,890 | ,373 |
| | 253 | 20 a 29 años | 300,45 | | | |
| **Estilos de Afrontamiento** | | | | | | |
| Estilo de Afrontamiento dirigido a | 362 | 16 a 19 años | 293.93 | 40698.500 | -2.351 | 0.019 |
| la Tarea | 253 | 20 a 29 años | 328.14 | | | |
| Estilo de Afrontamiento Social y | 362 | 16 a 19 años | 301.74 | 43527.000 | -1.046 | 0.296 |
| Emocional | 253 | 20 a 29 años | 316.96 | | | |
| Estilo de Afrontamiento Evitativo | 362 | 16 a 19 años | 305.87 | 45020.500 | -0.357 | 0.721 |
| | 253 | 20 a 29 años | 311.05 | | | |

En la tabla 35, se observa que existe diferencia estadísticamente significativa del estilo de Afrontamiento dirigido a la Tarea según edad (p <.05). Respecto a las estrategias, existe diferencia estadísticamente significativa de la planificación, supresión de actividades y contención de afrontamiento (p <.05), mientras que el resto de las estrategias de afrontamiento no hay diferencias estadísticamente significativas (p>.05).

### 4.3.3 Normalidad en la variable de las estrategias de afrontamiento

Tabla 36

*Prueba de Normalidad de la segunda variable: Afrontamiento al Estrés*

| | Kolmogórov-Smirnov | gl | p |
|---|---|---|---|
| **Estrategias Afrontamiento** | | | |
| Afrontamiento Activo | ,123 | 615 | < ,001 |
| Planificación | ,130 | 615 | < ,001 |
| Supresión de Actividades | ,099 | 615 | < ,001 |
| Contención del Afrontamiento | ,086 | 615 | < ,001 |
| Búsqueda de SS razones instrumentales | ,127 | 615 | < ,001 |
| Búsqueda de SS razones emocionales | ,094 | 615 | < ,001 |
| Reinterpretación positiva y crecimiento | ,130 | 615 | < ,001 |
| Afrontamiento Religioso | ,093 | 615 | < ,001 |
| Aceptación | ,086 | 615 | < ,001 |
| Enfocar y liberar emociones | ,083 | 615 | < ,001 |
| Desentendimiento mental | ,089 | 615 | < ,001 |
| Desentendimiento conductual | ,172 | 615 | < ,001 |
| Negación | ,123 | 615 | < ,001 |
| Uso de Sustancias | ,416 | 615 | < ,001 |
| Uso de Humor | ,133 | 615 | < ,001 |
| **Estilos de Afrontamiento** | | | |
| Estilo de Afrontamiento dirigido a la Tarea | .069 | 615 | < ,001 |
| Estilo de Afrontamiento Social y Emocional | .041 | 615 | < ,001 |
| Estilo de Afrontamiento Evitativo | .092 | 615 | < ,001 |

En la tabla 36, se observa que los datos no presentan distribución normal ($p<.05$), por lo tanto, se hace uso de la estadística no paramétrica para la contratación de hipótesis.

## 4.4 Contraste de hipótesis

Tabla 37

*Correlación entre las variables consumo de drogas y estrategias de afrontamiento al estés*

| | | Tabaco | Alcohol | Marihuana | Cocaína | Sedantes | Consumo de drogas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Estrategia de Afrontamiento** | | | | | | | |
| Afrontamiento Activo | Rho | -0.004 | 0.004 | -0.047 | -0.046 | -0.049 | -0.019 |
| | p | 0.918 | 0.912 | 0.241 | 0.257 | 0.220 | 0.631 |
| Planificación | Rho | -0.052 | -0.038 | -0.059 | -0.034 | -0.043 | -0.053 |
| | p | 0.198 | 0.347 | 0.141 | 0.403 | 0.282 | 0.188 |
| Supresión de Actividades | Rho | 0.029 | -0.006 | -0.044 | 0.005 | 0.016 | 0.014 |
| | p | 0.474 | 0.874 | 0.275 | 0.894 | 0.701 | 0.732 |
| Contención del Afrontamiento | Rho | -0.043 | -0.047 | -0.001 | 0.012 | 0.019 | -0.036 |
| | p | 0.282 | 0.246 | 0.982 | 0.765 | 0.641 | 0.373 |
| Búsqueda de SS razones instrumentales | Rho | -0.004 | 0.001 | -0.039 | -0.025 | -0.002 | 0.003 |
| | p | 0.924 | 0.977 | 0.339 | 0.533 | 0.960 | 0.945 |
| Búsqueda de SS razones emocionales | Rho | 0.070 | 0.029 | 0.009 | -0.001 | -0.006 | 0.070 |
| | p | 0.084 | 0.471 | 0.832 | 0.972 | 0.878 | 0.084 |
| Reinterpretación positiva y crecimiento | Rho | -,092 | -0.076 | -,151 | -,107 | -,081 | -,132 |
| | p | 0.023 | 0.060 | < ,001 | 0.008 | 0.044 | 0.001 |
| Afrontamiento Religioso | Rho | -0.039 | -0.012 | -0.045 | -0.011 | -0.043 | -0.054 |
| | p | 0.339 | 0.765 | 0.269 | 0.790 | 0.285 | 0.182 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Aceptación | Rho | 0.028 | 0.069 | 0.015 | 0.013 | 0.033 | 0.030 |
| | p | 0.487 | 0.088 | 0.711 | 0.748 | 0.413 | 0.462 |
| Enfocar y liberar emociones | Rho | 0.044 | 0.032 | 0.055 | 0.056 | 0.076 | 0.042 |
| | p | 0.272 | 0.423 | 0.170 | 0.165 | 0.060 | 0.294 |
| Desentendimiento mental | Rho | 0.066 | ,097* | 0.000 | 0.047 | 0.059 | 0.066 |
| | p | 0.103 | 0.016 | 0.992 | 0.247 | 0.147 | 0.102 |
| Desentendimiento conductual | Rho | 0.051 | ,131 | 0.046 | ,082 | 0.067 | ,080 |
| | p | 0.207 | 0.001 | 0.259 | 0.043 | 0.096 | 0.046 |
| Negación | Rho | 0.045 | ,174 | 0.053 | ,083 | ,121 | ,105 |
| | p | 0.270 | < ,001 | 0.186 | 0.039 | 0.003 | 0.009 |
| Uso de Sustancias | Rho | ,227 | ,275 | ,233 | ,156 | ,116 | ,235 |
| | p | < ,001 | < ,001 | < ,001 | < ,001 | 0.004 | < ,001 |
| Uso de Humor | Rho | 0.044 | ,107 | 0.044 | -0.014 | 0.076 | 0.058 |
| | p | 0.278 | 0.008 | 0.274 | 0.736 | 0.060 | 0.153 |
| **Estilos de Afrontamiento** | | | | | | | |
| Estilo de Afrontamiento dirigido a la tarea | Rho | -0.013 | -0.025 | -0.039 | -0.013 | -0.017 | -0.027 |
| | p | 0.755 | 0.530 | 0.335 | 0.741 | 0.669 | 0.507 |
| Estilo de Afrontamiento Social y Emocional | Rho | 0.014 | 0.015 | -0.032 | -0.003 | -0.011 | -0.011 |
| | p | 0.722 | 0.720 | 0.425 | 0.935 | 0.788 | 0.791 |
| Estilo de Afrontamiento Evitativo | Rho | ,114 | ,206 | ,098 | ,096 | ,129 | ,142 |
| | p | 0.005 | < ,001 | 0.015 | 0.017 | 0.001 | < ,001 |

En la tabla 37, se observa que existe relación estadísticamente significativa positiva y baja entre el consumo de droga y el estilo de afrontamiento evitativo ($p < .05$; *rho* =.142). Es decir, a mayor consumo de drogas existe un mayor estilo de afrontamiento evitativo. Asimismo, existe relación estadísticamente significativa positiva y baja entre el tabaco ($p < .05$; *rho* =.144), alcohol ($p < .05$; *rho* =.206), marihuana ($p < .05$; *rho* =.098), cocaína ($p < .05$; *rho* =.090) y sedantes ($p < .05$; *rho* =.129) y el estilo evitativo.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, se observa que existe relación estadísticamente significativa negativa y baja entre el consumo de drogas y la estrategia de reinterpretación positiva y crecimiento ($p < .05$; *rho* =-,132). De igual manera, se aprecia una relación estadísticamente significativa negativa y baja entre el tabaco ($p < .05$; *rho* =-,092), marihuana ($p < .05$; *rho* =-,151), cocaína ($p < .05$; *rho* =-,107) y sedantes ($p < .05$; *rho* =-,081) y la estrategia de Reinterpretación positiva y crecimiento.

Asimismo, se aprecia que existe relación estadísticamente significativa positiva y baja entre el consumo de alcohol y la estrategia de desentendimiento mental ($p < .05$; *rho* =,097). De igual manera, se observa existe relación estadísticamente significativa positiva y baja entre el consumo de drogas ($p < .05$; *rho* =,080), el alcohol ($p < .05$; *rho* =,131) y la cocaína ($p < .05$; *rho* =,082) y la estrategia desentendimiento conductual. Asimismo, se muestra que existe relación estadísticamente significativa positiva y baja entre el consumo de drogas ($p < .05$; *rho* =,105), alcohol ($p < .05$; *rho* =,174), cocaína ($p < .05$; *rho* =,083) y sedantes ($p < .05$; *rho* =,121) y la estrategia de Negación.

Así también, existe relación estadísticamente significativa el consumo de drogas ($p < .05$; *rho* =,235), Tabaco ($p < .05$; *rho* =,116), Alcohol ($p < .05$; *rho* =,156), Marihuana ($p < .05$; *rho* =,233), Cocaína ($p < .05$; *rho* =,275) y Sedantes ($p < .05$; *rho* =,277) y la estrategia uso de sustancias. Finalmente, existe una relación estadísticamente significativa positiva y baja entre el consumo de alcohol y la estrategia uso de humor ($p < .05$; *rho* =,107).

# CAPÍTULO V

# DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

## 5.1 Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo general analizar la relación entre el consumo de drogas y las estrategias de afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios de la carrera de ingeniería sistemas y contabilidad de una universidad privada de Lima Sur. A continuación, se presenta la discusión de los principales resultados:

Estos estilos de afrontamiento, la más usada por los universitarios fue el estilo de afrontamiento dirigido a la Tarea (M= 53,20; DE = 11,70), mientras que el menos utilizado fue el estilo afrontamiento evitativo (M= 37,15; DE = 9,80). Este resultado concuerda con los hallazgos de Cassaretto (2009), Becerra (2013), Águila (2016), Chávez, Ortega, Palacios (2016) y Matalinares, Díaz. Arenas, Raymundo. Baca, Uceda, y Yaringaño (2016) quienes encontraron que el estilo mayor usado por los universitarios es el afrontamiento centrado en el problema. La utilización de este estilo favorece la adaptación social y una percepción de control sobre las demandas del ambiente, lo cual va acompañada con emociones positivas, siendo ello relacionado con mejor percepción de calidad de vida (Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2007; Khechane y Mwaba, 2004; Contreras y Esguerra, 2006; Aldwin y Revenson, 1987; Cronqvist et al., 1997). Es de tipo adaptativa, debido a que trabaja directamente con el estresor con el fin de reducir o desaparecer. Arjona y Guerrero (2001) y Morales y Trianes (2010) señalan que el estilo centrado en el problema se relaciona con un alto bienestar psicológico y satisfacción con la vida, un buen nivel de adaptación, inteligencia emocional y autorregulación. El uso frecuente de este estilo podría explicarse porque la mayoría de los estudiantes provienen de una familiar nuclear.

Por otro lado, con respecto al estilo afrontamiento evitativo, Seffge-Kreinke (2000), Becerra (2013) y Águila (2016) encontraron en sus estudios que el estilo menos usado es el estilo evitativo. Este estilo es desadaptativo o pasivo ya que están relacionadas con estados emocionales negativos como la depresión y ansiedad (Arraras, Wright, Jusue, Tejedor y Calvo, 2002; Lazarus y Folkman, 1986, Beck, 1979; Bhar et al., 2008). El afrontamiento evitativo es un método de escape conductual o cognitivo que manifiesta un mayor malestar físico (Carver

y Scheier, 1994). Seiffge-Krenke (2000) refiere que los individuos que utilizan este estilo tienden a desarrollar psicopatología.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, las más usadas fue la estrategia de Reinterpretación positiva y crecimiento (M= 11,95; DE = 2,70), seguido de la Planificación (M= 11,38; DE = 3,00) y el Afrontamiento Activo (M= 10,85; DE = 2,83). Estos resultados coinciden con lo encontrado por Becerra (2013) y Águila (2016). El uso de estas estrategias está relacionado con conductas saludables y adaptativas, como lo plantean diferentes investigadores (Carver y Scheier, 1994; Compas, Connor-Smith, Saltzman, Harding y Wadsworth, 2001; Davis y Brantley, 2004; Day y Livingstone, 2001; Limbert, 2004; Johnsen, Laberg y Eid, 1998). El empleo de estas estrategias seria adecuadas ya que enfrentan el estresor con conjuntos de conductas orientadas a incrementar los esfuerzos con el fin de reducir el estímulo estresante. Asimismo, evalúan la situación de forma positiva mediante los procesos cognitivo, emocionales y conductuales (Carver, Scheier y Weintraub, 1989). La utilización de estas estrategias por los universitarios podría explicarse como esperable y saludable en un futuro profesional, ya que toman medidas para desarrollar mejoría en los estudios y usar sus propios recursos en afrontar los desafíos durante su desarrollo profesional. Estas estrategias actuarían como factor protector para culminar la carrera profesional ya que durante la vida universitaria los estudiantes se encuentran sometidos a exigencias académicas como la responsabilidad con las materias, evaluaciones, exposiciones y elaboración de trabajos y presiones económicas y sociales (Huaquín Mora y Loaiza Herrera, 2004)

Sin embargo, la menos usadas por los universitarios fue el Uso de sustancias (M= 5,07; DE = 2,32), Desentendimiento conductual (M= 6,73; DE = 2,62) y Negación (M= 7,30; DE = 2,84). Los resultados coinciden con lo hallado por Becerra (2013) y Águila (2016). Estos resultados son considerados por diferentes autores como estrategias desadaptativas o paliativa, debido a que el individuo huye del problema, generando un mayor malestar físico, incremento del estrés y resultados psicológicos pobres (Endler y Parker, 1990; Carver y Scheier, 1994; Compas et al., 2001; Davis y Brantley, 2004; Day y Livingstone, 2001; Limbert, 2004; Johnsen, Laberg y Eid, 1998). La utilización de estas

estrategias hace que el estudiante no afronte de manera eficiente el estresor, debido a que considera que el dejar de actuar frente al problema se solucionara, el negar la existencia del problema le traerá una mayor tranquilidad y el usar drogas hará que no piense en el problema, sin embargo, esto solo funciona por un corto tiempo como horas o días, ya que evade el estresor mas no lo afronta directamente, lo cual, provocara un mayor estrés.

Por otra parte, se halló que existe diferencia estadísticamente significativa en el estilo de Afrontamiento Social y Emocional según sexo ($p<.05$), siendo las mujeres quienes utilizan con mayor frecuencia. Este resultado concuerda con los estudios de Canessa (2000), Casuso (1996), Chau (1999), Martínez y Morote (2001), Cassaretto et al. (2003). Lazarus y Lazarus (2000) refiere que el estilo centrado a la emoción es útil ya que trae beneficios como controlar la angustia y no generar difusión durante el acontecimiento. Diversos autores señalan que existe diferencias en el estilo de afrontamiento centrado en la emoción según género (Endler y Parker, 1994; Frydenberg, 1997; Frydenberg y Lewis, 1999; Patterson y McCubbin, 1987; Phelps y Jarvis, 1994). Viñas y Caparrós (2000) refieren que las mujeres que utilizan con mayor frecuencia el estilo centrado en la emoción presentan mayores molestias fisiológicas durante la etapa menstrual. El estilo de Afrontamiento Social y Emocional está relacionado con la calidez, emociones positivas y benevolencia (Cassaretto, 2009). Ragúz (1995) señala que la percepción de las mujeres se relaciona con la afectividad y expresividad de sentimiento. Cassaretto et al. (2003) y Alcalde (1998) señalan que los universitarios de sexo femenino buscan alternativas de solución al problema, sin descuidar su bienestar emocional. Para comprender este hallazgo se podría considerar que la crianza de las mujeres tradicionalmente tiende a dar más importancia al área emocional, mientras que en los hombres se suele dar más la independencia en resolver y reconocer sus problemas (Jackson, 2011).

Por otro parte, se encontró diferencias significativas en el uso de estrategias de búsqueda de apoyo social por razones instrumentales, búsqueda de apoyo social por razones emocionales y el afrontamiento religioso entre mujeres y los hombres ($p<.05$), siendo las mujeres quienes reportaron utilizar con mayor frecuencia. Este hallazgo coincide con los estudios realizados por Cassaretto (2009), Scafarelli y García (2010), Becerra (2013) y Águila (2016). El

empleo de la estrategia búsqueda de apoyo social por razones instrumentales implica buscar consejos y asistencia en las personas más allegadas con el fin solucionar el problema. La búsqueda de apoyo social por razones emocionales consiste en un apoyo moral para lograr aliviar o reducir los malestares emocionales negativos y el afrontamiento religioso consiste inclinarse en la religión con el fin de reducir los malestares provocados por el estresor (Carver, Scheier y Weintraub, 1989). Diversos autores señalan que las mujeres frente a las dificultades buscan mayor apoyo social y emocional que los varones; ya que aceptan el apoyo, la comprensión y el compartir con las personas más cercanas de su entorno (Casullo y Fernández Liporace, 2001; Figueroa et al., 2005; González et al., 2002). Russell, Booth, Reed y Laughlin (1997) refieren que las mujeres tienden a buscar mayor soporte socioemocional en personas con las mismas características de sus pares (genero, estudios, etc.). Asimismo, las mujeres presentan mayor apertura social y familiar, donde ellas manifiestan la comunicación, sus sentimientos y el uso de fantasía ante el problema (Phelps y Jarvis, 1994). Esto quiere decir, que las universitarias que usan la estrategia de búsqueda de apoyo social por razones instrumental y emocional tratan de buscar confiabilidad, consejos u opiniones acerca del problema de las personas más allegadas, para así reconfortarse y ayudarse en superar el problema. Estas estrategias se podrían considerar como positiva y adaptativa ya que implica un manejo directo del problema, así como también hace que las estudiantes no se aislé de su entorno y pierda sus relaciones sociales (Lazarus y Folkman, 1986; Riquelme, Buendía y Rodríguez, 1993).

Por otro lado, las estudiantes que se refugian en la religión buscan afrontar al problema de forma positiva, con el fin de disminuir las emociones desagradables y lograr un alivio. El afrontar religiosamente trae un impacto positivo en la salud siempre y cuando sea empleada de forma eficiente (Carver, Scheier y Weintraub, 1989). Cassaretto et al. (2003) refieren que las mujeres tienden a presentar mayores niveles de estrés en las escalas relacionadas los padres, con los amigos y relaciones sentimentales, lo cual en estas áreas utilizan más la estrategia de afrontamiento religioso. Moysén et al. (2014) refieren que el uso de la religión favorece de forma positiva en el afrontamiento de situaciones estresantes, ya que actúa como soporte social, provee un sistema de creencias y otorgo sentido y significado a la circunstancia. Diversos estudios señalan que

el uso de la religión actúa como un factor protector frente al consumo de drogas (Moysén et al., 2014; Sánchez y Nappo, 2007; Rueda, Malbergier, de Andrade y Guerra, 2006; Salas-Wright, Olate y Vaughn, 2013; Brechting y Giancola, 2007; Hodge, Marsiglia y Nieri, 2011; y Marsiglia, Kulis, Nieri y Parsai, 2005).

Sin embargo, los hombres utilizan las estrategias de afrontamiento activo uso del humor y uso de sustancias. Estos resultados concuerdan con los hallazgos de Becerra (2013) y Águila (2016). Barrón, Castilla, Casullo y Verdú (2002) señalan que los varones tienden a ser más reservados con sus problemas, y recurren a ignorar el problema, mediante el uso de distractores (Fantin, Forentino y Correché, 2005). Phelps y Jarvis (1994) señalan que los hombres inhiben sus emociones frente los problemas, lo cual incentiva el desarrollo de su autonomía, logrando incrementar la utilización de estrategias evitativas. El afrontamiento activo hace referencia a que los estudiantes toman acciones directas frente al problema, lo cual genera un afrontamiento eficiente, logrando reducir o eliminar el estresor. Esta estrategia es saludable y positiva ya que no provoca malestares físicos. Mientras que, la estrategia de uso del humor según Carver, Scheier y Weintraub (1989) son individuos que hacen bromas sobre el problema para no pensar en ello. Los que usan la estrategia uso de sustancias, realizan un afrontamiento al problema mediante el consumo de drogas, con el fin de aliviar u olvidar el estresor. Estas estrategias son respuestas evasivas en el afrontamiento (Carver y Connor-Smith, 2010). También son considerados de tipo desadaptativas, ya que el estudiante no está dispuesto a tratar directamente el problema sino, por el contrario, trata de evitarlo. En otras palabras, los hombres afrontan el estrés negando la existencia del estresor y buscando distractores placenteros para no pensar en el problema.

Con respecto a la edad, se halló que existe diferencia significativa del estilo de afrontamiento dirigido a la tarea ($p<.05$), siendo los estudiantes de las edades entre 20 a 29 años quienes utilizan con mayor frecuencia. Este resultado concuerda con el estudio de Chau (2004), Becerra (2013) y Águila (2016). Cassaretto et al. (2003) señalan que la edad es un factor que mediatiza la relación entre estrés y afrontamiento. Además, refiere que a mayor edad aumenta los recursos de afrontamiento, lo cual provoca una disminución del estresor. En otras palabras, el joven eleva la posibilidad de afrontar directamente

los estímulos estresantes durante su etapa académica. Estos resultados podrían indicar que los estudiantes que se encuentran en este rango de edad han aprendido por la experiencia que evadir los problemas genera mayor malestar del estrés, mientras que los estudiantes que han aprendido a enfrentar directamente el estresor traen un alto bienestar psicológico y satisfacción con la vida (Heredia et al., 2008; Fariña, Arce y Novo, 2008). Fernández et al. (2009) señalan que los universitarios que tienen mayores edades utilizan con mayor frecuencia el afrontamiento dirigido a la tarea, sin embargo, los que son jóvenes adolescentes lo utilizan con muy poca frecuencia.

En cuanto a las estrategias según edad se encontró diferencia significativa entre en el uso de la estrategia de planificación, supresión de actividades y contención de afrontamiento, presentándose con mayor frecuencia en las edades entre 20 a 29 años. Estos resultados son similares a lo encontrado por Casuso (1996), quien realizó un estudio en población universitaria encontrando que los universitarios utilizan las estrategias de planificación y supresión de actividades. Barrón, Castilla, Casullo y Verdú (2002) señalan que con la edad el repertorio de las estrategias se va incrementando. Gómez y cols (2006) refieren que a mayor edad el individuo evalúa al estresor llegando a reducirlo o controlarlo. Este resultado puede explicarse debido a que los jóvenes adolescentes afrontan el estresor académico utilizando el afrontamiento activo y cognitivo, es decir, el estudiante planifica estrategias de acción dirigidas a la evaluación del problema (Seffge-Kreinke, 2000). La utilización de la planificación implicaría organizar estrategias de acción con el fin de establecer cuál será la mejor forma de manejar el estresor. Esta estrategia seria esperable y favorable para un profesional ya que hace una evaluación del estresor mediante sus procesos cognitivos y emocionales para así lograr un afrontamiento eficiente (Cassaretto et al., 2003). Asimismo, la estrategia de supresión de actividades consiste en dejar pasar, otros proyectos o actividades con el fin de concentrarse en poder manejar el estresor y la estrategia contención del afrontamiento implica esperar el momento adecuado para actuar sobre la situación, lo cual serían estrategias adaptativas ya que afronta directamente el problema (Carver, Scheier y Weintraub, 1989).

Según el nivel de riesgo de consumo drogas, se encontró que el 46,2 % de los estudiantes presentan un consumo de riesgo moderado, prevaleciendo en el sexo masculino y un 33,7 % se ubica en nivel de riesgo bajo, resaltándose más en las mujeres, sin embargo, el 20,2 % muestra un consumo problemático, mostrándose más en los hombres. Este resultado presenta cierta similitud con los hallazgos de Guerrero (2016) y Águila (2016). Según el ASSIST versión 3.1, el nivel de riesgo en el que se encuentre individuo determina la intervención que debe de recibir el usuario. De esta manera, los estudiantes que se encuentra en un riesgo moderado deben de recibir una intervención breve donde le proporcionaran retroalimentación sobre el consumo de drogas y los efectos perjudiciales a la salud, así como también, asesoramiento acerca de cómo reducir el consumo e implementar estrategias motivacionales para eliminar o reducir el consumo de sustancias. En cuanto a los estudiantes que se ubican en un riesgo bajo, se le dará información sobre los riesgos genera en el organismo si consumo una droga. Asimismo, será necesario que el estudiante reciba palabras de felicitación y aliento para no consumir. Y los estudiantes que se sitúan en un riesgo alto requieren una evaluación clínica detallada y tratamiento especializado por profesionales de la salud, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida, potenciando los factores protectores y promover actitudes y hábitos saludables. Los resultados de esta investigación son alarmantes ya que casi la mitad de la muestra se encuentra en un nivel de riesgo moderado y la cuarta parte en un riego alto. Por tanto, las autoridades o representantes de la universidad necesitan prestar atención al problema del consumo de drogas que presentan los estudiantes universitarios, es decir, necesitan implementar programas de prevención e intervención con el objetivo de mejorar la salud mental y optimización en el rendimiento académico (DEVIDA, 2012). El consumo de drogas que presenta los universitarios podría estar presentándose por diversos factores, uno de ellos se debería a los grupos de pares que promueven el consumo de sustancias como método alivio a la tensión y a su vez fomentar la diversión. Parrott, Morinan, Moss y Scholey (2004) señala que el consumir sustancias psicoactivas tiene un importante factor social. Asimismo, un factor sería el poco control que tienen por partes de sus padres ya que se da para algunos vivir solos por motivo de la distancia (ya que provienen de otros departamentos del Perú). Por lo tanto, el consumo de drogas en los universitarios

puede producir una reducción en el rendimiento académico o incluso impedir culminar los estudios (Herrera, Simich, Strike, Brands, Giesbrecht y Khenti, 2012). Así como también, podrían presentar una baja percepción de riesgo sobre uso de sustancias, ya que les darían mayor valor a las sensaciones placenteras, lo cual sería un factor riesgo de mantenimiento o incremento del consumo de drogas (Novak, Reardon y Buka, 2002; Salazar y Arrivillaga, 2004; Sim, Jordan-Green, Lee, Wolfman y Jahangiri, 2005).

Respecto a los tipos de consumo de drogas, se encontró que el tabaco fue la droga de mayor consumo por los estudiantes universitarios, seguido del alcohol y la marihuana. Esto es similar a lo encontrado por Espinoza (2011), Linage y Gómez (2012), Patiño (2014) y Caravaca et al. (2015). Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC (2016), el alcohol y tabaco son las primeras drogas legales más consumida del mundo. Por otro lado, UNODC (2012) y OEA (2015), revelaron que el cannabis o marihuana es la droga ilegal más consumida. De acuerdo con el informe de CEDRO (1997) el consumo de alcohol frecuentemente va acompañado con el uso de cigarrillos de tabaco. Diversos autores explican que el consumo de una droga facilita el contacto con otros tipos de drogas (Colder, Campbell, Ruel, Richarson y Flay, 2002; Calafat y cols., 2005; Espada, Hernández, Orgilés y Méndez, 2010). Corbin, Farmer y Nolen (2013) afirmaron que los estudiantes que cuentan con altos niveles de estrés utilizan el consumo de alcohol como método de escape. Uno de los factores que determinarían el uso de drogas es la baja percepción, el fácil acceso a las drogas, la creencia social normativa y la presencia del consumo en su entorno (UNODC, 2016). Los resultados de este estudio se podrían deber a que los estudiantes universitarios utilizan estas drogas como método de alivio a la tensión, a la carga de trabajos, evaluación por parte los docentes, etc., y como parte de fomentar la diversión entre su grupo de pares.

Con relación con el consumo de drogas según género, se encontró diferencias significativas ($p<.05$), donde el uso más frecuente fue en los hombres. Estos resultados son similares a lo encontrado por Sánchez (2012), quien refiere que la variable sexo actúa como condicionante en relación con el consumo de drogas. Asimismo, señala que el consumo de drogas tiene un significado diferente para los hombres, presentándose con una percepción hacia

la sustancia como conducta natural y socialmente aceptada. Por lo tanto, la frecuencia y la cantidad de droga consumida es más elevada en los hombres. Herrera et al. (2012) señalan que el consumo de drogas es un factor de riesgo para la transición hacia otros tipos de drogas, presentándose más en población joven. Se podría considerar que los adolescentes y jóvenes universitarios consumen drogas de forma recreativa con el fin de pasar situaciones placenteras (CEDRO, 1977). Por otro lado, cabe mencionar que el consumo de drogas a largo plazo causa consecuencias negativas en la salud por los efectos que provoca en el sistema nervioso central, donde el órgano más afectado sería el cerebro ya que se encuentra aún en maduración (la estructura y su funcionamiento) y que esta podría ser interrumpida por las sustancias toxicas (López-Caneda et al., 2014; McQueeny et al., 2009; Parada, 2009). Gómez, Novalbos y O'Farrall (2011) refieren que el consumo de drogas en los estudiantes universitarios se presenta en fiestas, reuniones con grupos de pares y frente a los exámenes, donde la mayoría de ellos perciben efectos positivos del consumo de sustancias como; el placer, bienestar, estimulación, energía y el mejorar de las relaciones sociales. Es decir, que los estudiantes que se encuentra en situaciones tensas (exámenes) afrontarían el evento mediante el uso de sustancias, debido a que presentan una percepción positiva (energía para estudiar las materias y captar más rápido la información) frente al uso de drogas.

Asimismo, con relación a los tipos del consumo de drogas según género, se encontró diferencias significativas en el consumo de alcohol, tabaco y marihuana ($p<.05$), siendo el más frecuente por los hombres que en mujeres. Estos resultados coinciden con lo encontrado por Rodríguez, Fernández y Hernández (2006), Guerra et al. (2012); Chau y Oblitas (2007), UNODC (2016), Córdoba, Betancourth y Tacán (2016) y Escurra (2017). La Agencia de Salud Pública de Barcelona (2017) menciona que, a menor nivel educativo, mayores diferencias de sexo en el consumo de sustancias psicoactivas, prevaleciendo más el consumo en hombres. Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2016), el consumo de alcohol, tabaco y marihuana es más frecuente en sexo masculino, mientras que las mujeres es menor. Sánchez (2012) refiere el consumo de drogas en población masculina es considerado como una conducta masculina "cosas de hombres". Asimismo,

señala que ambos sexos usualmente comparten prácticas de riesgo asociadas al consumo, en general, las mujeres presentan menor frecuencia y cantidad de consumo de sustancias. El consumo de drogas por parte de los universitarios se podría explicar por diversos factores, uno de ellos sería el factor sociocultural, grupo de pares, la familia, la aprobación de uso de drogas, compañeros consumidores, etc.

Respecto a la correlación del consumo de drogas y el estilo de afrontamiento evitativo, se encontró que existe relación directa entre ambas variables ($p < .05$; *rho* =.142). Es decir, a mayor consumo de drogas mayor uso del estilo evitativo. Este resultado coincide con el estudio realizado por Chau (2004), Hasking, Lyvers y Carlopio (2011), Becerra (2013), Moysén et al. (2014) y Águila (2016), quienes encontraron que existe correlación entre las mismas variables en población universitaria. Asimismo, el modelo afrontamiento al estrés de Wills y Hirky (1996) indican que el consumo de drogas se relaciona con el afrontamiento evitativo. Fraguela, Luengo, Romero, Villar y Sobral (2006) señalaron que el afrontamiento evitativo aumenta los factores de riesgo para el consumo de sustancias. Estos resultados pueden deberse ya que los estudiantes que consumen drogas afrontan el problema de forma evitativa, logrando negar la existencia del estresor mediante distractores placenteros para no pensar en el problema. Feil y Hasking (2008) refieren que este estilo lidiaría de manera inefectiva con el estresor, ya que no se afronta directamente el problema sino en si evade o se centra en el malestar emocional ocasionado por la situación. Por lo tanto, el uso del estilo evitativo hace que el estudiante no se involucre de forma directa con el problema, lo cual incrementaría el hábito de consumo sustancias, con la expectativa de que este afrontamiento logre a reducir la tensión o presión que provoca el estresor (McConnell, et al., 2014; Chau y Van den Broucke, 2007; Hasking, et al., 2011; Moysén, et al., 2014).

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, se encontró que existe relación estadísticamente significativa negativa y baja entre el consumo de drogas y la estrategia de reinterpretación positiva y crecimiento ($p < .05$; *rho* =-,132). Es decir, a menor tendencia a consumir estas drogas mayor uso de la estrategia de reinterpretación positiva y crecimiento. Asimismo, se halló una relación estadísticamente significativa negativa y baja entre el tabaco ($p < .05$;

*rho* =-,092), marihuana ($p < .05$; *rho* =-,151), cocaína ($p < .05$; *rho* =-,107) y sedantes ($p < .05$; *rho* =-,081) y la estrategia de Reinterpretación positiva y crecimiento. Estos resultados son similares a lo encontrado por Chau (1999), quien realizó un estudio en población universitaria encontrando que los universitarios que no consumen drogas utilizan las estrategias de reinterpretación positiva y crecimiento. Este resultado quiere decir que los estudiantes que utilizan la estrategia de reinterpretación positiva y crecimiento tienen mayor probabilidad a no consumir drogas ya que esta estrategia implica evaluar el problema de manera positiva otorgando connotaciones favorables al estresor. En otras palabras, el estudiante que hace uso de esta estrategia rescata la parte positiva del problema facilitando la reducción o el manejo del estresor, lo cual es un factor protector para no consumir de drogas. Esta estrategia pertenece al estilo centrado al problema, debido a que afronta directamente el estrés, lo cual se considera como saludable, ya que diversas investigaciones reportan una relación con el bienestar físico (Cassaretto, 2009). Por lo tanto, la ejecución de la estrategia de reinterpretación positiva y crecimiento permite afrontar el problema de forma eficiente, donde le otorga un significado positivo al problema (la experiencia).

Por otro lado, se halló que existe relación estadísticamente significativa positiva y baja entre el consumo de alcohol y la estrategia de desentendimiento mental ($p < .05$; *rho* =,097). Es decir, a mayor uso de la estrategia desentendimiento mental mayor consumo de alcohol. Estos resultados podrían explicarse por el estudio de Chau (1999), quien indica que los estudiantes que consumen bebidas alcohólicas en los últimos seis meses utilizan la estrategia de desentendimiento mental. Asimismo, señalo que los universitarios que se ubican en un consumo problemático utilizan esta estrategia. Estos resultados podrían indicar que los estudiantes que tratan de solucionar el problema con actividades de ocio o actividades físicas frente al estresor utilizan un afrontamiento no adaptativo ya que esta estrategia pertenece al estilo evitativo y coincide con el modelo de afrontamiento al estrés (Wills y Hirky,1996). Este modelo indica que la motivación al consumo drogas se debe a un afrontamiento evitativo, por ejemplo, cómo olvidarse temporalmente del problema. Rhodes et al. (1990) señalan que el consumir drogas es una forma de evadir el problema. En otras

palabras, a mayor uso de la estrategia desentendimiento mental mayor será el riesgo de consumir drogas. Por lo tanto, los universitarios que hacen uso de esta estrategia presentan un bajo bienestar psicológico y rasgo de personalidad de neuroticismo, cuyos aspectos serian ansiedad, depresión y vulnerabilidad (Chávez et al., 2016)

Asimismo, se encontró una relación estadísticamente significativa positiva y baja entre el consumo de drogas ($p < .05$; *rho* =,080), el alcohol ($p < .05$; *rho* =,131) y la cocaína ($p < .05$; *rho* =,082) y la estrategia desentendimiento conductual. Esto quiere decir, que a mayor consumo de drogas mayor uso desentendimiento conductual. Este hallazgo, coinciden con los estudios realizados por Águila (2016) quien hallo una correlación entre las mismas variables en población universitaria. El afrontamiento desentendimiento conductual es considerado como una estrategia evitativa, ya que consiste en la disminución del esfuerzo para resolver el problema, dándose por vencido por el estresor. Taylor (2007) indica que al usar esta estrategia no se realiza los suficientes esfuerzos cognitivos y emocionales para anticipar y manejar el problema. Boullosa (2013) señala que los estresores más frecuentes por los universitarios es la sobrecarga de trabajos y evaluaciones de los profesores. Los resultados de este estudio se podrían considerar que a mayor uso de drogas por los universitarios mayor uso de afrontamiento desentendimiento conductual ya que lograrían un alivio temporal de los malestares provocados por el estrés. Asimismo, se presentaría una reducción de la cantidad de esfuerzos para afrontar el problema.

Además, se encontró una relación estadísticamente significativa positiva y baja entre el consumo de drogas ($p < .05$; *rho* =,105), alcohol ($p < .05$; *rho* =,174), cocaína ($p < .05$; *rho* =,083) y sedantes ($p < .05$; *rho* =,121) y la estrategia de Negación. Esto quiere decir, a mayor uso de la estrategia de negación mayor consumo de drogas. Wagner, Myers y Ininch, (1999) señalaron que los jóvenes adolescentes que usan drogas utilizan el afrontamiento evitativo (negación). Finney y Moos (1995) indican que las estrategias de afrontamiento al estrés predicen consumo de drogas en los jóvenes. Estos resultados podrían explicar que los estudiantes que utilizan la estrategia de negación se rehúsan a creer que el problema existe mediante el uso de distractores, lo cual generaría un alivio

temporal de los malestares provocados del estrés (Carver, Scheier y Weintraub, 1989). El uso de esta estrategia se debería que los jóvenes adolescentes tienden a pensar como "a mí me va a ir bien", "eso no me va a pasar a mí' (Cassaretto et al., 2003). Cassaretto (2009) refiere que los jóvenes adolescentes que utilicen estrategias mal adaptativas (negación) tendrían mayores problemas de adaptación al llegar a la aduletes. Asimismo refiere que los jóvenes estudiantes que utilizan estrategias como la negación presentan bajo rendimiento académico.

Así también, existe relación estadísticamente significativa el consumo de drogas ($p < .05$; *rho* =,235), Tabaco ($p < .05$; *rho* =,116), Alcohol ($p < .05$; *rho* =,156), Marihuana ($p < .05$; *rho* =,233), Cocaína ($p < .05$; *rho* =,275) y Sedantes ($p < .05$; *rho* =,277) y la estrategia uso de sustancias. Esto quiere decir, que a mayor consumo de drogas mayor uso de la estrategia de sustancias. Este hallazgo, coinciden con los estudios realizados por Becerra (2013), Hasking et al. (2011), Moysén et al. (2014) y Águila (2016) quienes encontraron que existe correlación entre las mismas variables en población universitaria. Wills y Hirky (1996) señala que el consumo drogas es una forma de afrontar el estrés, es decir, el uso de drogas no solo se inicia debido a factores sociales, sino también a los factores estresante. Estos factores estresantes generan en el individuo malestares físicos y psicológicos, lo cual conlleva que el sujeto intente reducir estas molestias mediante el consumo de drogas (Khantzian, 2003; Suh, Ruffins, Robins, Albanese y Khantzian, 2008). Estos resultados podrían explicar cómo el uso de la estrategia uso de sustancias actuaría como factor de riesgo para el inicio o mantenimiento de uso de drogas, así como también, un incremento de hábitos de consumo (Becerra, 2013). Por lo tanto, los estudiantes universitarios que no logran afrontar el problema de forma eficiente utilizan como método de escape el uso de drogas con la expectativa de reducir el malestar provocado por el estresor (Chau y Van den Broucke, 2007; Becerra, 2013; Moysén et al., 2014).

Por otro lado, se halló una relación estadísticamente significativa positiva y baja entre el consumo de alcohol y la estrategia uso de humor ($p < .05$; *rho* =,107). Es decir, a mayor consumo de alcohol mayor uso de humor como afrontamiento. Estos resultados son similares a lo encontrado por Moysén et al. (2014), Robertson, Xu y Stripling (2010) y Águila (2016). McConnell et al. (2014),

refiere que el afrontamiento uso del humor provoca un despliegue del estresor en lugar de solucionar, asimismo, indica que se relaciona con el uso de drogas. El uso de esta estrategia actuaría como factor de riesgo para el consumo de drogas. Cox y Klinger (1988) refieren que el consumo de alcohol tiene efectos sobre el humor, es decir, el individuo cuando consume alcohol generalmente utiliza el humor con el fin de reducir la tensión y pasar momentos de diversión. Por otro lado, Chau (1999) señala que el consumen alcohol en el universitario se debe a las expectativas que tienen sobre los efectos en el organismo (distensión). Este resultado se podría explicar como el universitario que consume alcohol usa el humor como estrategia de afrontamiento, ya que esta estrategia le serviría como un método de escape a los malestares provocados por el estresor. Por tanto, la estrategia uso de drogas es considerado como una estrategia evitativa ya que se relaciona directamente con el consumo de drogas (Moysén et al., 2014; Robertson, Xu y Stripling).

## 5.2 Conclusiones

- Respecto al objetivo general, se encontró que existe relación estadísticamente significativa entre el consumo de drogas y las estrategias de afrontamiento de reinterpretación positiva y crecimiento, desentendimiento mental, desentendimiento conductual, negación, uso de sustancias y uso de humor en los estudiantes universitarios. Asimismo, existe una relación estadísticamente significativa entre el consumo de droga y el estilo de afrontamiento evitativo ($p$<.05; *rho* =.142).

- De acuerdo con el primer objetivo específico, se halló que el 64,4% de la muestra son de género masculino, el 58.9% se encuentran en las edades entre 16 a 19 años, el 90,4% nacieron en la región costa, el 93,8% se de estado civil soltero y el 60,8% pertenecen a una familia nuclear

- De acuerdo con el segundo objetivo específico, se encontró que el 46.2% de los estudiantes se encuentran en un nivel de riesgo moderado, mientras que el 20,2% presenta un consumo de riesgo alto. Asimismo,

se halló que la droga de mayor consumo fue el alcohol (M= 1.29; DE = 0.50), seguido del tabaco (M= 1.34; DE = 0.48) y la marihuana (M= 1.15; DE = 0.37).

- De acuerdo con el tercer objetivo específico, el estilo centrado en el problema (M= 53,20; DE = 11,70) fue utilizado con mayor frecuencia por los estudiantes universitarios, seguido del estilo centrado en la emoción (M= 50,70; DE = 10,54), mientras que el menos utilizado fue el estilo evitativo (M= 37,15; DE = 9,80). En cuanto a las estrategias de afrontamiento, el mayor utilizado por los estudiantes universitarios son la Reinterpretación positiva y crecimiento (M= 11,95; DE = 2,70), seguido de la Planificación (M= 11,38; DE = 3,00) y el Afrontamiento Activo (M= 10,85; DE = 2,83). Sin embargo, la menos usadas fue el Uso de sustancias (M= 5,07; DE = 2,32), Desentendimiento conductual (M= 6,73; DE = 2,62) y Negación (M= 7,30; DE = 2,84).
- De acuerdo con el cuarto objetivo específico, se encontró diferencias significativas en el consumo de drogas a nivel general y tipos de drogas (tabaco, alcohol, marihuana y cocaína) en estudiantes universitarios según sexo ($p < .05$). No obstante, no se encontró diferencias significativas en el consumo de drogas según edad ($p > .05$).

- De acuerdo con el quinto objetivo específico, se encontró diferencias significativas en el estilo de Afrontamiento centrado en la emoción en los estudiantes universitarios, según sexo ($p<.05$). Así mismo, se halló diferencias significativas en el uso de estrategias afrontamiento activo, Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales, Búsqueda de apoyo social por razones emocionales, afrontamiento religioso, uso de sustancias y uso de humor ($p<.05$). Asimismo, se halló diferencias significativas en el estilo centrado en el problema en estudiantes universitarios, según edad ($p<.05$). Además, se encontró diferencias significativas en las estrategias de planificación, supresión de actividades y contención de afrontamiento ($p<.05$).

## 5.3 Recomendaciones

- Desarrollar programas de prevención sobre el consumo de drogas en los estudiantes universitarios para contribuir la reducción del uso de drogas.

- Desarrollar investigaciones sobre el consumo de drogas y estrategias de afrontamiento en población adolescente dado que existe pocas evidencias al respecto.

- Fomentar y fortalecer las actividades deportivas, las recreaciones sanas y la dedicación a sus actividades académicas, con el fin de reducir los riesgos de consumo de drogas, e implementar talleres en donde se identifiquen sus habilidades, fomentado el autoconocimiento, la interacción, pensamiento creativo y el manejo del estrés con el objetivo de reducir los riesgos del consumo de drogas.

- Desarrollar programas con el objetivo de incentivar la práctica correcta del empleo de estrategias de afrontamiento ya que durante etapa universitaria se presente diversas situaciones como los trabajos académicos, exámenes y exposiciones entre otros.

- Realizar más investigación sobre el consumo de drogas en relación con otras variables como por ejemplo la percepción de riesgo, clima familiar y conducta antisocial en estudiantes universitarios.

- Se recomienda que la institución tome un rol activo sobre la prevención del uso de drogas mediante vallas publicitarias antidrogas y promoción de la buena salud.

- Continuar realizando estudios similares para reforzar los resultados obtenidos de la presente investigación a fin de elaborar programas basado en evidencia.

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adler, N. y Matthews, K. (1994). Heallth psychology: Why do some people get sick and some stay well? *Anual revieu of psychology*, *45*, 229-259.

Alcalde, M. (1998). *Nivel de Autoeficacia percibida y estilos de afrontamiento en estudiantes universitarios de Lima* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

Aldwin, C. M. y Revenson, T. A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 337-348.

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

Arellanez-Hernández, J. L., Díaz-Negrete, D. B., Wagner-Echegaray, F., y Pérez-Islas, V. (2004). Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: Análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental, 27*(3), 54-64.

Arévalo, S y Oliva, F. (2015). Consumo de Drogas y Percepción de Riesgo en Jóvenes del Centro Universitario de los Valles de la Universidad de Guadalajara. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo, 5*(10).

Arias, F., Castillo, C., Roncero, C., Rovira, M. y Secades, R. (2008). *Guías clínicas socidrogalcohol basadas en la evidencia científica opiáceos.* Valencia: Martín Impresores, S.L.

Arjona, J., y Guerrero, S. (2001). Un estudio sobre los estilos y las estrategias de afrontamiento y su relación con la variable adaptación. Psicología Científica, 1, 1-13. Recuperado de http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001/File/psicologiapdf-182-un-estudio-sobre-los-estilos-y-las-estrategias-de-afrontamiento-y-su-relacion-co.pdf

Armendáriz, N., Villar, M., Alonso, M., Alonso, B. y Oliva, N. (2012). Eventos estresantes y su relación con el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Investigación en Enfermería: *Imagen y Desarrollo, 14* (2), 97-112.

Arraras, J. I., Wright, S. J., Jusue, G., Tejedor, M. y Calvo, J. I. (2002). Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviours in cancer and other diseases. *Psychology, Health y Medicine, 7*, 181-187.

Asesoramiento Prevención y Tratamiento de las Adicciones [APTA] (2017). Clasificación de las Drogas. Argentina. Recuperado de: http://www.aptasalud.com.ar/index.phpoption=com_contentytask=viewyid=27yItemid=44.

Ávila, A., Jiménez, F. y González, M. (1996). *Cap 6 Aproximación psicométrica a los patrones de personalidad y estilos de afrontamiento del estrés en la adolescencia*. Perspectivas conceptuales y técnicas de evaluación. Evaluación psicológica en el campo de la salud. México: Paidós.

Baessler, J. y Schwarcer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés, 2*, 1-8.

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Bandura, A. (1982). Self- efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist 2*,122-147.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall (trad. cast.: Barcelona, Martinez Roca, 1987)

Bandura, A. (1995). Self- efficacy in Changing Societies. Cambridge. University Press (pp. 2-4).

Bandura, A. (1999). *Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades cambiantes*. En A. Bandura (Coord.). Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouver.

Barradas A., López G., Báez L., Gutiérrez V. (2016) Estrés en empleados de un ingenio azucarero veracruzano. *Revista Iberoamericana de Contaduría, Economía y Administración*. Recuperado de: www.ricea.org.mx

Barraza, A. (2007). Estrés académico: Un estado de la cuestión. Revista Psicología Científica, 9 (2). Recuperado de http://www.psicologiacientifica.com/ estres-academico-2

Barrios, N., Sánchez, L. y Salamanca, Y. (2013). Patrones de personalidad patológica y estrategias de afrontamiento en estudiantes de psicología. *Psychologia: avances de la disciplina, 7* (2), 45-53.

Barrón, R., Castilla, I., Casullo, M., y Verdú, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. Psicothema, 14(2), 363-368. Recuperado de http://www.uniovie-do.net/reunido/index.php/PST/article/download/8028/7892.

Becerra, S. (2013). *Rol de estrés percibido y su afrontamiento en las conductas de salud de estudiantes universitarios de Lima* (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Becoña, E., Cortés, M., Arias F., Barreiro, C., Iraurgui, J., Llorente, J. M., Villanueva, A. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.

Bhar, S. S., Brown, G. K. y Beck, A. T. (2008). Dys-functional beliefs and psychopathology in Bor-derline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders, 22(*2), 165-77.

Boullosa, G. (2013). *Estrés académico y afrontamiento en un grupo de estudiantes de una universidad privada de Lima* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

Brandon, T., Herzog, T., Irvin, J., y Gwaltney, C. (2004). Cognitive and social learning models of drug dependence: implications for the assessment of tobacco dependence in adolescents*. Addiction, 99* (1), 51-77,

Brechting, E. y Giancola, P. (2007). A longitudinal study of coping strategies and substance use in adolescent boys. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse, 16*(2), 51-67.

Brown, G.W. y Harris, T. (1978). *The social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. Nueva York: Macmillan.

Calafat, A., Fernández, C., Juan, M. y Becoña, E. (2005). Gestión de la vida recreativa: ¿Un factor de riesgo determinante en el uso reciente de drogas? *Adicciones, 17*(4), 337-347.

Canessa, B. (2000). *Adaptación de la Escala de afrontamiento para adolescentes en escolares entre 14 y 17 años de diferente sexo y nivel socioeconómico* (Tesis de pregrado). Universidad de Lima, Perú.

Cano, A. (2002). Normas Básicas para la Prevención de Problemas de Ansiedad y Estrés. Málaga: Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés, Recuperado de: http://www.ucm.es/info/seas/ta/preven/index.htm.

Caravaca, J., Noh, S., Hamilton, H., Brand, B., Gastaldo, D y Miotto, M. (2015). Factores Socioculturales y Consumo de Drogas entre Estudiantes Universitarios Costarricenses. Universidad Federal Santa Catarina. Brasil**,** 24, 145-153.

Carver, C, y Connor-Smith, J. (2010). Personalidad y afrontamiento. *Annual Review of Psychology*, *61*, 679-704.

Carver, C., Scheier, M. y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(2), 267-283.

Carver, C.H. y Scheier, M. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*(1), 184-195.

Casas, M. y Gossop, M. (1993). *Tratamientos Psicológicos en drogodependencias: Recaída y Prevención de Recaídas*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

Cassaretto, M. (2009). *Relación entre las cinco grandes dimensiones de la personalidad y el afrontamiento en estudiantes preuniversitarios de Lima Metropolitana*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Cassaretto, M. y Chau, C. (2016). Afrontamiento al estrés: adaptación del cuestionario COPE en universitarios de Lima. Manuscrito en preparación.

Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. y Valdéz, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, 21* (2), 363-392.

Castillo, I. (2015). *Estrés académico y consumo de alcohol en estudiantes de enfermería de Cartagena*. (Tesis de pregrado). Universidad de Cartagena, Colombia.

Castro Solano, A. (2000). *Estilos de personalidad, objetivos de vida y satisfacción vital. Un estudio comparativo con adolescentes argentinos* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid.

Casullo, M. M. y Fernández Liporace, M. (2001). Estrategias de afrontamiento en estudiantes adolescentes. *Revista del Instituto de Investigaciones 6*(1), 25-49.

Casuso, L. (1996). *Adaptación de la prueba COPE sobre estilos de Afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

Caudevilla, F. (2008). Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo. Grupo de intervención en Drogas semFYC. Recuperado de http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drogas,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf

Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas [CEDRO] (1997). *Epidemiología de drogas en población urbana del Perú*. *Monografía de Investigación,15*. Lima: CEDRO.

Chau, C y Vilela, V. (2017). Determinantes de la salud mental en estudiantes universitarios de Lima y Huánuco. *Revista de Psicología, 35* (2), 387-422.

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

Chau, C. (2004). *Determinants of alcohol use among university students. The role of stress, coping and expectances* (Tesis doctoral). Amsterdam: Katholieke UniversiteitLeuven, Amsterdam, Bélgica.

Chau, C. y Oblitas, H. (2007). Características del consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios. *Revista peruana de drogodependencias, 5*(1), 43-70.

Chau, C. y Van den Broucke, S. (2007). Consumo de alcohol y sus determinantes en estudiantes universitarios limeños: estudio de focus group. *Revista de Psicología, 23*(2), 267-291.

Chau, C., Morales, H., y Wetzell, M. (2002). Estilos de afrontamiento y estatus performance en un grupo de pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista de Psicología de la PUCP, 20*(1), 93-131.

Chávez Alania, M. I., Ortega Quinteros, E. G., y Palacios Corrales, M. V. (2016). Estrategias de afrontamiento frente al estrés académico que utilizan los estudiantes de una academia preuniversitaria de Lima Metropolitana, enero 2016. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Clayton, R.R. (1992). *Transitions in drug use: Risk and protective factors*. En M. Glantz y R. Pickens (eds.). Vulnerability to drug abuse (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association.

Cloninger, S. C. (2003). *Teorías de la personalidad* (Tercera ed.). CDMX: Pearson Education,

Cohen, S., Kamarck, T., y Mermelstein, R. (1983). Una medida global del estrés percibido. *Revista de Salud y Comportamiento Social, 24*, 385-396.

Colder, C., Campbell, R., Ruel, E., Richardson, J.L. y Fly, B. (2002). A finite mixture model of growth trajectoriesv of adolescent alcohol use: Predictors and consecuences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70* (4), 976-985.

Collins R., Parques G y Marlatt G (1985) Determinantes sociales del consumo de alcohol: los efectos de la interacción social y el estado del modelo en

la autoadministración del alcohol. *Revista de Consultoría y Psicología Clínica. 53*,189–200.

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD] (2015). *Informe del Uso de Drogas en las Américas.* Washington. D.C: Observatorio Interamericano de Drogas.

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas [DEVIDA] (2012). *Encuesta Nacional del consumo de drogas*. Población general Perú, 2010. Lima: DEVIDA.

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas [DEVIDA] (2012). *Manual para la prevención del consumo de Drogas*. Proyecto Descentralización de Políticas de Drogas en los Países Andinos PERÚ. Lima; AVANFIT.

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas [DEVIDA] (2015*). Agenda Nacional de investigación para la lucha contra las drogas 2016-2021*. Lima: DEVIDA.

Compas, B.; Connor-Smith, J.; Saltzman, H.; Harding, A. y Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress and potential in theory and research. *Psychological Bulletin, 127* (1), 87-127.

Comunidad Andina de Naciones [CAN] (2013). *II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria. Informe Regional, 2012*, Lima: OHQUIS DESIGN E.I.R.L.

Contreras F., Esguerra G., Espinosa J., y Gomez V. (2007) Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Acta colombiana de psicología* 10 (2), 169,179- 2007.

Contreras, F. y Esguerra, G. A. (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. Diversitas. *Perspectivas en Psicología, 2* (2), 311-319.

Cooper M., Robertson I y Duff A. (1992). An examination of participative and assigned goal-setting in relation to the improvement of safety on construction sites. British Psychological Societies, Annual Occupational Psychology Conference. Liverpool. Cómo se enseñan y adquieren las actitudes

Corbin, W. R., Farmer, N. M., y Nolen Hoekesma, S. (2013). Relations among stress, coping strategies, coping motives, alcohol consumption and related problems: A mediated.

Córdoba, E., Betancourth, S. y Tacán, L. (2016). Consumo de sustancias psicoactivas en una universidad privada de Pasto, Colombia. *Psicogente, 20*(38), 308-319.

Costa, P., Jr. y McCrae, R. (1992). The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO-Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Cox, M. y Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology, 97*, 168-180.

Craşovan, D. y Sava, F. (2013). Translation, adaptation and validation on Romanian population of COPE questionnaire for coping mechanisms analysis. Cognition, Brain, Behavior. *An Interdisciplinary Journal, 17*(1), 61-76.

Crespo, M. y Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta, 23*, 797-830.

Cronqvist, A., Klang, B. y Bjorvell, H. (1997). The use and efficacy of coping strategies and coping styles in a Swedish sample. *Quality of Life Research, 6*, 87-96.

D´Zurilla, T.S. y Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology, 73*, 117-126.

Davis, P. y Brantley, P. (2004). Stress, coping and social support in health and behavior. En: T. Boll (Ed). *Handbook of clinical health psychology, 2*, 233-267.

Day, A.L. y Livingstone, H.A. (2001). Chronic and acute stressors among military personnel: Do coping styles buffer their negative impact on health? *Journal of Occupational Health Psychology, 6*(4), 348-360.

Del Águila, D. (2016). *Afrontamiento y satisfacción con la vida en relación con el consumo de sustancias en jóvenes universitarios* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú

Derogatis, L, y Melisaratos, N. (1983). El breve inventario de síntomas: un informe introductorio. *Medicina psicológica, 13*, 595-605.

Eissenberg, T. (2004) Measuring the emergence of tobacco dependence: the contribution of negative reinforcement models. *Addiction, 99*(1), 5-29. emociones. Barcelona: Paidós.

Endler, N.S. y Parker, J.D. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 844-854.

Endler, N.S. y Parker, J.D. (1990). Stress and anxiety: Conceptual and assessment issues: Special issues II-1. *Stress Medicine, 3*, 243-248.

Endler, N.S. y Parker, J.D. (1994). Assesment of Multidimensional Coping: Task, Emotion, and Avoidance Strategies. *Psychological Assessment. 6* (1), 50 -60.

Escurra, L. (2017). *Sentido de vida y Consumo problemático de Alcohol en alumnos de universidades privadas de Lima Metropolitana.* (Tesis de pregrado). Universidad de Lima, Perú.

Espada, J.P., Hernández, O., Orgilés, M. y Méndez, X. (2010). Comparación de distintas estrategias para la modificación de la actitud hacia el consumo de drogas en escolares. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 8* (3), 1033-1050.

Espinoza, L. (2011). Opiniones, Percepciones, Actitudes y Comportamientos Asociados al Consumo de Drogas en Estudiantes Universitarios de Psicología en Lima Metropolitana: un Enfoque Cuantitativo y Cualitativo. *Revista Peruana de Drogodependencias, 2(*1), 7-41.

Everly, G.S. (1989): *A clinical guide to the treatment of the humanstress response*. Nueva York, Plenum Press.

Fantin, M.B., Florentino, M.T. y Correché, M.S. (2005). Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes de una escuela privada de la ciudad de San Luis. *Fundamentos en Humanidades, 6*(11), 156-179.

Fariña, F., Arce, R. y Novo, M. (2008). Neighbourhood and community factors. Effects on desviant behavior and social competece. *The Spanish Journal of Psychology 11*, 78-84.

Feil, J. y Hasking, P. (2008). The relationship between personality, coping strategies and alcohol use. *Addiction Research and Theory,16*(5), 526-537.

Fernández Liporace, M., Contini de González, N., Ongarato, P., Saavedra, E. y Iglesia, G. D. L. (2009). Estrategias de afrontamiento frente a problemas académicos en estudiantes medios y universitarios. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica,* 27 (1), 63-84.

Fernández, E. (2002). Bases neurobiológicas de la drogadicción. *Revista de Neurología. España, 34* (7), 659-664.

Fernández, R., Linares, F., López, C., Olivera, R y Valladares, A. (2016). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de la provincia Cienfuegos. Universidad Metropolitana del Ecuador, 6 (4), 290-298.

Fernández-Abascal, G., Palmero, F., Chóliz, M. y Martínez, F. (1997). *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción*. Madrid: Pirámide.

Field, M., y Powell, H. (2007). Stress increases attentional bias for alcohol cues in social drinkers who drink to cope. *Alcohol y Alcoholism 42*(6), 560-566.

Figueroa, M., Contini, N., Lacunza, A., Levín, M., Estévez Suedan, A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología, 21*(1): 66-72.

Finney, J.W. y Moos, R.H. (1995). Entering treatment for alcohol abuse: A stress and coping model. *Addiction, 90*, 1223–1240.

Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison Wesley.

Fleming, R., Glynn, K. y Leventhal, H. (1985). *Predictors of cigarette smoking in adolescents*. Presentation at the Mid-Western Psychological Association, Chicago.

Fleming, R., Leventhal, H., Glynn, K. y Ershler, J. (1989). The role of cigarrettes in the initiation and progression of early substance use. *Addictive Behaviors, 14*, 261-272.

Folkman, S., Chesney, M., McKusick, L., Ironson, G., Johnson, D., y Coates, T. (1991). *Translating coping theory into intervention*. New York: Plenum.

Fraguela, J., 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* (3), 581-597.

Frydenberg, E. y Lewis, R. (1999). Things don't get better just because you're older: A case for facilitating reflection. *British Journal of Educational Psychology, 69*, 81-94.

Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping: Theoretical and research perspective*. Londres: Routledge.

Gantiva, C., Trujillo, A., Gómez, W y Martínez, A. (2007). Actitudes hacia el consumo de cocaína y marihuana en estudiantes universitarios. Psychologia: *Avances en la disciplina,1*(2), 61-84.

García Pérez, E. (2008). Autonomía e iniciativa personal en educación primaria. Recuperado de: https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=2407781

García, A. (2011). *Efectos del estrés percibido y las estrategias de aprendizaje cognitivas en el rendimiento académico de estudiantes universitarios noveles de ciencias de la salud* (Tesis doctoral). Universidad de Málaga. Recuperado de: https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4905/TDR%20GARCIA%20GUERRERO.pdf?sequence

García, C. Parra, A y Sánchez, I. (2017). Implicación en los estudios y consumo de drogas de adultos emergentes universitarios. Universidad de Sevilla. España. *Revista Apuntes de Psicología, 35* (1), 45-54.

García, J. (1999). *Drogodependencia y Justicia Penal*. Madrid; Din impresores.

García, R.C., López, J.J. y Moreno, M.J. (2008). Estrategias de afrontamiento al estrés según sexo y edad en una muestra de adolescentes uruguayos. *Ciencias Psicológicas,2 (1), 7-25.*

Garnefski, N., Kraaij, V., y Spinhoven, Ph. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences, 30*, 1311–1327.

George, M. S., Ketter, T. A., Parekh, P. I., Horwitz, B., Herscovitch, P., y Post, R. M. (1995). Brain activity during transient sadness and happiness in healthy women. *American Journal of Psychiatry, 152*, 341-351.

Girdano, D. y Everly, G.S. (1986). *Controlling Stress and Tension*. 2ª Edición. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Gómez, A., Herde, J., Laffee, A., Lobo, S. y Martín, E. (2007). Consumo de drogas lícitas e ilícitas por estudiantes universitarios. Facultad de Ingeniería. Universidad de Carabobo, 2006. *Salus, 11*, 41-45.

Gómez, J.A., Luengo, A., Romero, E., Villar, P., y Sobral, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación son el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 6*(3), 581-597.

Gómez. A., Novalbos. J y O'Farrall. C. (2011). Consumo de alcohol y drogas en estudiantes universitarios. Universidad Cádiz. España. Publigades.

González Barrón, R., Montoya Castilla, I., Casullo, M., Benabéu Verdú, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema, 14* (2), 363-368.

Grant, V. V., Stewart, S. H., O'Connor, R. M., Blackwell, E. y Conrod, P. J. (2007). Psychometric evaluation of the fi ve-factor Modifi ed Drinking Motives Questionnaire – Revised in undergraduates. *Addictive Behaviors, 32*(11), 2611-2632.

Guardia, J., Segura, L., Gonzalvo, B., Trujols, J., Tejero, A., Suárez, A. y Martí, A. (2004). Validation study of the Multidimensional Alcohol Craving scale (MACS). *Medicina clínica, 123*(6), 211–216.

Guerra, A., do Carmo Arruda, P., Pereira, L., Nishimura, R., Alberghini, D., Garcia, L. (2012). Use of alcohol and other drugs among Brazilian college students: effects of gender and age. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 34*, 294-305.

Guerrero, E. (1997). Salud, estrés y factores psicológicos. Recuperado de: http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/5534/0213-9529_13_51.pdf?sequence=4yisAllowed=y

Guerrero, E. (2016) *Prevalencia y Nivel de Riesgo del Consumo de Sustancias Psicoactivas, en adultos urbanos de Boaco* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua, Nicaragua.

Halstead, M., Bennett Johnson, S. y Cunningham, W. (1993). Measuring coping in adolescents: An application of the ways of coping checklist. *Journal of Clinical Child Psychology, 22* (3), 337-344.

Hasking, P., Lyvers, M. y Carlopio, C. (2011). The relationship between coping strategies, alcohol expectancies, drinking motives and drinking behaviour. *Addictive Behaviors, 36*, 479-487.

Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. y Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for nicotine dependence: a revision of the fagerström tolerance questionnaire. *British journal of Addiction, 86* (9), 1119–1127.

Heredia, D., Piemontesi, S., Furlán, L. y Pérez, E. (2008) Adaptación de una escala de afrontamiento ante la ansiedad e incertidumbre preexamen (COPEAU). *Avaliação Psicológica 7*(1), 1–9.

Hernández, J.M., Pozo, C. y Polo, A. (1994). La ansiedad ante los exámenes. Un programa para su tratamiento de forma eficaz. Valencia: Promolibro.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ta ed. México DF: McGraw Hill.

Herrera, A., Simich, L., Strike, C., Brands, B., Giesbrecht, N. y Khenti, A. (2012). Policonsumo simultáneo de drogas en estudiantes de pregrado del área de la salud en una universidad, León-Nicaragua. *Texto y Contexto Enfermagem, 21*, 79-86.

Hodge, D., Marsiglia, F., y Nieri, T. (2011). Religion and substance abuse among youth of Mexican heritage: A social capital perspective. *Social Work Research, 35*(3), 137–146.

Holmes, T. H. y Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11,* 213-218.

Huaquín, M. V y Loaíza, H. R. (2004). Exigencias académicas y estrés en las carreras de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile. En: *Revista Estudios Pedagógicos, 30*, 39-59.

Humeniuk, R., Ali R., Babor, T.F., Farrell, M., Formigon, M.L., Jittiwutikarn, J. et al. (2008). Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Addiction, 103*, 1039-1047.

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [NIDA] (2004) Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes (segunda edición)**.** Recuperado de https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-uso-de-drogas/capitulo-1-los-factores-de-riesgo-y-los-factores-de-proteccion/cuales-son-los-fa

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [NIDA] (2006). Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud. Estados Unidos, Agosto; 1-3.

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [NIDA] (2011) Información sobre las drogas de abuso**.** Estados Unidos, Febrero; 1-2.

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [NIDA] (2014). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. Estados Unidos. Noviembre. Recuperado de: https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/las-drogas-y-el-cerebro.

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [NIDA] (2017) Los medicamentos de prescripción y venta libre. Estados Unidos. Abril. Recuperado de: https://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/los-medicamentos-de-prescripcion-y-venta-libre.

Jackson, J. (2011). *Gender differences in seeking help* (Tesis de maestría). Eastern Kentucky University, Kentucky, Estados Unidos.

Johnsen, B. H., Laberg, J. C., y Eid, J. (1998). Coping strategies and mental health problems in a military unit. *Military medicine, 163*(9), 599-602.

Jorge, X., Montes, M., Beverido, P y Salas, B. (2015). Percepción de Riesgo y Consumo de Drogas Legales en Estudiantes de Psicología de una Universidad Mexicana. Revista de Investigación en Salud. Universidad de Boyacá, 3,16-33.

Kallasmaa, T. y Pulver, A. (2000). The structure and properties of the Estonian COPE inventory. *Personality and Individual Differences, 29*, 881-894.

Kandel, D. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science, 190*, 912-914.

Kandel, D. B. (1978). *Convergences in prospective longitudinal surveys of drug use in normal populations*. En O.B. Kandel (Ed.). Longitudinal research on drug use: Empirical findings and methodological issues. Washington, O.C.: Hemisphere-Wiley.

Kandel, D.B. y Jessor, R. (2002). Etapas y vías de la participación de las drogas. Examen de la hipótesis de pasarela. Universidad de Cambridge. Cambridge: 365-373.

Kandel, D.B. y Logan, J. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: 1. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. *American Journal of Public Health, 74*, 660-666.

Kardum, I., y Krapic, N. (2001). Personality traits, stressful life events, and coping styles in early adolescence. *Personality and Individual Differences, 30*, 503-515.

Karriker-Jaffe K., Roberts, S y Enlace, J. (2013) Desigualdad de ingresos, consumo de alcohol y problemas relacionados con el alcohol. *Revista Americana de Salud Pública, 103*, 649-656.

Khantzian, E. J. (2003). Understanding addictive vulnerability. *Neuro-Psychoanalysis, 5*, 5–21.

Khechane, N. y Mwaba, K. (2004). Treatment adherence and coping with stress among black South African haemodialysis patients. *Social Behavior and Personality, 32*, 777-782.

Kilpatrick, D., Ancierno, R., Saunders, B., Resnick, H., Best, C., y Schnurr, P. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: Data from national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68* (1), 19-30.

Kleinke, C. (2007). Ch. 16: What does it mean to cope. En A. Monat, R. Lazarus y G. Reeve (ed). The Praeger handbook on stress and coping. Westpor: Praeger.

Kramer, J. y Cameron, D. (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra; 13-14.

Labrador. F. J. (1993). *Estrés*. Eudema. Madrid.

Lazarus R. y Folkman S. (1986). *Estrés y procesos cognitivo*s. Barcelona: Martínez Roca S.A.

Lazarus, R. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist, 46* (8), 819-834.

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

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984): *Stress, Appprаisal and coping*, Nueva York, Springer Publishing company.

Lazarus, R. y Lazarus B. (2000). Pasión y Razón: La comprensión de nuestras

Lee, N. K., Oei, T. P. S., Greeley, J. D., y Baglioni, A. J. (2003). Psychometric properties of the Drinking Expectancy Questionnaire: A review of the factor structure and a proposed new scoring method. *Journal of Studies in Alcohol, 64*, 432-436.

Limbert, C. (2004). Psychological well-being and job satisfaction amongst military personnel on unaccompanied tours: The impact of perceived social support and coping strategies. *Military Psychology, 16*(1), 37-51.

Linage, M y Gómez, M (2012). Asociación entre Consumo de Sustancias y Estrategias de Afrontamiento en Jóvenes. *Asociación Mexicana de Comportamiento y Salud, 4* (1), 55-66.

Llerena, E. (2015). *Consumo de drogas, percepción de riesgo y afrontamiento en soldados del Ejército.* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

Llorens, N., Perelló, M y Palmer, A. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Revista Adicciones, 16* (7), 1-6.

López, P (2012). Influencia del consumo de drogas en los estudiantes universitarios. *Revista Estomatología Herediana,22*(4), 247- 256.

López-Caneda, E., Mota, N., Crego, A., Velásquez, T., Corral, M., Rodríguez, S., Cadaveira, F. (2014). Anomalías neurocognitivas asociadas al consumo intensivo de alcohol (binge drinking) en jóvenes y adolescentes: Una revisión. Adicciones 26(4), 334-359. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289132934002

Lorenzo, P; Ladero, J; Leza, J y Lizasoain, I (2009). *Drogodependencias*. Farmacología, Patología, Psicología y Legislación (3ª Ed.). Madrid: Médica Panamericana.

Marlatt, G. y Gordon, J. (1985). *Relapse prevention*. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guildford Press.

Marsiglia, F., Kulis, S., Nieri, T., y Parsai, M. (2005). God forbids! Substance use among religious and nonreligious youth. *American Journal of Orthopsychiatry, 75*(4), 585– 598.

Martín, E., Barón, F., Rubio, L., Pavía, J., Miranda, J y Santos, I. (2011). Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras sustancias psicoactivas en estudiantes de la Universidad de Málaga. *Trastornos Adictivos, 13*,160-166.

Martínez, P. y Morote, R. (2001). Preocupaciones de adolescentes de Lima y sus estilos de afrontamiento. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, 19* (2), 211-236.

Martínez-González, J. M., Trujillo-Mendoza, H. M., y Robles-Lozano, L. (2006). Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención. Sevilla: Junta de Andalucía.

Matalinares. M., Díaz. G., Arenas. C., Raymundo. O., Baca. D., Uceda, y Yaringaño, J. (2016). Afrontamiento al estrés y bienestar psicológico en estudiantes universitarios de Lima y Huancayo. *Revista IIPSI, 19* (2) 123-143. Recuperado de: http://revistas.ulima.edu.pe/index.php/Persona/article/viewFile/975/936

Matheny, K.B., Aycock, D.W., Pugh, J.L., Curlet-te, W.L. y Silva-Cannella, K.A. (1986). Stress Coping: a Qualitive and Quantitive Synthesis with Implications for Treatment. *Counselling Psychologist, 14*, 499-549.

Maturana-Hurtado, A. (2010). Drogas: Tratamiento y Rehabilitación de Niños, Niñas y Adolescentes: Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de sustancias en población de niños, niñas y adolescentes, desde una mirada comprensiva evolutiva. Consejo Nacional Para el Control de Estupefacientes CONACE, Gobierno de Chile.

McConnell, M., Memetovic, J. y Richardson, C. (2014). Coping style and substance use intention and behavior patterns in a cohort of BC adolescents. *Addictive Behaviors, 39*, 1394-1397.

McQueeny, T. Schweinsburg, B., Schweinsburg, A., Jacobus, J., Bava, S., Frank, L., y Tapert, S. (2009). Altered white matter integrity in adolescent binge drinkers. Alcoholism: *Clinical and Experimental Research, 33*(7), 1278-1285.

Merchán, A. (2014). *Efectos neuropsicológicos del consumo de drogas legales en jóvenes universitarias*. (Tesis doctoral). Universidad de Huelva, España.

Millon, T. (1994). Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI). Minneapolis: National Computer Systems.

Millon, T. (1998). *Los trastornos de la personalidad más allá del DSM IV*. Barcelona: Masson.

Ministerio de Educación [MINEDU] (2015). Orientaciones pedagógicas para la prevención del consumo de drogas en población escolar del nivel de educación secundaria. Febrero. Recuperado de: http://tutoria.minedu.gob.pe/assets/modulo-i.pdf

Minugh, A. y Harlow, L. (1994). Substance use clusters in a college sample: A multitheoretical approach. *Journal of Substance Abuse, 6*, 45-66.

Morales, M., y Trianes, M. (2010). Estrategias de Afrontamiento e Inadaptación en niños y adolescentes. *European journal of education and psychology, 3(*2), 275-286. Recuperado de http://www.ejep.es/index. php/journal/article/viewArticle/65

Moreano, L. (2006): *Estilos de Personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes universitarios* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

Moure, L, Doallob, S. Salvadoresc, P. Corralb, M. Cadaveirab, F y Caamaño, F. (2014). Consumo intensivo de alcohol y cannabis, y prácticas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios. Universidad de Santiago de Compostela. España. *CIBER de Epidemiología y Salud Pública, 28*(5).

Moysén, A., Villaveces, M., Balcázar, P., Gurrola, G., Garay, J., De la Luz, J., Valdés, E y Estrada, E. (2014). Consumo de alcohol y Estrategias de Afrontamiento en alumnos universitarios Estudio Empírico. México, 22 (2), 215-220.

Muñoz. A y Arellanez. J. (2015). *Estrés Psicosocial, Estrategias de Afrontamiento y Consumo de Drogas en adolescentes. Revista de Psicología y del Comportamiento de la U.A.C.J.S, 6* (2), 1-20.

Novak, S. P., Reardon, S. F. y Buka, S. L. (2002). How beliefs about substance use differ by sociodemographic characteristics, individual experiences, and neighborhood environments among urban adolescents. *Journal of Drug Education, 32*, 319-341.

O' Conell, D. y Patterson, H. (1989). A survey of current college alcohol abuse programs, attitudes and training needs. *Journal of Alcohol and Drug Education, 43*, 2, 61-69.

Obasi, E., Brooks, J., y Cavanagh, L. (2016). The relationship between psychological distress, negative cognitions, and expectancies on problem drinking: Exploring a growing problem among university students. Behavioral Modification. Estados Unidos, 1(2), 51-69.

Obiols, G. A. y Di Segni de Obiols, S. (2000). Adolescencia, posmodernidad y escuela secundaria. Buenos Aires. Kapelusz.

Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías [OEDT] (2016). *Informe Alcohol, tabaco y drogas Ilegales en España, 2015*, Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Oetting, E y Donnermeyer, J. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. *Substance Use y Misuse, 33* (4).

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] (2003). *Por qué Intervenir en el Tratamiento del Abuso de Drogas*: Documento de Debate para la Formulación de Políticas. Viena.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] (2009). *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2008*. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Naciones Unidas. Nueva York.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] (2013). *Pasta Básica de Cocaína*. Cuatro décadas de historia, actualidad y desafíos. Lima: UNODC.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] (2015). *Informe Mundial sobre las Drogas 2015*. Resumen Ejecutivo. Autor. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] (2016). *Informe Mundial sobre las Drogas 2016*. Resumen Ejecutivo. Autor. Recuperado de https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf

Oliva, A., Parra, A., Sánchez-Queija, I. y López, F. (2007). *Estilos educativos materno y paterno: evaluación y relación con el ajuste adolescente*. *Anales de Psicología, 23*, 1-10.

Organización de Estados Americanos y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2005). *Lineamientos Hemisféricos de la CICAD en Prevención Escolar*. Washington, D.C.

Organización de los Estados Americanos [OEA] (2013). *El problema de las drogas en las Américas: estudios*. Drogas y salud Publica. Washington, D.C.

Organización de los Estados Americanos [OEA] (2014). *Consumo de pasta base de cocaína en América del Sur*: Revisión de los aspectos Epidemiológicos y Médico-Toxicológicos. Uruguay; 11-12.

Organización de los Estados Americanos [OEA] (2015). *El problema de las drogas en las Américas. Drogas y Salud Pública*. Autor. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS] (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. España; Solana e Hijos, A.G., S.A.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2005). *Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas*. Washington D.C

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)*. Manual para uso en la atención primaria. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012). *Evaluación de los Recursos de Tratamiento y prevención en 147 países.*

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014). *Informe Mundial sobre las Drogas*. Resumen Ejecutivo. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015). *Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud*. Washington.

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2005). *Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas*. Washington; 72-79.

Parada, M. (2009). Consecuencias neuropsicológicas del consumo intensivo de alcohol (binge drinking) en jóvenes universitarios (Tesis doctoral). Recuperada de https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/2607/9788498873061_content.pdf;jsessionid=56263A0D2BAA7843099976B42EDA81DF?sequence=1

Parrott A., Morinan A., Moss, M y Scholey, A. (2004) Understanding Drugs and Behaviour. Wiley, Chichester.

Patiño, G. (2014). *Percepción de Riesgo y Consumo de Sustancias Psicoactivas en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

Patterson, J. y McCubbin, H. (1987). Adolescent coping style and behaviors: Conceptualization and measure. Journal of Adolescence, JO, 163-186.

Pedrero, E., Rojo, G. y Puerta, C. (2008). Estilos de afrontamiento del estrés y adicción. *Revista Española de Drogodependencias, 33*(4), 256-270.

Pennebaker, J. y Susman, J.R. (1988). Disclosure of traumas and psychosomatic processes. *Social Science and Medicine, 26*, 327-332.

Perea- Baena, J y Sanchez -Gil, L.M (2008). Estrategias de afrontamiento en enfermeras de salud mental satisfacción laboral. *Índex de Enfermería, 17* (3),164-168.

Pérez, F. (2011). Perfiles de Drogodependientes y Eficacia del Tratamiento en Proyecto Hombre Burgos. *Estudios sobre Adicciones*, 44-51.

Pérez, P., Calzada, N., Rovira, J. y Torrico, E. (2012). Estructura factorial del ASSIST: aplicación del análisis factorial exploratorio y confirmatorio. *Trastornos adictivos, 14*(2), 44-49.

Petraitis, J., Flay, B. R., y Miller, T. Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin, 117*(1), 67-86.

Phelps, S. y Jarvis, P. (1994). Copíng in adolescence: Empirical evídence for a theoretically based approach to assessíng copíng. *Journal of Youth and Adolescence, 23* (3), 359 - 371.

Polo, A., Hernández López, J. M. y Pozo Muñoz, C. (1996). Evaluación del Estrés Académico en Estudiantes Universitarios. *Ansiedad y Estrés, 2* (2/3), 159-172.

Pons Diez, J. y Berjano Peirats, E. (1999). El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia. Un modelo explicativo desde la psicología social. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Prochaska, O. J. y DiClemente C. C. (1983). Stages and Processes of SelfChange of Smoking: Toward an Integrative Model of Change. *Journal Consulting and Clinical Psychology, 51,* 390-395.

Ragúz, M. (1995). *Construcciones sociales y psicológicas de mujer, hombre, feminidad, masculinidad y género en diversos grupos poblacionales*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Rhodes, J.E. y Jason, L.A. (1990). A Social Stress Model of Substance Abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58* (4), 395-401.

Riquelme, A., Buendía, J. y Rodríguez, M. C. (1993). Estrategias de afrontamiento y apoyo social en personas con estrés económico. *Psicothema 5* (1), 83-89.

Robertson, A., Xu, X. y Stripling, A. (2010). Adverse events and substance use among female adolescent offenders: effects of coping and family support. *Substance Use y Misuse, 45*(3), 451-472.

Rodríguez, J. (1995). *Psicología de la salud*. Madrid: Síntesis.

Rodríguez, J., Fernández, A .M y Hernández, E. y Ramirez, S. (2006). Conductas Agresivas, Consumo de Drogas e Intentos de Suicidio en jóvenes universitarios. *Terapia Psicológica, 24* (1), 63-69.

Rodríguez, P. Y (2004). El estrés en estudiantes de medicina de la facultad de ciencias médicas No.2, Santiago de Cuba. Ponencia presentada en el XVII Forum Nacional de Ciencias Médicas.

Rothwell, A., Jewell, S. y Hardie, M. (2009). Self-perceived employability: Investigating the responses of post-graduate students. *Journal of Vocational Behavior, 75*, 152-161.

Rourke, B.P., Bakker, D.J., Fisk, J.L., Strang, J.D. (1983). Child neuropsychology: An introduction to theory research, and clinical practice. New York: The Guilford Press.

Roviera, T., Fernandez -Castro, J., y Edo , S. (2005) Antecedents and consequences of coping in tha anticipatory stage of an examn: a longitudinal study emphasizing tha role of affect. Anxiety, *Strees and Coping, 18* (3), 209-225.

Rubio, G. y López-Ruiz, M. (1999). Validación del cuestionario sobre los componentes obsesivocompulsivo de bebida en alcohólicos españoles. Adicciones: *Revista de Socidrogalcohol, 11*(1), 7–15.

Rueda, L., Malbergier, A., de Andrade, V. y Guerra, A. (2006). Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. R*evista de Saúde Pública, 40*, 280- 288.

Russell, D., Booth, B., Reed, D. y Laughlin, P. (1997) Personality, social networks and perceived social support among alcoholics: A structural equation analysis. *Journal of Personality, 65* (3), 649-692.

Ryff, C. y Keyes, C. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(4), 719-727.

Salas-Wright, C., Olate, R. y Vaughn, M. (2013). Religious coping, spirituality, and substance use and abuse among youth in high-risk communities in San Salvador, El Salvador. *Substance Use y Misuse, 48*, 791-805.

Salazar, I. C. y Arrivillaga, M. (2004). El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas como parte del estilo de vida de los jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psicología, 13*, 74-89.

Sánchez, A., Andueza, M., Santana, A., Hoil, J y Cufarfán, J. (2016). Características sociodemográficas y perfil de consumo de tabaco y drogas en estudiantes de dos universidades de México. *Revista Biomédica, 28* (1), 11-27.

Sánchez, L. (2012). *Género y drogas*. Guía informativa. Alicante: Diputación de Alicante

Sánchez, Z. y Nappo, S. (2007). A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Revista de Psiquiatría Clínica, 34*, 73-81.

Sandín, B. (2009). El Estrés. En Belloch, A.; Sandín, B. y Ramos, F. (Eds.), *Manual de Psicopatología,2*, 3 - 42.

Sandín, B., Y Chorot, P. (1986): *Relaciones entre formas de adquisición, patrón de respuesta y tratamiento de la ansiedad*. En B. Sandín, Aportaciones recientes en psicopatología. Madrid. Novamedic.

Sandin, B. y Chorot, P. (2003) Cuestionario de aprontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 2003, 8*(1), 39-54.

Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., Fuente, J. R. y Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction, 88*(6), 791–804.

Scafarelli, L y García, R. (2010). Estrategias de afrontamiento al estrés en una muestra de jóvenes universitarios uruguayos. *Revista Ciencias Psicológicas, 4* (2),165-175.

Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 201-228.

Schultz, D. y Schultz, S. (2000). *Teoría de la Personalidad*. México D.F.: Manual Moderno.

Segura, C. (2001). *Estrategias de afrontamiento al estrés e inteligencia cognitiva y no cognitiva en estudiantes universitarios* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.

Seiffge-Krenke, I. (1998). *Adolescents' health. A developmental perspective*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, copying style and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence, 23*, 575-691.

Selye, H. (1936). Thymus and adrenals in the response of the organism to injuries and intoxications. *British Journal of Experimental Psychology, 17*, 234-348.

Selye, H. (1960). La tensión en la vida. Buenos Aires: Compañía General Fabril Editora (Orig. 1956).

Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Londres: Hodder y Stoughton.

Sim, T., Jordan-Green, L., Lee, J., Wolfman, J. y Jahangiri, A. (2005). Psychosocial correlates of recreational ecstasy use among college students. *Journal of American College Health, 54*, 25-34.

Skinner, E. and Zimmer-Gembeck, M. (2007). The development of coping. *psychological magazine, 58*, 119-144.

Smith, M.J. y Scott, R.D. (1993). Reasons for drinking alcohol: Their relationship to psychological variables and alcohol consumption. *The International Journal of the Adicctions, 28* (9), 881-908.

Soto-Brandt, G., Portilla, R., Huepe, D., Rivera-Rei, A., Escobar, M. J., Salas, N., Castillo- Carniglia, A. (2014). Evidencia de validez en Chile del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Adicciones, 26* (4), 291-302.

Suh, JJ, Ruffins, S., Robins, CE, Albanese, MJ, y Khantzian, EJ (2008). Hipótesis de la automedicación: experiencia conectiva afectiva y elección de drogas. *Psicología Psicoanalítica, 25* (3), 518-32.

Tam, E y Dos Santos, C. (2010). El consumo de alcohol y el estrés entre estudiantes del segundo año de enfermería. *Revista Latino Americana de Enfermería, 18*, 496 – 503.

Taylor, S. (1990). *Health Psychology*. New York: McGraw Hill.

Taylor, S. (1991). *Seamos optimistas*. Ilusiones positivas. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. México D.F.: McGraw Hill.

Tejada, A. (2005). Agenciación humana en la teoría cognitivo social: definición y posibilidades de aplicación. *Pensamiento Psicológico, 1*(5), 117-123.

Tello, S. (2010). *Consumo de Alcohol en estudiantes universitarios, las expectativas respecto a su uso y la autoeficacia de resistencia*. (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

Thoits, P.A. (1983). Dimensions of life events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of the literature. Psychological stress: Trends in theory and research. Nueva York. Academic Press.

Thorne, C. y DeBlassie, R. (1985). Adolescent substance abuse. *Adolescence, 20*, 335-347.

Tiburcio, M., Rosete-Mohedano, M., Natera, G., Martínez, N., Carreño, S., Pérez, D. (2016) Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitarios. *Adicciones, 28* (1), 19-27.

Vargas, C. y Trujillo, H. M. (2012). Cannabis consumption by female Psychology students: The influence of perceived stress, coping and consumption of drugs in their social environment. *Universitos Psychologica, 11*(1),119-130.

Vera, J (2011). Factores sociales y Psicosociales Asociados al Consumo de Drogas entre Escolares de Colegios Rurales de la RM de Chile. Escuela de Sociología. Santiago de chile. ARCIS.

Verdejo, A., Aguilar de Arcos, 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*(7), 601–606.

Verdejo-García, A., López-Torresilla, F., Orozco, C. y Pérez-García, M. (2002). Impacto de los deterioros neuropsicológicos asociados al consumo de sustancias sobre la práctica clínica con drogodependientes [Revisión]. Adicciones: *Revista de Socidrogalcohol, 14*(3), 345–370.

Verdugo, J., Ponce de León, B., Guardado, R., Meda, R., Uribe, J y Guzmán, J. (2013). *Estilos de afrontamiento al estrés y bienestar subjetivo en adolescentes y jóvenes. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales. Niñez y Juventud, 11* (1), 79- 91.

Villarreal. E. (2009). *Un Modelo Estructural del Consumo de Drogas y Conducta Violenta en Adolescentes Escolarizados* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Nuevo León. México.

Viñas, F. y Caparrós, B. (2000). Afrontamiento del periodo de exámenes y sintomatología somática auto informada en un grupo de estudiantes universitarios. Recuperado de https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/afrontamiento-del-periodo-de-examenes-y-sintomatologia-somatica-autoinformada-en-un-grupo-de-estudiantes-universitarios/

Wagner, E.F., Myers, M.G. y Ininch, J.L. (1999). Stress-coping and temptation-coping as predictors of adolescent substance use. *Addictive Behaviors, 24*(6), 769-779.

Weisman, A. y Worden, J. (1977): *Coping and vulnerability in cancer patients*: a research report. Cambridge: Shea Nros.

Werch, C. E. (2001). Intervenciones preventivas de alcohol basadas en un modelo de etapas de adquisición. *Am Journal Health Behavior, 25*, 206-216.

Werch, E. C. y Di Clemente, C. C. (1994). Modelos de etapas con componentes múltiples para relacionar las estrategias y mensajes de prevención de drogas con (a etapa de uso de los jóvenes. *Health Education Reserch Theory and Practice, 9* (1) 39-46.

WHO ASSIST Working Group (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction, 97*, 1183-1194.

Wills, T. y Hirky, A. (1996). Coping and substance abuse: A theoretical model and review of the evidence. In Zeichnec, M and Eudler, N. (Eds.) Handbook of coping: Theory Research and Applications (pp. 279–302) New York: Wiley.

Zanini, D., Forns, M., y Kirchner, T. (2003). Estrategias de afrontamiento: implicación en la salud mental de los adolescentes catalanes. *Psiquiatria.com, 7* (5). Recuperado de http://www.psiquiatria.com/imprimir.ats

Zeidner, M. y Hammer, A. (1992). Coping with missile attack: Resources, strategies, and outcomes. *Journal of Personality*, (60), 709-746. Recuperado de: http://people.psych.cornell.edu/~dunning/publications/pdf

Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S y Farley, G (1988). La Escala Multidimensional del Soporte Social Percibido. *Revista de evaluación de la personalidad, 52* (1), 30-41.

Zuckerman, M. (1974). *The sensation-seeking motive*. New York: Academic.

Zúniga (2003). *Etapas de adquisición y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato* (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León. México.

# ANEXOS

# Anexo 1

## Encuesta de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias y Afrontamiento al Estrés

Buenos días apreciados estudiantes, mi nombre es Luliana, en esta oportunidad me encuentro realizando una investigación con el objetivo de analizar la relación entre **"Consumo de drogas y Estrategias de Afrontamiento al Estrés".**

La encuesta es anónima y confidencial, por tanto, le pedimos que responda con la mayor veracidad. Agradezco su gentil participación.

**I. DATOS GENERALES**

**Instrucciones.** Rellenar los cuadros vacíos según corresponda y/o marcar con un aspa (X).

1.1 Edad: _____ 1.2 Sexo: F ( ) M ( ) 1.3 Carrera: _____ 1.4 Ciclo: _____
1.5 Turno: Mañana ( ) Tarde ( ) Noche ( ) 1.6 Lugar de Nacimiento: Costa ( ) Sierra ( ) Selva ( )
1.7 Estado Civil: Soltero ( ) Casado ( ) Viudo ( ) Divorciado ( ) Separado ( ) Conviviente ( )
1.8 Lugar de Residencia: _____ 1.9 Ocupación: Estudiante ( ) Estudiante y Trabajador ( )
10.1 Situación Familiar: Nuclear ( ) Extensa ( ) Monoparental ( ) Reconstituida ( )

**Instrucciones:** A continuación, las siguientes preguntas se refieren a tu experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias a lo largo de la vida y en los últimos tres meses, tenga la seguridad de que esa información será estrictamente confidencial.

| **Pregunta 1 ¿Cuál de estas sustancias han consumido alguna vez a lo largo de la vida?** | | |
|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.) | SI | NO |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, whisky, ron, etc.) | SI | NO |
| c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.) | SI | NO |
| d. Cocaína (coca, pasta básica de cocaína, crack, etc.) | SI | NO |
| e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.) | SI | NO |
| f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento/terokal, gasolina, solvente para pintura, etc.) | SI | NO |
| g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.) | SI | NO |
| h. Alucinógenos (LSD, Ayahuasca, ácidos, hongos, ketamina, etc.) | SI | NO |
| i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.) | SI | NO |
| j. Otras drogas, especifique: _____ | SI | NO |

| **Pregunta 2 ¿Con qué frecuencia ha consumido sustancias en los últimos tres meses?** | **Nunca** | **Una o dos veces** | **Mensualmente** | **Semanalmente** | **Diariamente o casi diariamente** |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, whisky, ron, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| d. Cocaína (coca, pasta básica de cocaína, crack, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento/terokal, gasolina, solvente para pintura, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| h. Alucinógenos (LSD, Ayahuasca, ácidos, hongos, ketamina, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| j. Otras drogas, especifique: _____ | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |

| **Pregunta 3 ¿Con qué frecuencia has sentido un fuerte deseo o ansias de consumir cada sustancia en los últimos tres meses?** | **Nunca** | **Una o dos veces** | **Mensualmente** | **Semanalmente** | **Diariamente o casi diariamente** |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, whisky, ron, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d. Cocaína (coca, pasta básica de cocaína, crack, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento/terokal, gasolina, solvente para pintura, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h. Alucinógenos (LSD, Ayahuasca, ácidos, hongos, ketamina, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| j. Otras drogas, especifique: _____ | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| Pregunta 4 ¿Con qué frecuencia el consumo de sustancias le ha causado problemas en los últimos tres meses? | Nunca | Una o dos veces | Mensualmente | Semanalmente | Diariamente o casi diariamente |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, whisky, ron, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| d. Cocaína (coca, pasta básica de cocaína, crack, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento/terokal, gasolina, solvente para pintura, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| h. Alucinógenos (LSD, Ayahuasca, ácidos, hongos, ketamina, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| j. Otras drogas, especifique: _____ | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **Pregunta 5 ¿Con qué frecuencia dejó de hacer las actividades que se esperaba habitualmente por el consumo de sustancias en los últimos tres meses?** | **Nunca** | **Una o dos veces** | **Mensualmente** | **Semanalmente** | **Diariamente o casi diariamente** |
| a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, whisky, ron, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| d. Cocaína (coca, pasta básica de cocaína, crack, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento/terokal, gasolina, solvente para pintura, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| h. Alucinógenos (LSD, Ayahuasca, ácidos, hongos, ketamina, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| j. Otras drogas, especifique: _____ | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |

| Pregunta 6 ¿Un amigo, un familiar o alguien más ha mostrado alguna vez preocupación por sus hábitos de consumo de drogas? | No, Nunca | Si, en los últimos 3 meses | Sí, pero no en los últimos 3 meses |
|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, whisky, ron, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| d. Cocaína (coca, pasta básica de cocaína, crack, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento/terokal, gasolina, solvente para pintura, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| h. Alucinógenos (LSD, Ayahuasca, ácidos, hongos, ketamina, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| j. Otras drogas, especifique: _____ | 0 | 6 | 3 |
| **Pregunta 7 ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo droga y no lo ha logrado?** | **No, Nunca** | **Si, en los últimos 3 meses** | **Sí, pero no en los últimos 3 meses** |
| a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, whisky, ron, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| d. Cocaína (coca, pasta básica de cocaína, crack, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento/terokal, gasolina, solvente para pintura, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| h. Alucinógenos (LSD, Ayahuasca, ácidos, hongos, ketamina, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| j. Otras drogas, especifique: _____ | 0 | 6 | 3 |
| **Pregunta 8 ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)** | **No, Nunca** | **Si, en los últimos 3 meses** | **Sí, pero no en los últimos 3 meses** |
| | | | |

## II. CUESTIONARIO AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

**Instrucciones:** A continuación, encontrará una serie de afirmaciones sobre la forma en que las personas responden cuando se enfrentan a diferentes tipos de problemas, dificultades o situaciones estresantes en su vida. Este cuestionario le pide que indique lo que generalmente hace y siente cuando experimenta acontecimientos estresantes. Por favor, lee atentamente cada ítem. Elija sus respuestas cuidadosamente, y responda de la forma más sincera que le sea posible. Procura no dejar ningún ítem sin contestar.

| Afirmaciones | 1 Casi Nunca | 2 A veces hago esto | 3 Usualmente hago esto | 4 Hago esto con mucha frecuencia |
|---|---|---|---|---|
| 1. Concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca del problema que enfrento. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Tomo medidas adicionales para intentar librarme del problema. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Llevo a cabo una acción directa en torno al problema. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Hago lo qué hay que hacer, pasó a pasó para afrontar el problema. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Tengo un plan de acción. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Trató de idear una estrategia sobre lo que debo hacer. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Pienso en cómo podría manejar mejor el problema. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Pienso profundamente acerca de qué pasó tomar. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Evito distraerme con otros pensamientos o actividades. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Me concentro en el manejo del problema y si es necesario, dejo de lado otras cosas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Intento evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos de manejar el problema. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Dejo de lado otras actividades para poder concentrarme en el problema. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Me contengo a mí mismo(a) de hacer algo apresuradamente. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. No hago nada hasta que tenga más claro el problema. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Me aseguró de no empeorar las cosas por actuar demasiado pronto. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Me obligó a mí mismo (a) a esperar el momento oportuno para hacer algo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Intento desarrollarme como persona como resultados de la experiencia. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Intento ver el problema de una forma diferente, para que parezca más positivo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Busco algo bueno en lo que está sucediendo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Aprendo algo de la experiencia. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Me acostumbro a la idea de que el problema ha sucedido. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Acepto que el problema ha sucedido y que no puede, cambiarse. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Acepto que es una realidad que el problema ha sucedido. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Aprendo a vivir con el problema. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Me altero y dejo de aflora mis emociones. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Cuando me altero soy realmente consciente del problema que debo enfrentar. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Dejo aflorar mis sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Siento que me altero mucho y expresó demasiado todo lo que siento. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Trató de conseguir consejo de alguien sobre el problema. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Hablo con alguien para saber más acerca del problema. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Hablo con alguien que pudiera hacer algo concreto del problema. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares qué hicieron | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Hablo de mis sentimientos con alguien. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Intento conseguir apoyo emocional de amigos y familiares. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Consigo la compasión y comprensión de alguien. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Hablo con alguien acerca de cómo me siento. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Me concentro en el trabajo u otras actividades sustitutivas para alejar el tema o el problema de mi mente. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Sueño despierto (a) con otras cosas diferentes. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| Afirmaciones | 1<br>Casi Nunca | 2<br>A veces hago esto | 3<br>Usualmente hago esto | 4<br>Hago esto con mucha frecuencia |
|---|---|---|---|---|
| 39. Duermo más de lo habitual. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Voy a cine o veo la televisión para pensar menos en el problema. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. Admito que no puedo lidiar con el problema y dejo de intentar resolverlo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. Dejo de intentar alcanzar la meta. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. Renunció a intentar lograr lo que quiero. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44. Reduzco la cantidad de esfuerzo que dedicó a resolver el problema. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. Me digo a mismo(a): " Esto no es real" | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46. Me niego a creer que haya sucedido el problema. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47. Actuó como si realmente no hubiera sucedido. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48. Actuó como si nunca hubiera ocurrido. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49. Confió en Dios. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50. Pido la ayuda de Dios, cuando atravieso un problema. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51. Intento encontrar consuelo en mi religión | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52. Rezo más de lo habitual. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53. Me río acerca del problema. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 54. Hago bromas sobre el problema. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 55. Bromeó sobre el problema. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 56. Hago bromas del problema. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 57. Consumo de alcohol o drogas para sentir mejor | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 58. Intento evadirme un rato del problema bebiendo alcohol o tomando drogas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 59. Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en el problema. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 60. Utilizó alcohol o drogas para ayudarme a superar el problema. | 1 | 2 | 3 | 4 |

**Anexo 2**

## Consentimiento informado

"CONSUMO DE DROGAS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE LIMA SUR"

Hola, mi nombre es Luliana Arango, soy estudiante de la carrera de psicología de la universidad Autónoma del Perú. Los test psicológicos que se presentan a continuación tiene como finalidad determinar la relación que existe entre el consumo de drogas y estrategias de afrontamiento al estrés en estudiantes de una universidad privada de Lima Sur; la información que brinde será de gran importancia para desarrollar una investigación, su participación en este estudio es totalmente voluntaria; la información que brinde será confidencial y anónima, sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena a la investigación.

Si algunas de las preguntas de los cuestionarios son incómodas o no se comprenden tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador, si desea puede abandonar la investigación.

Al completar y hacer entrega de los cuestionarios está aceptando voluntariamente participar en este estudio, y afirma comprender y conocer la utilidad de la investigación, también entiende que puede decidir no participar y retirarse de la investigación en cualquier momento.