



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE
LA SALUD**

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA

TÍTULO

**RELACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y LOS ESTILOS DE
AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN CONSUMIDORES DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS INTERNADOS EN
COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE TUMBES, 2017**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA HUMANA**

AUTOR

BACA VÍLCHEZ KARLA ISABEL

ASESOR

MAG. ALEXANDER ORDINOLA LUNA

**TUMBES - PERÚ
2018**

Mi tesis se la dedico a:

*Mi esposo Carlos Escolástico a mis hijos Adrián y
Thiago y finalmente a mis padres por ser fuente de
inspiración.*

Quisiera agradecer de manera muy especial a los psicólogos Alexander Ordinola Luna y Miguel Ángel Saavedra López por orientarme en la ejecución de la presente investigación.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre autoestima y estilo de afrontamiento al estrés en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes. La muestra estuvo conformada por 63 personas, sus edades oscilan entre los 18 y 65 años de edad. El tipo de investigación es descriptivo- correlacional. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Autoestima de Coopersmith y Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE). Respecto a los resultados se encontró que no existe correlación entre la autoestima y los estilos de afrontamiento centrado en el problema y centrados en la emoción; pero si existe correlación significativa de tipo inversa entre la autoestima y los otros estilos de afrontamiento. La mayor prevalencia de la autoestima es la autoestima del nivel medio seguido de la autoestima alta. Los residentes utilizan con mayor frecuencia estilo centrado en las emociones, seguido de otros estilos de afrontamiento y en último lugar estilo centrado en los problemas.

Palabras clave: afrontamiento, autoestima, estrés, drogas.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship between self-esteem and stress coping style in consumers of psychoactive substances admitted to therapeutic communities in Tumbes. The sample consisted of 63 people, their ages ranging between 18 and 65 years of age. The type of research is descriptive-correlational. The instruments used were the Coopersmith Self-Esteem Inventory and Coping Estimation Questionnaire (COPE). Regarding the results, it was found that there is no correlation between self-esteem and coping styles focused on the problem and centered on emotion; but there is a significant inverse correlation between self-esteem and other coping styles. The highest prevalence of self-esteem is the self-esteem of the average level followed by high self-esteem. Residents use emotion-centered style more often, followed by other coping styles and ultimately problem-centered style.

Keywords: coping, self-esteem, stress, drugs

INTRODUCCIÓN

En el abordaje de las drogas al hablar de tratamiento se alude al desarrollo de una o más intervenciones estructuradas para tratar problemas de salud y otros generados por el abuso y la dependencia a las sustancias psicoactivas, así como aumentar u optimizar el desempeño personal y social. De acuerdo al Comité de expertos en farmacodependencia de la Organización Mundial de la Salud, el término ‘tratamiento’ se aplica al proceso que se inicia cuando los consumidores de sustancias psicoactivas (SPA) entran en contacto con un institución de servicios de salud o de otro servicio comunitario y recibirá intervenciones concretas hasta que se logre el nivel de salud y bienestar más alto posible (Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes [CONACE], 2004).

Uno de los objetivos fundamentales de una persona que se encuentra recibiendo tratamiento, es que tome conciencia de vivir en abstinencia total y cambiar su estilo de vida. Las personas dependientes a las sustancias psicoactivas, han logrado aliviar la ansiedad y estrés mediante el consumo; ya que mientras el consumo avanza generan dependencia y no encuentran maneras de dejar la droga. Es por tal motivo que es importante que la persona que se encuentra recibiendo tratamiento, aprenda alternativas positivas para afrontar el estrés y evitar la recaída. Para lograrlo se tiene que conocer los estilos y estrategias que utilizan, cuando no tienen su principal recurso de afrontamiento que es la droga. (Guevara, Hernández y Flores, 2001).

En la presente investigación, nuestro interés está dirigido en encontrar la relación entre el nivel de autoestima y los estilos de afrontamiento en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades Terapéuticas de Tumbes, y así mismo con los resultados obtenidos contribuirán para brindar aportes, en beneficio de dichas comunidades y a la vez, concientizar la importancia del abordaje de estas variables en el tratamiento de las adicciones.

ÍNDICE

Resumen.....	iv
Abstract.....	v
Introducción.....	vi
Indice	vii
CAPÍTULO I	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2.1 Problema Principal.....	3
1.2.2 Problemas secundarios.....	3
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.2.1. Objetivo general.....	4
1.2.2. Objetivos específicos	4
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.4.1. Importancia de la investigación:	5
1.4.2. Viabilidad de la investigación.....	5
1.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO	5
CAPÍTULO II.....	6
MARCO TEÓRICO	6
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
2.1.1. Antecedentes internacionales:	6
2.1.2. Antecedentes nacionales:.....	9
2.2. BASES TEÓRICAS	12
2.2.1. Autoestima	12
2.2.2. Afrontamiento al estrés.....	17
2.2.3. Aspectos básicos de las adicciones	24
2.2.4. Definición de términos básicos.....	25
CAPÍTULO III.....	27
HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	27
3.1. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN:	27
3.1.1. Hipótesis general.....	27

3.1.2. Hipótesis específicas.....	27
3.2. VARIABLES; DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL	28
CAPÍTULO IV	30
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	30
4.1. DISEÑO METODOLÓGICO:.....	30
4.1.1. Tipos de Investigación	30
4.1.2. Diseño de la investigación	30
4.2. DISEÑO MUESTRAL:	30
4.2.1. Población.	30
4.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	31
4.3.1. Técnicas:	31
4.3.2. Instrumentos:	31
4.4. TÉCNICAS ESTADÍSTICAS PARA EL PROCESO DE INFORMACIÓN:	33
4.5. TÉCNICAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS EN EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:.....	34
4.6. ASPECTOS ÉTICOS:	34
CAPÍTULO V	35
ANÁLISIS Y DISCUSION	35
5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO:	35
5.2. ANÁLISIS INFERENCIAL:	38
5.3. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	45
5.4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.	47
5.4.1. Discusión	47
5.4.2. Conclusiones.....	50
5.4.3. Recomendaciones.	51
REFERENCIAS.....	52
ANEXOS Y APENDICES	58
ANEXO A.....	59
ANEXO B	60
ANEXO C	63
ANEXO D.....	64
ANEXO E	65
ANEXO F	66
ANEXO G.....	67
ANEXO H.....	68

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

En los últimos años la sociedad está experimentado una serie de cambios asociados al consumo de drogas, encontrándose que el inicio del consumo de drogas cada vez se dan a edades más tempranas, asociándose al contexto del ocio y la diversión; la cual conlleva a que no sea un problema “aislado” que solo afecta a determinados grupos sociales considerados “marginales”; sino que forma parte de la cotidianidad de nuestras vidas, afectando a todo tipo de población independientemente de la clase social del cual provenga (Díaz 1997, citado en Fernández 2010). Muestra de ellos es la “IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en la Población General de Perú - 2010” realizada por la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (DEVIDA, 2011); el consumo de drogas legales representa el más alto índice de uso en la población. La prevalencia anual muestra que 5 de cada 10 peruanos ha consumido estas drogas. La prevalencia anual de alcohol asciende a 52.4% y la de tabaco 21.1%, también el 5.1 % de la población general ha hecho uso de drogas ilegales en algún momento de su vida. La cantidad de consumidores en el último año para todas las drogas ilegales asciende a 264,121 siendo la marihuana (168,245) y pasta básica de cocaína (75,506) las más consumidas.

Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] plantea que en el año 2009 entre 149 y 272 millones de personas de todo el mundo (del 3,3% al 6,1% de la población de entre 15 y 64 años de edad) consumieron sustancias

ilegales como mínimo una vez en el año previo (Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas [CEDRO], 2012).

Uno de los objetivos fundamentales de una persona que se encuentra recibiendo tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, es que tome conciencia de vivir en abstinencia total y cambiar su estilo de vida. Las personas dependientes a las sustancias psicoactivas, han logrado aliviar la ansiedad y estrés mediante el consumo; sin embargo éste también les genera estrés; ya que mientras el consumo avanza generan dependencia y no encuentran una salida que les permita dejar el consumo. Es por tal motivo que es importante que la persona que se encuentra recibiendo tratamiento, aprenda alternativas positivas para afrontar el estrés y evitar la recaída. Para lograrlo se tiene que conocer los estilos y estrategias que utilizan, cuando no tienen su principal recurso de afrontamiento que es la droga. (Guevara, Hernández y Flores, 2001)

Asimismo otra variable importante a tomar en cuenta durante el desarrollo del tratamiento de personas dependientes a sustancias psicoactivas es la autoestima; la cual se define como un juicio personal de valía, que es expresado en las actitudes que el individuo toma hacia sí mismo y hacia los diferentes aspectos de la vida personal. Considerando que la clave del éxito está en cada persona, ya que mediante el desarrollo personal de sí mismo, se logra un cambio de transformación. (Coopersmith 1996)

La mayoría de las instituciones que brindan tratamiento a personas dependientes a sustancias psicoactivas, tienen como objetivo principal la abstinencia total y el desarrollo de un estilo de vida nuevo; sobre este último punto se entiende que el rehabilitado tiene que aprender y utilizar formas adecuadas de afrontamiento a sus problemas que se le van apareciendo a medida que avanza en su reintegración social luego de su internamiento y un factor fundamental es tener una adecuada autoestima, lo cual contribuirá a llevar un adecuado estilo de vida. (Graña, 1994)

En modo de conclusión, las investigaciones mencionadas refieren que las personas que se encuentran recibiendo tratamiento residencial, utilizan diversos estilos de afrontamiento para superar las situaciones estresantes que presentan a diario originadas por la ausencia de consumo de sustancias psicoactivas. Asimismo la variable autoestima influye en la toma de decisiones en situaciones estresantes.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema Principal

¿Cuál es la relación existente entre autoestima y los estilos de afrontamiento al estrés en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017?

1.2.2 Problemas secundarios

- ¿Cuáles son los niveles de autoestima en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017?

- ¿Cuáles son los estilos de afrontamiento al estrés más significativos en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017?

- ¿Cuáles son los niveles de la autoestima en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, según la edad?

- ¿Cuáles son los niveles de la autoestima en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, según el número de internamientos?

- ¿Cuáles son los estilos de afrontamiento al estrés más significativos en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, según la edad?

- ¿Cuáles son los estilos de afrontamiento al estrés más significativos en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, según el número de internamientos?

1.3 Objetivos de la investigación

1.2.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la autoestima y los estilos de afrontamiento al estrés en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes.

1.2.2. Objetivos específicos

- Identificar los niveles de la autoestima en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes.
- Identificar los estilos de afrontamiento al estrés más significativos en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes.
- Identificar los niveles de autoestima en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, según la edad.
- Identificar los niveles de la autoestima en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, según el número de internamientos.
- Identificar los estilos de afrontamiento al estrés más significativos en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, según la edad.
- Identificar los estilos de afrontamiento al estrés más significativos en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, según el número de internamientos.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1. Importancia de la investigación:

El presente estudio tiene como finalidad principal, conocer la relación entre el nivel de autoestima y estilos de afrontamiento al estrés en las personas que se encuentran recibiendo tratamiento residencial en las comunidades terapéuticas del Departamento de Tumbes. Los resultados que se obtengan contribuirán para brindar aportes, en beneficio de las comunidades terapéuticas de la Región Tumbes; asimismo será relevante para poder realizar futuras investigaciones debido a que el consumo de sustancias psicoactivas es un problema social que se presenta a nivel mundial.

También contribuirá en el área de la psicología clínica, porque con los resultados que se obtengan, se pueden crear programas o talleres para fortalecer la autoestima y los estilos de afrontamiento que utilizan los residentes para resolver los problemas que se les presenten.

1.4.2. Viabilidad de la investigación

Para poder ejecutar el presente estudio, se solicitará el apoyo de las instituciones que brinden tratamiento residencial a personas dependientes a sustancias psicoactivas en el departamento de Tumbes, para realizar las aplicaciones de los instrumentos psicológicos a los residentes, se cuenta con los instrumentos psicológicos. Asimismo respecto a los recursos financieros, serán autofinanciados por la autora, quien cuenta con el tiempo necesario para la ejecución óptima de la presente investigación.

1.5 Limitaciones del estudio

La principal limitación para poder realizar la investigación, es que en algunas ocasiones las comunidades terapéuticas no brindan acceso para poder realizar investigaciones.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales:

Moreno, M. (2016). En su investigación titulada “Inteligencia emocional y estilos de afrontamiento del estrés en personas adictas a sustancias” en la ciudad de Madrid (España), sus objetivos fueron: conocer y diferenciar los niveles de Inteligencia Emocional en consumidores de alcohol y consumidores de cocaína, y conocer y diferenciarlos distintos Estilos de Afrontamiento del Estrés empleados por ambos grupos. La muestra estuvo conformada por 30 sujetos de ambos sexos, los instrumentos empleados fueron: Cuestionario Sociodemográfico; “Trait Meta Mood Scale-24 (TMMS-24)” y “Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)”. Los resultados obtenidos muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas en las variables Inteligencia Emocional y Estilos de Afrontamiento del Estrés entre los consumidores de alcohol y consumidores de cocaína.

Gámez, M., Guzmán, F., Ahumada, J., Alonso, M. y Da Silva, E. (2016). En su tesis: “Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes escolarizados” el objetivo principal de este estudio fue el tipo de consumo alcohol, nivel de autoestima y la relación de la autoestima con el consumo de alcohol en una muestra de adolescentes escolarizados en la ciudad de Monterrey, Nuevo León (México). Con una muestra de 688 estudiantes con edades entre los 15 y 19 años de edad. Sus resultados fueron: Los resultados muestran que el 45.8% de los adolescentes se encuentra dentro del consumo sensato, el 25% en consumo dependiente y el 29.3% tiene un consumo

dañino. Con respecto a la autoestima, en la mayor parte de los adolescentes tiene alta autoestima (76.2%), seguida de la autoestima promedio (17.4%) y de la autoestima baja (6.4%). Con base en los Modelos de Regresión Logística para la autoestima y las prevalencias de consumo de alcohol en adolescentes, se encontró una relación significativa entre la autoestima y el consumo de alcohol en el último mes ($p < 0.05$) y en los últimos siete días ($p < 0.01$).

Rodríguez, A. (2016). En la investigación titulada “Sentido de vida y estilos de afrontamiento. Análisis comparativo con población drogodependiente y general”, realizado en España. El objetivo de este estudio es valorar la influencia de la percepción de sentido en la propia vida respecto a los estilos de afrontamiento utilizados en personas drogodependientes comparándolo con la población general. Muestra estuvo conformada por 80 personas, 70 de población general y 10 personas drogodependientes en situación de rehabilitación. Los instrumentos utilizados fueron el Brief- COPE 28 y el PIL, así como una ficha sociodemográfica para el control de variables externas. Se obtuvieron relaciones significativas entre dichas variables en la población general, pero no se obtuvo significación suficiente en la población drogodependiente. Asimismo no se observaron diferencias significativas entre ambos sexos en los estilos de afrontamiento utilizadas ($p > .05$) ni respecto a la edad.

Liberini, S., Rodríguez, G. y Romero, N. (2016). En su tesis: “El rol de la autoestima, la personalidad y la familia en el consumo de alcohol en la adolescencia”. Su objetivo principal fue: analiza el rol de la autoestima, la personalidad y la estructura familiar sobre la adicción (consumo de alcohol) en los adolescentes, en Argentina, en la actualidad. Con una muestra representativa de 2049 casos, compuesta por hombres (29,4%), mujeres (70,3%) y otros géneros (0, 3%), entre 11 a 20 años de edad. Los instrumentos administrados son: Rosenberg (autoestima), FACES III (cohesión familiar), AUDIT (consumo de alcohol), y Mini IPIP (personalidad). Los resultados reflejan que cerca del 40% presentan un riesgo medio o alto en su consumo de alcohol, creciendo esta proporción en el sexo masculino, al igual que conforme aumenta la edad del consumidor. Una menor cohesión familiar y/o autoestima, conllevan un mayor consumo en los adolescentes. Finalmente, existe una relación positiva entre consumo y extroversión, y negativa

con personalidades responsables y neuróticas. Asimismo se encontró que la mayoría de participantes presentaron autoestima elevada (67,3%).

Gonzales, I., Dos Santos, E., Paiva, L., Spadoti, R. y Alcalá, D. (2016) realizaron un estudio en Brasil que tuvo como finalidad analizar las relaciones entre los síntomas ansiedad y depresión, resiliencia y autoestima, con las características sociodemográficas y clínicas; correlacionar la resiliencia y autoestima con la edad y el tiempo de la enfermedad. El método utilizado fue correlacional y la muestra estuvo conformada por 120 pacientes. Los instrumentos utilizados fueron la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, la Escala de Resiliencia y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Dentro de los resultados se encontró que no existe correlación entre el tiempo de la enfermedad y los puntajes de autoestima.

Cabanach, R., Souto, A., Freire, C. y Ferradás, M. (2014) en su investigación: “Relaciones entre autoestima y estresores percibidos en estudiantes universitarios” su objetivo principal se centró en analizar la relación entre la autoestima y la percepción de estresores académicos en el contexto universitario, la muestra estuvo conformada por 465 estudiantes de fisioterapia de diversas universidades españolas. Los instrumentos empleados son: Escala de autoestima de Rosenberg, Escala de estresores académicos (E-CEA). Sus resultados fueron: las intervenciones en público, los exámenes y las deficiencias metodológicas del profesorado constituyen, por este orden, los principales sucesos que el estudiante percibe como amenazantes. Asimismo, se constata que cuanto mayor es la autovalía del estudiante, menor es la percepción del contexto académico como estresante.

Leiva, L., Pineda, M. Y Encina, Y. (2013) Realizaron una investigación en Chile denominada: “Autoestima y apoyo social como predictores de la resiliencia en un grupo de adolescentes en vulnerabilidad social” tuvieron como objetivo probar un modelo integrado de resiliencia, de tal forma de establecer relaciones predictivas y de moderación entre factores protectores a nivel individual, autoestima y factores protectores a nivel psicosocial, apoyo social familiar y entre pares. La muestra se encontró constituida por 195 adolescentes entre los 14 y 19 años de edad. Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario de antecedentes personales, Escala de

resiliencia SV-RES (Saavedra & Villalta, 2008), Escala de autoestima de Coopersmith, cuestionario de salud de Golberg (GHQ-12), cuestionario APGAR familiar de Smilkstein y El Cuestionario APGAR de las amistades de Smilkstein; los resultados obtenidos mostraron que el apoyo social familiar y de las amistades resultaron ser significativos para explicar los niveles de resiliencia; sin embargo, el apoyo social percibido a nivel familiar resultó ser más importante que el apoyo social percibido a nivel de las amistades. Al indagar en los mecanismos específicos, se pudo observar que el apoyo social familiar juega un rol moderador en la relación entre la autoestima y la resiliencia. En ese sentido el apoyo social tendría un efecto diferencial importante: en los adolescentes con bajos niveles de autoestima podría actuar como un “amortiguador” de los eventos estresantes, en ausencia de un autoconcepto y autovaloración elevados; en cambio en los adolescentes con altos niveles de autoestima el apoyo social percibido tendría un menor peso relativo, puesto que el individuo sería capaz de hacer frente a las adversidades confiando en sus recursos personales.

Perea (2012) realizó un estudio titulado “Autoestima y estilos de afrontamiento del adolescente ante las drogas”, tuvo como objetivo analizar la relación entre la autoestima y estilos de afrontamiento ante el consumo de drogas en adolescentes de nivel secundario de dos escuelas públicas del municipio de Querétaro, México. Utilizó una metodología descriptiva-correlacional y trasversal, la muestra estuvo constituida por 291 estudiantes del nivel secundaria. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de Coopersmith para la autoestima y la escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) de Frydenber y R. Lewis. Como resultados encontró que el 64.2% de los estudiantes se ubicó con un nivel de autoestima alto y el 12,3% como medio. Se observó correlación positiva entre autoestima y estrategias de afrontamiento al concentrarse en resolver problemas.

2.1.2. Antecedentes nacionales:

Leiva, C. (2016) en su tesis “Autoestima y estilos de afrontamiento al estrés, en el personal de salud de la Policía Nacional del Perú, Red Norte y Red Oeste, Lima,

2016” se propuso determinar la relación entre autoestima y los estilos de afrontamiento del estrés, en el personal de salud de la Policía Nacional del Perú red norte y red oeste. Con una muestra representativa de 187 efectivos policiales; los instrumentos utilizados en la presente investigación son Cuestionario de autoestima de Coopersmith-adultos (Coopersmith 1967) y estilos de afrontamiento al estrés COPE (Carver, Scheier y Weintraub 1989). Sus conclusiones fueron: se encontró que la autoestima guarda relación directa y significativa con los estilos de afrontamiento al estrés. El nivel de autoestima en el personal de salud, se encontró que la mayoría de los encuestados (el 39.6 %) presenta un nivel de autoestima bajo, mientras que la menor proporción (el 21.9%) presenta un nivel de autoestima alta. El estilo de afrontamiento reinterpretación positiva y desarrollo personal 75.4%, planificación 48.1%, acudir a la religión 47.6%, afrontamiento activo 46.5% y búsqueda de apoyo social 39% pertenecientes a afrontamiento enfocado en el problema y en la emoción. Muy pocas veces usados son conductas inadecuadas (72.6%), negación 64.2% y distracción (47.6%), pertenecientes a otros estilos de afrontamiento al estrés. dependiendo a las circunstancias, elige el estilo de afrontamiento enfocado en la emoción (72.7%), mientras que la menor proporción emplean otros estilos de afrontamiento corresponde al 29.9%.

Saavedra, M. (2013). En su tesis denominada “Afrontamiento al estrés en consumidores de drogas internados en comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana”, tuvo como objetivo conocer los estilos y estrategias de afrontamiento al estrés en consumidores de sustancias psicoactivas que se encontraban recibiendo tratamiento en comunidades terapéuticas. El estudio es de tipo descriptivo, diseño no experimental y método cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 176 sujetos; sus edades oscilaban entre los 18 a 65 años. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario COPE y una ficha sociodemográfica creada para el estudio. En los resultados encontramos que el estilo de afrontamiento más usado fue el centrado en la emoción y el estilo centrado en el problema el menos usado. Las estrategias de mayor uso fueron acudir a la religión, negación y desentendimiento conductual. Respecto a los estilos de afrontamiento según la edad no hay diferencias significativa ($p < .05$). Sin embargo se halló que los residentes utilizan con mayor frecuencia el estilo centrado en el problema en todas las edades.

También se encontró que los residentes que tienen 1 internamiento y 2 o más internamientos utilizan con mayor frecuencia el estilo de afrontamiento centrado en la emoción.

Castañeda, A. (2013). En la investigación titulada: “Autoestima, claridad de autoconcepto y salud mental en adolescentes de Lima Metropolitana”, su objetivo fue analizar la relación entre autoestima, claridad de autoconcepto y salud mental en un grupo de adolescente de Lima Metropolitana. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), la Escala de Claridad de Autoconcepto (SCCS) y el Inventario de Problemas Conductuales (YSR). La muestra representativa fue de 355 participantes entre los 14 y 17 años de edad. Los resultados obtenidos muestran diferencias significativas según sexo. Las adolescentes puntúan menos en autoestima y más en problemas de internalización que los varones, asimismo se han nivelado con ellos en comportamientos problemas globales. La claridad de autoconcepto es más relevante para los varones que para las mujeres en las escalas sindrómicas, y es clave en problemas externalizados para ambos sexos. Para el grupo de mujeres, la autoestima resulta ser importante para trastornos de internalización.

Castro, L. (2012). En su tesis “Autoestima y autoeficacia en pacientes adictos en el centro de rehabilitación de Ñaña”. Su objetivo principal fue: escribir el nivel de la autoestima y la autoeficacia en los pacientes internados en el centro de Rehabilitación de Ñaña, según la etapa del tratamiento en que se encuentran. El estudio estuvo conformado por una muestra de 80 pacientes varones con edades entre los 18 y 67 años de edad. Los instrumentos utilizados fueron: Inventario de autoestima de Barksdale y el Cuestionario Breve de Confianza Situacional de Annis y Gram. Los resultados muestran que el 17.5% de los pacientes tenían autoestima inferior, el 50% autoestima promedio y el 32.5% autoestima superior. Además que el 35% de los pacientes tenían autoeficacia baja, el 36.3% autoeficacia normal y el 28.8% autoeficacia alta. Asimismo se encontró que el nivel de autoestima y autoeficacia se incrementaban según el paciente avanzaba en el tratamiento y que existía una correlación bilateral entre ambos constructos.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Autoestima

2.2.1.1. Definiciones:

Coopersmith (1996) considera que la autoestima no sólo es la valoración personal que tenemos sobre nosotros mismos, sino también es el conjunto de actitudes positivas que tenemos hacia nosotros mismos. Las actitudes se presentan en las habilidades, destrezas y capacidad que tenemos de enfrentar retos y problemas que la vida nos presenta. Asimismo el autor considera que la autoestima no es innata, sino que se va adquiriendo y fortaleciendo a medida en que la persona se relacione con otros individuos.

Para Branden (1999) la autoestima está conformados por la actitud que tiene la persona de sí mismo que se expresa en la manera habitual que tiene de amar, pensar, sentir, estudiar y comportarse.

Asimismo Alcántara (1993) afirman que la autoestima es el conjunto de creencias y valores que la persona tiene acerca de quién es, de sus capacidades, habilidades y potencialidades. La autoestima se desarrolla a lo largo de la vida a medida que se va formando una imagen de sí mismo, imagen que lleva en el interior, que es reflejada por las experiencias que tiene con otras personas.

Torres y Luna (1995) consideran que la autoestima es el valor que cada persona se asigna a sí mismo, es el sentirse bien y satisfecho, es tener confianza en la propia habilidad para realizar lo que uno se ha propuesto. La valoración que presenta de sí mismo será importante en la vida presente y futura de la persona porque va a sellar el estado anímico de la persona y va a hacer que se sienta útil o inútil.

2.2.1.2. Autoafirmación

La autoafirmación es considerada como la manifestación y prolongación específica de la autoestima; de cierta manera denominada como la autoestima en acción; ésta se

manifiesta en cierto sentido mediante expresiones (escritas, intelectuales, verbales, artísticas y corporales), que son elegidas de forma deliberada por el sujeto de acuerdo a su identidad y estilo personal y único. (Beauregard, L., Bouffard, R. y Duclos, G. 2005).

El desarrollo de la autoafirmación según Beauregard, L., et al. (2005) da inicios desde tempranas edades.

- Entre los 18 meses y 3 años: El niño pequeño desde muy corta edad aprende a decir “no”, esta manifestación del niño de oposición ocasiona un posicionamiento del mismo frente al adulto generando una distancia que resulta esencial a lo largo de su desarrollo debido a que el uso y comprensión de la palabra “no” marca el inicio de la formación de identidad.
- Entre los 7 a 12 años: el niño inicia sus manifestaciones con la expresión de sus deseos, necesidades, ideas y sentimientos, es decir, involucra la capacidad de realizar elecciones de tipo personal con la asunción de consecuencias (negativas o positivas), saber estar en su sitio y no en el de otros (tomando en cuenta que la afirmación no involucra la agresión), y finalmente involucra en él la facultad de hacerse respetar como ser individual.

Cabe mencionar que para Beauregard, L., et al. (2005) el afirmarse de manera exhaustiva y positiva al mismo tiempo genera una manifestación de autoestima donde el ser humano logra revelar su valor personal; sin embargo para lograr esta afirmación debe haber previamente una aceptación en su ser y apariencia.

2.2.1.3. Clasificación de Autoestima

Según como se encuentre la autoestima, ésta será responsable de muchos fracasos o éxitos, ya que éstos están intrínsecamente ligados. Una autoestima alta, vinculada a un concepto positivo de sí mismo, potenciará la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, así como también es la base de una salud mental y física adecuada, mientras que una autoestima baja enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso.

Existen diversas clasificaciones de la autoestima; Stanley Coopersmith (1996) clasifica a la autoestima de la siguiente manera:

- Autoestima alta: la persona que posee autoestima alta generan sensaciones de permanente valía y también de capacidades positivas las cuales conducirán a poder enfrentar de mejor manera aquellas pruebas y retos que se presentan en el transcurso de la vida, esto evita que la persona presente una postura defensiva. Asimismo es poco o menos crítica consigo misma que una con autoestima media o baja; resiste mejor la presión social y actúa de acuerdo con los principios, criterios y valores. Además no suele estar bajo la presión o la ansiedad o el medio. Está más preparada para aceptar los altibajos de la vida.
- Autoestima media: La autoestima media vendría a ser como un punto medio, ya que la persona no dispone aún de los factores evolutivos que conducen a la autoestima, pero en cambio sí se disfruta de los factores necesarios para evitar la baja.
- Autoestima baja: La persona con baja autoestima tiende a centrarse más en los problemas que en las soluciones. Tratan de evitar las situaciones en las cuales pueden ser consideradas competentes o merecedoras, ya que estas implican un gran cambio de patrón y para ellas suele ser más fácil evitarlas que afrontarlas.

2.2.1.4. Dimensiones de la autoestima.

Coopersmith (1996) considera menciona 3 dimensiones de la autoestima, las cuales las mencionaremos a continuación:

- Sí mismo: se refiere a la valoración que la persona tiene de sí mismo, es decir el hecho de sentirse atractivo físicamente, sentirse fuerte y capaz de defenderse.
- Social: Vendrían a ser las habilidades en las relaciones interpersonales, ya sea con los amigos o extraños en diferentes marcos sociales. Incluye el sentimiento de sentirse aceptado o rechazado por los demás y el sentimiento de pertenencia,

es decir, el sentirse parte de un grupo. También se relaciona con el hecho de sentirse capaz de enfrentar con éxito diferentes situaciones sociales.

- Hogar: Revela las buenas cualidades y habilidades en las relaciones íntimas con la familia, la independencia y consideración, compartir ciertas pautas de valores y sistemas de aspiraciones y la concepción acerca de lo que está bien o mal dentro del marco familiar.

2.2.1.5. Enfoques teóricos de la autoestima

La autoestima es estudiada desde diversos enfoques, a continuaciones se presentan algunos de los enfoques más importantes:

- Enfoque Dinámico: Uno de los investigadores de la autoestima desde el enfoque del psicoanálisis, es Solís (1995) consideró la evaluación subjetiva de la persona, como un compuesto de los pensamientos y sentimientos que constituyen la conciencia sobre su existencia individual, su noción de quién y qué es la persona. Asimismo sustenta que la autoestima es un método para controlar la ansiedad a través de la formación de una imagen idealizada de las propias capacidades y metas. Este ideal cumpliría la función de sostén de la autoestima, si es muy elevado, puede conducir a la insatisfacción, en virtud de no poder lograrlo por irreal.
- Enfoque Humanista: En el presente enfoque consideran que la persona, para poder lograr ajustarse a su propia autoimagen real, llegan a distorsionar la experiencia y su percepción, encerrándose en sus experiencias, temores y ansiedades, lo cual los incapacitan para pensar y decidir clara y efectivamente, así como afrontar situaciones nuevas. Asimismo las necesidades básicas favorecen al desarrollo de la autoestima; finalmente plantean que cuando la persona no logra satisfacer sus necesidades básicas puede haber un desequilibrio en su personalidad y por lo tanto aparecerán problemas psicológicos (Castillo, 2010).

- Enfoque Conductual: Plantean que la autoestima se logra mediante el aprendizaje, adquiriendo en el transcurso de la vida, mediante las experiencias vividas. Consideran que la persona que no ha logrado superar adversidades, tendrá problemas con su autoestima en algún momento de su vida. Montgomery (1997, citado en Castillo, 2010) considera que la autoestima desde el enfoque conductual, vendrían a ser las respuestas afectivas que los individuos emiten en situaciones específicas, ya sean interpersonales o impersonales.
- Enfoque Cognitivo – Conductual: en este enfoque los investigadores Torres y Luna (1995) consideran que existe relación entre los eventos y experiencias, sentimientos y emociones; considerando que el motivo fundamental de los problemas de autoestima son las creencias irracionales que se tienen hacia los eventos, los cuales conllevan a presentar emociones y conductas autoderrotistas y como conclusión una autoestima inadecuada.

2.2.1.6. Importancia de la autoestima

Según Montoya, A. (2001). La importancia de la autoestima se basa en la constitución de una plataforma desde la que proyectamos las diversas áreas que involucran nuestra vida, y por tanto se constituye en una ruta que permite a cada individuo alcanzar lo que desea en relación a sí mismo y con relaciones que consideramos significativas en relación a nuestro quehacer diario, personal y laboral.

Por tanto, la importancia de la autoestima radica en cuanto cada sujeto se aprecia y quiere a sí mismo y también de cuanto éste logra disfrutar de aquello que lo rodea. Es así que la autoestima no solo nutre, sino que beneficia y colabora a que el sujeto goce de entornos o situaciones en las que se encuentra; en resumen, ayuda a vivir mejor. (Montoya, A. 2001).

2.2.1.7. Autoestima y salud:

Se conoce que la salud implica un estado de bienestar tanto social, físico y mental completo que se centra en orientar al sujeto hacia un estado de plenitud; al relacionarla con autoestima llegamos a la conclusión de que ambos componentes son esenciales para

el desarrollo del sujeto, esto orientado en que el sujeto busca encontrar un sentido, el para qué de la vida, manifestado en el apasionamiento, la alegría y energía que podamos poner en las cosas que realizamos (Montoya, A. 2001).

Asimismo Montoya, A. (2001). Menciona que existen conductas que reflejan autoestima y que presentan una afectación en la salud pues esto es considerado una manifestación de la consideración hacia su ser integral, por tanto la salud y la autoestima representa una avenida de doble sentido: es decir, la mente produce una afectación al cuerpo, y el cuerpo afecta a la mente.

2.2.2. Afrontamiento al estrés

2.2.2.1. Definición de afrontamiento

Sandín (1995) define al afrontamiento como los esfuerzos conductuales y cognitivos que utiliza la persona para hacer frente al estrés, es decir, para afrontar las demandas externas o internas generadoras de estrés.

Según Galán (2000) el concepto de afrontamiento es una de las principales aportaciones del modelo de Lazarus, su importancia llegó a tal punto que los mismos Lazarus y Folkman afirmaron que a finales de los setenta se desarrolló un cambio muy significativo que desplazó la atención del estrés por el de afrontamiento.

Lazarus y Folkman definen al 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” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 164).

2.2.2.2. Modelos Teóricos

- La teoría de Cannon: Fernández (2009), describe que el fisiólogo Walter Cannon inició los estudios sobre el estrés a comienzos del siglo pasado, plantea un

modelo fisiológico del estrés. Según Cannon la homeostasis es la capacidad que posee todo organismo para mantener constante un equilibrio interno. En los estudios realizados sobre el proceso fisiológico implicado en el mantenimiento de la homeostasis corporal, observó la respuesta de ataque-huida, respuestas automáticas que emiten los organismos en defensa de estímulos amenazantes, la cual conlleva a una serie de sucesos que activan el sistema nervioso simpático y el sistema endocrino. Lazarus y Folkman (1986), refieren que Cannon consideró al estrés como una perturbación de la homeostasis ante situaciones de frío, falta de oxígeno, descenso de la glucemia, etc. Asimismo dio a entender que el grado de estrés podría medirse.

- La teoría de Selye: el Síndrome General de Adaptación (SGA), Según Fernández (2009), el autor de esta teoría plantea el SGA como la manera en que un organismo se moviliza a sí mismo cuando se enfrenta a un estresor, siendo cualquier demanda que evoca el patrón de respuesta de estrés, el cual podría ser un estímulo físico, psicológico, cognitivo o emocional. Considerándose al estrés como un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo, reacción que él llamó Síndrome General de Adaptación. El individuo responde con el mismo patrón de reacciones, es decir, la respuesta es inespecífica a la situación pero específica en sus manifestaciones.

Teorías basadas en el estímulo: Este grupo de modelos interpretan y entienden el estrés en términos de características asociadas a los estímulos del ambiente, asumiendo que pueden perturbar o modificar el funcionamiento del organismo. El estrés se localiza fuera del individuo, a la persona le corresponde el efecto producido por el estrés (Fernández, 2009).

- Enfoque psicosocial del estrés: Holmes (1967 citado en Fernández, 2009) ha desarrollado un modelo que se conoce como enfoque psicosocial del estrés o enfoque de los acontecimientos vitales. Considera al estrés como una variable independiente definida como carga o demanda que se produce sobre el organismo produciendo un malestar, es una fuerza externa o situaciones a las que son expuestos los individuos que, al sobrepasar ciertos límites de tolerancia

por parte de éstos, le harían experimentar estrés. Los acontecimientos vitales son experiencias objetivas que alteran o amenazan con alterar las actividades cotidianas del individuo, causando un reajuste sustancial en su conducta.

Teorías basadas en la interacción

Entre los años 1940 y 1950 Harold Wolff aportó un elemento fundamental al enfocar el estrés como un proceso dinámico donde el organismo interactúa con el estímulo, lo cual supone una adaptación a las demandas que se dan y ofrece las ventajas de obtener una definición integral y amplia (Lazarus, y Folkman, 1986).

El principal representante de la teoría basada en la interacción es Richard Lazarus. Esta teoría afirma que el estrés se produce a través de la interacción de la persona con su entorno, por lo cual se acentúan los factores psicológicos que median entre los estímulos y las respuestas. Este autor plantea un modelo holístico que enfatiza en las diferencias individuales en los componentes cognitivos, motivacionales y relacionales de la evaluación (Arévalo, 2007 citado en Cassaretto, 2009).

2.2.2.3. Proceso de inhibición activa

Es considerado un proceso que sirva para la adaptación emocional y que se puede convertir en un importante generador de estrés negativo.

Según Domínguez, B., Valderrama, P., Olvera, Y., Pérez, S., Cruz, A. y Gonzáles, M. (2002). El proceso de inhibición activa consiste en una etapa de adaptación inicial a la que suelen recurrir ciertas personas para poder protegerse, restringiendo de esta manera la capacidad que poseen para afrontar los estresores mediante la postergación a largo plazo; lo cual implica un esfuerzo extra de parte del sujeto y un desgaste tanto psicológico como físico.

Pennebaker (1994, Citado en: Domínguez et al. 2002) menciona la existencia de ciertos estímulos que logran producir en el sujeto tristeza, coraje, impotencia, inquietud, ansiedad y miedo que la persona elige no expresar (no a los hermanos, amigos y padres) esto quiere decir que se reservan esta información, lo cual genera un esfuerzo en la negación, y el aparentar sentirse y estar bien.

2.2.2.4. Estilos y estrategias de afrontamiento

Según los estudios realizados sobre afrontamiento han llevado a conceptualizar tipos y dimensiones de la personalidad que han pasado a denominarse estilos y estrategias (Solís & Vidal, 2006).

Estilos de afrontamiento

Los estilos de afrontamiento son aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, así como su estabilidad temporal y situacional (Fernández-Abascal, 2002).

Kleinke (2007; citado en Cassaretto, 2009) plantea que los principales estilos de afrontamiento siguen siendo los planteados por Lazarus y Folkman (1986); siendo el afrontamiento centrado en el problema y en la emoción, las cuales las mencionaremos a continuación:

- Afrontamiento centrado en el problema: Estas estrategias tienden a centrarse en la acción y suelen utilizarse cuando la persona cree que aún se puede hacer algo por cambiar la situación estresante.
- Afrontamiento centrado en la emoción: Tiene lugar cuando los esfuerzos de afrontamiento se dirigen a modificar la reacción emocional, que presenta la persona a causa de una situación estresante
- Otras escalas

Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos y específicos de responder al estrés que se utilizan en cada contexto y pueden ser cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes (Fernández-Abascal, 2002).

Es por eso que mientras los estilos son las formas habituales, relativamente estables, que presenta una persona para afrontar el estrés, las estrategias son situacionalmente dependientes, constantemente cambiantes y están influidas por los estilos que tiene la persona al afrontar las situaciones estresantes que se le presenten.

Basándose en los modelos teóricos de Lazarus y Folkman, Carver et al. (1989) realizaron una investigación y encontraron que las categorías de estilos de afrontamiento centrados en el problema y en la emoción se dividían en subgrupos diferentes, a los que llamaron estrategias, lo que los llevó a la creación de su propio cuestionario, a la cual llamaron COPE (The Coping Estimation). Propusieron trece escalas que consideraban que a su vez se agrupaban en las dos dimensiones clásicas de Lazarus:

Afrontamiento centrado en el problema:

- **Afrontamiento activo:** Es el proceso de ejecutar acciones directas incrementando los esfuerzos con el objetivo de afrontar el evento estresor.
- **Planificación:** Implica pensar en cómo manejarse frente al estresor, organizando estrategias de acción, pensando que paso tomar y estableciendo cual será la mejor forma de manejar el problema.
- **Supresión de actividades competentes:** Es el proceso mediante el cual se realizan acciones orientadas a afrontar el evento estresor, dejando de lado otros proyectos o actividades para evitar ser distraído, con la finalidad de poder manejar el estresor.

- Postergación del afrontamiento: Consiste en esperar hasta que se presente la oportunidad apropiada para actuar sobre el problema evitando hacer algo prematuro.
- Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales: Consiste en buscar en los demás consejo o la información con objetivo de solucionar los problemas presentes.

Afrontamiento centrado en la emoción:

- Búsqueda de apoyo social por razones emocionales: El objetivo es buscar en los demás apoyo moral, empatía y comprensión con el fin de aliviar la reacción emocional negativa.
- Reinterpretación positiva y crecimiento: Consiste en evaluar el problema de manera positiva, otorgándole connotaciones favorables a la experiencia en sí misma y en otros casos asumiéndola como un aprendizaje para el futuro.
- Aceptación: Comprende dos aspectos durante el proceso de afrontamiento. El primero se realiza durante la fase de evaluación primaria, cuando la persona acepta que la situación estresante realmente existe, y el segundo tiene lugar durante la evaluación secundaria y consiste en aceptar la realidad como un hecho con el que se tendrá que convivir ya que no se podrá modificar.
- Negación: Consiste en rehusarse a creer que el estresor existe, o tratar de actuar pensando como si el estresor no fuera real.
- Acudir a la religión: Está orientada a realizar actividades religiosas en situaciones de estrés con la intención de reducir la tensión existente.

Carver et al. (1989) encontraron que las tres escalas restantes no se agrupaban en las categorías anteriores y las unieron en una categoría llamada otras escalas, las cuales hacen referencia a estrategias usualmente consideradas inadecuadas para manejar el estrés.

- Enfocar y liberar emociones: Consiste en focalizarse en las consecuencias emocionales desagradables que se experimenta, expresando abiertamente estas emociones.
- Desentendimiento conductual: Consiste en la disminución del esfuerzo dirigido al estresor, dándose por vencido, sin intentar lograr las metas con las que el estresor está interfiriendo.
- Desentendimiento mental: Implica que la persona permite que una amplia variedad de actividades la distraigan de su evaluación de la dimensión conductual del problema o de la meta con la que el estresor está interfiriendo.

2.2.2.5. Estilos más comunes de afrontamiento al estrés

Los seres humanos en relación a los síntomas y fuentes de estrés se relacionan de forma diferente para tratar de amortiguar los efectos del mismo. A esto se le conoce como “Estrategias de afrontamiento” (Domínguez, et al. 2002).

Para Domínguez, et al. (2002) el afrontamiento se puede dar de las siguientes formas:

1. Pensamiento: es la manifestación de sí mismo mediante el uso de un lenguaje interno (en lo que respecta a pensamiento) con el cual se realiza una evaluación donde el sujeto aprueba o desaprueba las acciones propias y de los demás.
2. Reacción-acción: Es el modo en que los sujetos logran percibir y evaluar las situaciones que se presentan y afectan el estado de ánimo,

y su comportamiento. Es así que, cuando se percibe una situación donde la persona se siente amenazada, su comportamiento estará orientado a defenderse; sin embargo si perciben un medio relacional agradable, el comportamiento que se observa será cooperativo y adaptativo.

2.2.3. Aspectos básicos de las adicciones

Droga

Según National Institute on Drug Abuse [NIDA], (2001) “droga es todo compuesto químico o sustancia natural que altera la estructura y funciones del cerebro y del cuerpo”.

Sustancia psicoactiva (SPA)

La sustancia psicoactiva es sustancia química de origen natural o sintético que afecta específicamente las funciones del sistema nervioso central (SNC), compuesto por el cerebro y la médula espinal, de los organismos vivos. Estas sustancias son capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones (CEDRO, 2012).

2.2.3.1. Clasificación de las drogas

Según CEDRO (2012), en la actualidad el sistema de clasificación más aceptado, es el que distingue a las drogas según los efectos que producen a nivel del sistema nervioso central. De acuerdo a este criterio las distintas sustancias podrían clasificarse en una o varias de las siguientes categorías:

- Depresoras: Son aquellas drogas que inhiben el funcionamiento de la actividad del SNC, enlenteciendo la actividad nerviosa y el ritmo de las funciones corporales. Podemos encontrar al alcohol, opiáceos (heroína, morfina etc.), benzodiazepinas, barbitúricos, marihuana e inhalantes.

- Estimulantes: Sustancias que generan una activación general del SNC, dando lugar a un incremento de las funciones corporales. Se encuentran los derivados cocaínicos, anfetaminas, nicotina, xantinas (caféina, teína, etc.)
- Alucinógenos: Denominadas también perturbadores del SNC. Generan un estado de conciencia alterado, deforman la percepción y evocan imágenes sensoriales sin entrada sensorial. Se encuentran el peyote, LSD y las drogas sintéticas.

2.2.4. Definición de términos básicos

- **Autoestima:** La autoestima no sólo es la valoración personal que tenemos sobre nosotros mismos, sino también es el conjunto de actitudes positivas que tenemos hacia nosotros mismos. Las actitudes se presentan en las habilidades, destrezas y capacidad que tenemos de enfrentar retos y problemas que la vida nos presenta. Asimismo el autor considera que la autoestima no es innata, sino que se va adquiriendo y fortaleciendo a medida en que la persona se relacione con otros individuos (Coopersmith, 1996).
- **Afrontamiento:** serían “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” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 164).
- **Estrés:** Es una respuesta no específica del organismo ante un elemento que atenta contra su homeostasis (Galán, 2000).
- **Droga:** Según National Institute on Drug Abuse [NIDA], (2001) “droga es todo compuesto químico o sustancia natural que altera la estructura y funciones del cerebro y del cuerpo”.
- **Sustancia psicoactiva:** Es sustancia química de origen natural o sintético que afecta específicamente las funciones del sistema nervioso central (SNC), compuesto por el cerebro y la médula espinal, de los organismos vivos. Estas

sustancias son capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones (CEDRO, 2012).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Hipótesis de la investigación:

3.1.1. Hipótesis general

- **H.1:** Existe relación significativa entre la autoestima y los estilos de afrontamiento al estrés en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.

3.1.2. Hipótesis específicas

- **H.1:** Existe mayor prevalencia en uno de los niveles de autoestima en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.
- **H.2:** Existe mayor prevalencia en uno de los estilos de afrontamiento en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.
- **H.3:** Existe mayor prevalencia según edad en uno de los niveles de autoestima en los consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.

- **H.4:** Existe mayor prevalencia según el número de internamientos en uno de los niveles de autoestima en los consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.

- **H.5:** Existe mayor prevalencia según la edad en uno de los estilos de afrontamiento en los consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.

-

- **H.6:** Existe mayor prevalencia según el número de internamiento en uno de los estilos de afrontamiento en los consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.

3.2. Variables; definición conceptual y operacional

3.2.1. Definición conceptual

a) Autoestima

Es un juicio personal de valía, que es expresado en las actitudes que el individuo toma hacia sí mismo. Es una experiencia subjetiva que se transmite a los demás por reportes verbales o conducta manifiesta (Coopersmith, 1995).

b) Estilos de Afrontamiento

Son aquellas predisposiciones personales para hacer frente a las diversas situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de ciertas estrategias de afrontamiento (Fernandez– Abascal, 2002).

3.2.2. Definición operacional

a) Autoestima

Se mide a través de la Escala de Autoestima de Stanley Coopersmith.

b) Estilos de Afrontamiento

Se mide a través del Inventario de Estimación del afrontamiento (COPE).

Tabla 01: Operacionalización de Variables

Nombre de la variable	Dimensiones	Indicadores
Autoestima	- Sí mismo general	Ítems: 1, 3, 4, 7, 10, 12, 13 15, 18, 19, 23, 24, 25.
	- Social	Ítems: 2, 5, 8, 14, 17, 21.
	- Familiar	Ítems: 6, 9, 11, 16, 20, 22.
	- Centrado en el problema	Ítems: 1, 14, 27 y 40 Ítems: 2, 15, 28 y 41 Ítems: 3, 16, 29 y 42 Ítems: 4, 17, 30 y 43 Ítems: 5, 18, 31 y 44
Estilos de afrontamiento	- Centrado en la emoción	Ítems: 6, 19, 32 y 45 Ítems: 7, 20, 33 y 46 Ítems: 8, 21, 34 y 47 Ítems: 9, 22, 35 y 48 Ítems: 11, 24, 37 y 50
	- Otros estilos de afrontamiento	Ítems: 10, 23, 36 y 49 Ítems: 12, 25, 38 y 51 Ítems: 13, 26, 39 y 52

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Diseño metodológico:

4.1.1. Tipos de Investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo-correlacional, descriptivo porque busca medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refiere en la investigación. Del mismo modo, es correlacional porque se describen cada una de las variables y luego se pretende determinar si existe entre las variables de estudio. (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

4.1.2. Diseño de la investigación

El diseño de investigación a utilizar será el diseño no experimental, donde no se pretende manipular las variables, realizándose inferencias sobre la relación que existen entre las variables, sin intervención directa, ya que la información se recogerá tal y como está en el medio. También es un diseño de investigación de tipo transaccional, porque se recogerá la información en un solo momento, con la finalidad de describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un único tiempo, sin realizar un seguimiento de la muestra (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

4.2. Diseño muestral:

4.2.1. Población.

La población estuvo conformada por 63 personas del sexo masculino, que se encuentren recibiendo tratamiento residencial en las comunidades terapéuticas “Nuevo

Horizonte” y “Casa Hogar” de la Provincia de Tumbes, 2017; utilizándose toda la población, por tanto se contará con una población muestral.

Criterios de inclusión:

- Personas que sus edades oscilen entre 18 a 65 años de edad.
- Reciban tratamiento residencial en las comunidades terapéuticas “Nuevo Horizonte” y “Casa Hogar” de la Provincia de Tumbes.
- Las personas que deseen participar voluntariamente.

Criterios de exclusión:

- Personas que presenten problemas psiquiátricos.
- Personas menores de 18 años y mayores de 65 años de edad.
- Personas que no desean participar.

4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

4.3.1. Técnicas:

Se realizará la aplicación de pruebas psicométricas, que es un procedimiento estandarizado compuesto por ítems seleccionados y organizados, concebidos para provocar en el individuo reacciones registrables.

4.3.2. Instrumentos:

Inventario de Autoestima de Coopersmith

a) Ficha Técnica.

Autor: Stanley Coopersmith (1986)

Adaptado al Perú: Mescua en el año 2010

Aplicación: Individual y colectiva

Duración: 15 a 20 minutos.

b) Confiabilidad.

La confiabilidad del test fue originalmente reportada por Coopersmith (1986) esta fue dada por un grupo de 88 niños de quinto grado. Se calcularon los estimados de confiabilidad de Kuder Recharadson (KR-20). Los coeficientes obtenidos oscilaban entre 0.81 a 0.86, demostrando que existe una adecuada consistencia interna.

c) Validez.

Mescua (2010) efectuó un estudio estudiantes de enfermería de una Universidad de Lima, el instrumento fue sometido a validez mediante el juicio de expertos, integrado por profesionales expertos del campo de salud y Psicología, evidenciando una concordancia significativa.

d) Calificación.

El puntaje máximo es de 100 puntos. Cada respuesta vale 1 punto, así mismo un puntaje total de autoestima que resulta de la suma de los totales de las subescalas, multiplicadas por 4 (cuatro).

Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE)

a) Ficha Técnica.

Autor: Carver, Scheier y Weintraub (1989)

Adaptado al Perú: Casuso en el año 1996

Aplicación: Individual y colectiva

Duración: 15 a 20 minutos.

b) Confiabilidad

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

En el Perú, Casuso (1996) realizó la adaptación del instrumento en su versión disposicional, aplicándolo a 817 estudiantes de una universidad privada de Lima y otra pública. Se halló el coeficiente del alfa de Cronbach para cada escala, obteniendo valores que fluctuaron entre 0.40 y 0.86

c) Validez

La validez se obtuvo mediante el análisis factorial. La estructura factorial encontrada no coincidió con la obtenida originalmente por los autores, por lo cual la autora realizó una redistribución de los ítems, dando lugar al inventario COPE reorganizado.

d) Calificación.

El COPE, cuenta con una escala tipo Likert con una puntuación del 1 al 4. El puntaje 1 equivale a “casi nunca hago esto”, el puntaje 2 “a veces hago esto”, el puntaje 3 “usualmente hago esto” y el puntaje 4 “hago esto con mucha frecuencia”. Sumando los puntajes de los ítems de cada escala se obtienen 13 puntajes, que definen el perfil de afrontamiento, estableciendo una jerarquía de los estilos y las estrategias de afrontamiento más usados.

4.4. Técnicas estadísticas para el proceso de información:

Para realizar el análisis de la información se utilizará la estadística descriptiva e inferencial. Los estadísticos y pruebas estadísticas a utilizar es el presente estudio se mencionan a continuación:

Frecuencia

La frecuencia (f) es definida como la cantidad de datos iguales o que se repiten en una población determinada (Pérez, 2009).

Prueba de chi cuadrado (X²)

Es una prueba estadística no paramétrica utilizada como prueba de significación, siendo el procedimiento de elección para el contraste de hipótesis. Esta prueba estadística se utiliza en el análisis de dos o más variables (Pérez, 2009).

Coefficiente de Correlación de Pearson:

El coeficiente de correlación Pearson es una medida de correlación que indica el grado de relación entre variables que se encuentran en un nivel de medición intervalar (Pérez, 2009).

4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información:

Para realizar el presente estudio se solicitara autorización a los directores de las comunidades terapéuticas “Nuevo Horizonte” y “Casa Hogar”, para luego realizar el muestreo y obtener el número de participantes.

Luego se procederá a aplicar los instrumentos psicológicos mencionados anteriormente. Por último, se construirá la base de datos en el paquete estadístico SPSS versión 21, con la finalidad de analizar los objetivos e hipótesis planteadas en presente estudio.

4.6. Aspectos éticos:

Para realizar la presente investigación se brindará la información necesaria a las personas que participen, mediante la aceptación del consentimiento informado, el cual deberá ser aceptado voluntariamente por los participantes, con la finalidad que conozcan del estudio; del mismo modo se reservarán los resultados obtenidos de los participantes de forma confidencial.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSION

5.1. Análisis descriptivo:

Tabla 02: Frecuencia por número de internamiento en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	23	36,5	36,5	36,5
	2- más	40	63,5	63,5	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes.

Elaboración propia

INTERPRETACIÓN: En la Tabla 02 se puede observar que existe un mayor porcentaje (63,5%) de sujetos consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes con dos o más internamientos.

Tabla 03: Frecuencia por edad en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	18-20	22	34,9	34,9
	21-40	27	42,9	77,8
	41-64	14	22,2	100,0
	Total	63	100,0	100,0

Fuente: Base de datos consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes.

Elaboración propia

INTERPRETACIÓN: En la Tabla 03 se puede observar que existe un mayor grupo de internos consumidores de sustancias psicoactivas en comunidades terapéuticas de Tumbes con edades entre los 21 – 40 años con un porcentaje del 42,9%.

Tabla 04: Frecuencia por edad y numero de internamiento en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.

		N° Internamientos			
		1		2- más	
Edad		Fr.	%	Fr.	%
			18 - 20	9	14,3
	21 - 40	11	17,5	16	25,4
	41 - 64	3	4,8	11	17,5
	Total	23	36,5	40	63,5

Fuente: Base de datos consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes.

Elaboración propia

INTERPRETACIÓN: En el Tabla 04 se observa que del total de la población el 25,40% se encuentra con edades entre los 21 – 40 años presentando más de 2 internamientos por consumo de sustancias psicoactivas en comunidades terapéuticas de Tumbes.

5.2. Análisis inferencial:

5.2.1. Resultados para determinar la relación entre la autoestima y los estilos de afrontamiento al estrés en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.

Tabla 05: Prueba “r” de Pearson para determinar la relación entre la autoestima y los estilos de afrontamiento al estrés en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.

		Media	Desviación típica	Autoestima
Cent. En el Problema	Correlación de Pearson	52,63	11,715	,058
	Sig. (unilateral)			,325
	N			63
Cent. En la emoción	Correlación de Pearson	52,24	10,471	,006
	Sig. (unilateral)			,482
	N			63
Otros estilos de afrontamiento	Correlación de Pearson	25,95	7,023	-,380**
	Sig. (unilateral)			,001
	N			63

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (unilateral).

Fuente: Base de datos consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes.

Elaboración propia

INTERPRETACIÓN: En la Tabla 05, se puede observar la correlación entre autoestima y los estilos de afrontamiento al estrés, empleando la prueba r de Pearson, que hace referencia a la existencia de una relación significativa entre las variables investigadas, donde el nivel de significación de la r de Pearson tiene que ser inferior a ($p < 0.05$); en el presente estudio el nivel de significancia es de .325 y .482 en lo que respecta a la relación entre autoestima y los estilos de afrontamiento centrado en el problema y centrados en la emoción, por lo tanto se determina que no existe una relación significativa entre las variables de estudio ya mencionadas; sin embargo en lo que respecta a la variable otros estilos de afrontamiento y autoestima, se logra determinar un nivel de correlación significativa de tipo inversa, con un puntaje de ,001 en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.

5.2.2. Resultados para Identificar los niveles de la autoestima en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes.

Tabla 06: frecuencias para identificar los niveles de la autoestima en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.

	Fr.	%	% acumulado
Medio	48	76,2	76,2
Niveles Alto	15	23,8	100,0
Total	63	100,0	

Fuente: Base de datos consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes.

Elaboración propia

INTERPRETACIÓN: En la Tabla 06 se observa que existe una mayor prevalencia del nivel de autoestima medio con 76,19%, seguido del nivel de autoestima alto con 23.81%, en los consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes.

5.2.3. Resultados para identificar los estilos de afrontamiento al estrés en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.

Tabla 07: frecuencia para identificar los estilos de afrontamiento al estrés en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.

		Nº Internamientos				Total
		Significativo		No Significativo		
		Fr.	%	Fr.	%	
Estilos de afrontamiento al estrés	Cent. Problema	15	23.8%	48	76.2%	100%
	Cent. Emoción	36	57.1%	25	42.9%	100%
	Otros Estilos	25	39.7%	38	60.3%	100%

Fuente: Base de datos consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes.

Elaboración propia

INTERPRETACIÓN: En la Tabla 07, se observa respecto a los estilos de afrontamiento al estrés, un mayor porcentaje de uso significativo del estilo centrado en las emociones, seguido de otros estilos de afrontamiento y por último del estilo centrado en los problemas.

5.2.4. Resultados para identificar los niveles de autoestima en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017, según la edad.

Tabla 08: Tabla de frecuencias para identificar los niveles de autoestima en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017, según la edad.

		Niveles de autoestima				Total %
		Medio		Alto		
Edad		Fr.	%	Fr.	%	
	18 – 20	18	28,6	4	6,3	34,9
	21 – 40	21	33,3	6	9,5	42,9
	41 – 64	9	14,3	5	7,9	22,2
Total		48	76,2	15	23,8	100

Fuente: Base de datos consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes.

Elaboración propia

INTERPRETACIÓN: En el Tabla 08 se puede observar que de la muestra total de consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades psicoterapéuticas de Tumbes, el 33,33% presentan niveles medios de autoestima y el 9,52% niveles de autoestima alta, ubicados entre los 21 años a 40 años de edad.

5.2.5. Resultados para identificar los niveles de la autoestima en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017, según el número de internamientos.

Tabla 09: Tabla de frecuencias para identificar los niveles de la autoestima en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017, según el número de internamientos.

		Niveles de autoestima				Total %
		Medio		Alto		
N° Internamientos		Fr.	%	Fr.	%	
	1	16	25,4	7	11,1	36,5
	2 - Más	32	50,8	8	12,7	63,5
Total		48	76,2	15	23,8	100

Fuente: Base de datos consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes.

Elaboración propia

INTERPRETACIÓN: En el Tabla 09 se aprecia una prevalencia de 50,8% de consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes han sido internados más de dos veces y se encuentran en un nivel de autoestima medio. También se observa que los residentes que se han internado más de dos veces presentan mayor porcentaje de niveles de autoestima alta con 12,7%.

5.2.6. Resultados para identificar los estilos de afrontamiento al estrés en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017, según la edad.

Tabla 10: frecuencias para identificar los estilos de afrontamiento al estrés en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017, según la edad.

Edad			Estilos de afrontamiento al estrés					
			Cent. P.		Cent. E.		Otros	
			No Sig.	Sig.	No Sig.	Sig.	No Sig.	Sig.
18 – 20	Fr.		17	5	10	12	13	9
	%		27	7,9	15,9	19	20,6	14,3
21 – 40	Fr.		20	7	10	17	15	12
	%		31,7	11,1	15,9	27	23,8	19
41 – 64	Fr.		11	3	7	7	10	4
	%		17,5	4,8	11,1	11,1	15,9	6,3
Total Fr.			48	15	27	36	38	25
Total %			76,2	23,8	42,9	57,1	60,3	39,7

Fuente: Base de datos consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes.

Elaboración propia

INTERPRETACIÓN: Se observa en la Tabla 10, que los residentes realizan con mayor frecuencia un uso significativo de los estilos de afrontamiento centrados en la emoción en todas las edades, 18 a 20 años (19%), 21 a 40 años (27%) y 41 a 64 años (11.1%); seguido de los otros estilos de afrontamiento 18 a 20 años (14.3%), 21 a 40 años (19%) y 41 a 64 años (6.3%).

5.2.7. Resultados para identificar los estilos de afrontamiento al estrés más significativos en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017, según el número de internamientos.

Tabla 11: Frecuencias para identificar los estilos de afrontamiento al estrés en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017, según el número de internamientos.

			Estilos de afrontamiento al estrés					
			Cent. P.		Cent. E.		Otros	
N° de internamiento			No Sig.	Sig.	No Sig.	Sig.	No Sig.	Sig.
1		Fr.	16	7	5	18	18	5
		%	25,4	11,1	7,9	28,6	28,6	7,9
2 – Más		Fr.	32	8	22	18	20	20
		%	50,8	12,7	34,9	28,6	31,7	31,7
Total Fr.			48	15	27	36	38	25
Total %			76,2	23,8	42,9	57,1	60,3	39,7

Fuente: Base de datos consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes.
Elaboración propia

INTERPRETACIÓN: En el Tabla 11, se observa que los residentes que tienen su primer internamiento utilizan con mayor frecuencia los estilos de afrontamiento centrados en la emoción (28.6%) y los que tienen 2 o más internamientos utilizan con mayor frecuencia los otros estilos de afrontamiento (31,7%).

5.3. Comprobación de hipótesis

Comprobación de Hipótesis Principal:

- **HP:** Existe relación significativa entre la autoestima y los estilos de afrontamiento al estrés en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.
- **H.0:** No existe relación significativa entre la autoestima y los estilos de afrontamiento al estrés en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.

Como se muestra en la Tabla N° 05 los coeficientes de correlación entre los estilos de afrontamiento al estrés y la autoestima son bajos y en otros estilos es negativa y baja, por lo que se comprueba que no existe correlación significativa entre la autoestima y los estilos de afrontamiento centrado en el problema y centrados en la emoción. Por lo tanto no se acepta la hipótesis general planteada en nuestro estudio, ya que no existe correlación entre la variable autoestima y los estilos de afrontamiento centrado en el problema, centrado en la emoción y los otros estilos de afrontamiento.

Comprobación de Hipótesis Secundarias

- **H.1:** Existe mayor prevalencia en uno de los niveles de autoestima en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.
- **H.0:** No existe mayor prevalencia en uno de los niveles de autoestima en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.

Como se muestra en la tabla 06 se acepta la hipótesis planteada, debido a que existe una mayor prevalencia en la autoestima en nivel promedio, sobre la autoestima alta y baja.

- **H.2:** Existe mayor prevalencia en uno de los estilos de afrontamiento en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.
- **H.0:** No existe mayor prevalencia en uno de los estilos de afrontamiento en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.

Como se muestra en la tabla 07 se acepta la hipótesis planteada, al encontrar que el estilo de afrontamiento centrado en la emoción se utiliza con mayor frecuencia que los estilos de afrontamiento centrados en el problema y los otros estilos de afrontamiento.

- **H.3:** Existe mayor prevalencia según edad en uno de los niveles de autoestima en los consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.
- **H.0:** No Existe mayor prevalencia según edad en uno de los niveles de autoestima en los consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.

Como se muestra en la tabla 08 se acepta la hipótesis planteada, ya que se encontró que mayor porcentaje de niveles medio y alto de autoestima en las personas que se encuentra entre los 21 – 40 años de edad.

- **H.4:** Existe mayor prevalencia según el número de internamientos en uno de los niveles de autoestima en los consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.
- **H.0:** No existe mayor prevalencia según el número de internamientos en uno de los niveles de autoestima en los consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017

Como se muestra en la tabla 09 se acepta la hipótesis, ya que se encontró que los residentes que han sido internados más de dos veces presentan mayores porcentajes

de autoestima media y alta que los residentes que han sido internados por primera vez.

- **H.5:** Existe mayor prevalencia según la edad en uno de los estilos de afrontamiento en los consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.
- **H.0:** No existe mayor prevalencia según la edad en uno de los estilos de afrontamiento en los consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.

Como se muestra en la tabla 10 no se acepta la hipótesis planteada, ya que los residentes realizan con mayor frecuencia un uso significativo de los estilos de afrontamiento centrados en la emoción en todas las edades.

- **H.6:** Existe mayor prevalencia según el número de internamiento en uno de los estilos de afrontamiento en los consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.
- **H.0:** No existe mayor prevalencia según el número de internamiento en uno de los estilos de afrontamiento en los consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.

Como se muestra en la tabla 11 se acepta la hipótesis planteada, porque los residentes que reciben un tratamiento de internamiento por primera vez utilizan con mayor frecuencia los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y los residentes que tienen 2 o más internamientos utilizan con mayor frecuencia los otros estilos de afrontamiento.

5.4. Discusión y conclusiones.

5.4.1. Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la autoestima y los estilos de afrontamiento al estrés en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes; los resultados

encontrados refieren que no existe correlación entre la autoestima y los estilos de afrontamiento centrado en el problema y centrados en la emoción; sin embargo existe correlación significativa de tipo inversa entre la autoestima y los otros estilos de afrontamiento. Resultados distintos se encontraron en el estudio realizado por Leiva, C. (2016), en la ciudad de Lima, donde encuentra relación directa y significativa entre la variable autoestima y los estilos de afrontamiento centrado en la emoción, centrado en problema y otros estilos de afrontamiento. Perea Ortiz (2012) en su estudio realizado en México, sobre la autoestima y los estilos de afrontamiento del adolescente ante las drogas, encontró que existe correlación positiva entre autoestima y el estilo de afrontamiento centrado en los problemas; asimismo encontró que cuando la autoestima es baja, las estrategias del afrontamiento son negativas.

También se planteó identificar los niveles de la autoestima en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, encontrándose mayor prevalencia de la autoestima es la del nivel medio seguido de la autoestima alta. Resultados similares se encontraron en las investigaciones realizada por Gámez, M., Guzmán, F., Ahumada, J., Alonso, M. y Da Silva, E. (2016) en su estudio realizado en México, en una muestra de estudiantes, encontró que el mayor porcentaje de la muestra presenta alta autoestima, seguida de la autoestima promedio y de la autoestima baja. Liberini, S., Rodríguez, G. y Romero, N. (2016) en Argentina, encontraron que la mayoría de participantes presentaron autoestima elevada. También se encontraron resultados similares en Castro, L. (2012), en su investigación realizado en Lima, donde encontró que la mayoría de residentes presentan una autoestima promedio y seguida de la autoestima superior.

En cuanto al objetivo que tuvo como finalidad identificar los estilos de afrontamiento al estrés en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes; encontramos un mayor porcentaje de uso significativo del estilo centrado en las emociones, seguido de otros estilos de afrontamiento y por último del estilo centrado en los problemas. Resultados similares se encontró en el estudio realizado por Saavedra, M. (2013), realizado en Lima, en una muestra de residentes internados en comunidades terapéuticas, encontró un mayor uso

del estilo de afrontamiento centrado en la emoción, seguido otros estilos de afrontamiento o afrontamiento evitativo y por último el estilo centrado en el problema. También Leiva, C. (2016), en su estudio realizado en Lima, encontró que el estilo de afrontamiento que más utilizan los participantes es el estilo de afrontamiento centrado en la emoción, seguido del afrontamiento enfocado en el problema y por último otros estilos de afrontamiento.

También se analizaron los niveles de autoestima según la edad, encontrándose que se encuentra mayor porcentaje de niveles medio y alto de autoestima en las personas que se encuentra entre los 21 – 24 años de edad, seguido las personas que tienen edades entre los 41 a 64 años. Montes, I., Escudero, V. y Martinez, J. (2012), en un estudio realizado en Colombia, encontró que a medida que aumenta la edad de los participantes, la autoestima tiende a disminuir.

En cuanto al análisis de los niveles de la autoestima en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, según el número de internamientos se encontró que los residentes que han sido internado más de dos veces presentan mayores porcentajes de autoestima media y alta, en comparación de los residentes que tienen su primer internamiento. No se han encontrado otras investigaciones que evalúen los niveles de autoestima según el número de internamiento en comunidades terapéuticas; pero si en pacientes internados por enfermedades cardiovasculares, encontrándose que el tiempo de enfermedad no presentaron correlación con los puntajes de autoestima (Gonzales, I., Dos Santos, E., Paiva, L., Spadoti, R. y Alcalá, D. (2016).

Asimismo en el presente estudio se encontró que los residentes realizan con mayor frecuencia un uso significativo de los estilos de afrontamiento centrados en la emoción en todas las edades, seguidos de los otros estilos de afrontamiento. Los estudios realizados por Rodríguez, A. (2016), en España y Saavedra, M. (2013), encontraron en cuanto a los estilos de afrontamiento según la edad, que no hay diferencias significativa ($p < .05$). Sin embargo se halló que los residentes utilizan con mayor frecuencia el estilo centrado en el problema en todas las edades.

Por último se encontró que según el número de internamientos, los residentes que reciben un tratamiento de internamiento por primera vez utilizan con mayor frecuencia los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y los residentes que tienen 2 o más internamientos utilizan con mayor frecuencia los otros estilos de afrontamiento. Saavedra, M. (2013) encontró que los residentes que han tenido 1 y 2 o más internamientos utilizan con mayor frecuencia el estilo de afrontamiento centrado en la emoción.

5.4.2. Conclusiones

- No se encontró relación entre la autoestima y los estilos de afrontamiento centrado en el problema y centrados en la emoción; pero si relación significativa de tipo inversa entre la autoestima y los otros estilos de afrontamiento.
- En cuanto al objetivo que tuvo como finalidad identificar los niveles de la autoestima en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, se halló mayor prevalencia de la autoestima de nivel medio.
- También se halló mayor porcentaje de uso significativo del estilo centrado en las emociones, y en último lugar los estilos centrados en los problemas.
- En cuanto a los niveles de autoestima según la edad, se encuentran con mayor porcentaje los niveles altos de autoestima en las personas que se encuentra entre los 21 – 40 años de edad.
- Respecto a los niveles de la autoestima según el número de internamientos, se encontró que los residentes que han sido internado más de dos veces presentan mayores porcentajes de autoestima media y alta.

- Los residentes realizan con mayor frecuencia un uso significativo de los estilos de afrontamiento centrados en la emoción en todas las edades, seguido de los otros estilos de afrontamiento.
- Los residentes que reciben un tratamiento de internamiento por primera vez, utilizan con mayor frecuencia los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y los residentes que tienen 2 o más internamientos utilizan con mayor frecuencia los otros estilos de afrontamiento.

5.4.3. Recomendaciones.

- Seguir realizando futuras investigaciones para el beneficio de las comunidades terapéuticas en la región de Tumbes.
- Evitar trabajar con residentes que hayan tenido mayor número de internamientos, ya que estos manipulan los instrumentos psicológicos produciendo alteración de los resultados.
- Para futuras investigaciones en las comunidades terapéuticas utilizar instrumentos de acuerdo a la capacidad de cada residente o crear cuestionarios entendibles para que los resultados sean favorables.
- Incluir a la población femenina en las investigaciones ya que es muy repetitivo trabajar solo con varones.

REFERENCIAS

- Alcántara, J. (1993). *¿Cómo educar la autoestima?* Barcelona, España: CEAC. S.A.
- Branden, N. (1995). *Seis pilares de la autoestima*. Barcelona, España: Ediciones Paidós.
- Beauregard, L., Bouffard, R. y Duclos, G. (2005) “*Autoestima: para quererse más y relacionarse*”. Madrid, España: Narcea Ediciones
- Carver, C., Scheier, M. y Weintraub, J. (1989). *Assessing coping strategies: A theoretically based approach*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Cabanach, R., Souto, A., Freire, C. y Ferradás, M. (2014). “*Relaciones entre autoestima y estresores percibidos en estudiantes universitarios*” *European Journal of Education and Psychology* 2014, 7 (1) 41-55
- Castillo, G. (2010). *Autoestima, ambiente familiar, depresión y riesgo suicida en adolescentes de lima metropolitana*. (Tesis para optar el grado académico de Magister). Universidad Nacional Federico Villarreal, Perú.
- Cassaretto, M. (2009). *Relación entre las cinco grandes dimensiones de la personalidad y el afrontamiento en estudiantes preuniversitarios de Lima Metropolitana*. (Tesis para optar el grado académico de Magíster en Psicología con mención en Psicología Clínica y de la Salud). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

Castañeda, A. (2013). *“Autoestima, claridad de autoconcepto y salud mental en adolescentes de Lima Metropolitana”* (Tesis para optar al grado de Licenciado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5094/CASTANEDA_DIAZ_ANNA_AUTOESTIMA_ADOLESCENTES.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Castro, L. (2012). Autoestima y autoeficacia en pacientes adictos en el centro de rehabilitación de Ñaña. *Revista De Psiquiatría Y Salud Mental “Hermilio Valdizán”* Vol. XIII N° 2 Julio - Diciembre 2012; pp. 03-21. Recuperado de: http://www.hhv.gob.pe/revista/2012/2012_12_01.pdf

CEDRO (2012). *El problema de las Drogas*. Lima: CEDRO.

Coopersmith, S. (1996) *“Inventario de autoestima de Coopersmith”*. Edit. Josuétest.

DEVIDA (2011). *“IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en la Población General de Perú - 2010”*. Lima -Perú.

Dominguez, B., Valderrama, P., Olvera, Y., Pérez, S., Cruz, A. y Gonzáles, M. (2002). *“Manual para el taller teórico – práctico de manejo del estrés”*. México D.F.: Editorial Plaza y Valdez.

Fernández, E (2009). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional*. (Tesis para optar el grado académico de doctor). Universidad de León: España.

Fernández, P. (2010). *“Estudio de los factores de riesgo y protección del consumo de sustancias en adolescentes”* (tesis doctoral). Universidad de Alcalá – España. Recuperado de: <http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/9003/TESIS%20FINAL%20MAYO%202010.pdf?sequence=1>

- Galán, A. (2000). *Conducta de enfermedad, estrategias de afrontamiento y calidad de vida: diferencias conceptuales y sus aplicaciones en enfermos pulmonares*. (Tesis para optar el grado académico de doctor). Universidad de Sevilla, España.
- Gámez, M., Guzmán, F., Ahumada, J., Alonso, M. y Da Silva, E. (2016). *Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes escolarizados*. *Revista Nure Investigación* 14(88) Junio- Julio 2017. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Mario_Gamez-Medina/publication/317290043_Autoestima_y_consumo_de_alcohol_en_adolescentes_escolarizados/links/593059d90f7e9beee761e274/Autoestima-y-consumo-de-alcohol-en-adolescentes-escolarizados.pdf
- Graña, J. (1994). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: España: Editorial Debate.
- Guevara, G., Hernández, H., & Flores, T. (2001). Estilos de afrontamiento al estrés en pacientes drogadependientes. *Revista de Investigación en Psicología*, 4(1), 53-65. Recuperado por: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v04_n1/pdf/a03v4n1.pdf
- Gonzales, I., Dos Santos, E., Paiva, L., Spadoti, R. y Alcalá, D. (2016). *Ansiedad, depresión, resiliencia y autoestima en individuos con enfermedades cardiovasculares*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02836.pdf
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista P. (2010). *Metodología de investigación*. México D.F.: McGraw – Hill Interamericana.
- Lazarus R. & Folkman S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca S.A.

- Leiva, L., Pineda, M. y Encina, Y. (2013). “Autoestima y apoyo social como predictores de la resiliencia en un grupo de adolescentes en vulnerabilidad social”. *Revista de Psicología*, 22(2), 111-123. doi: 10.5354/0719-0581.2013.30859. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/264/26430690011/>
- Leiva, C. (2016). “Autoestima y estilos de afrontamiento al estrés, en el personal de salud de la Policía Nacional del Perú, red norte y red oeste, lima, 2016” (Tesis para optar al grado académico de magister). Universidad Peruana Unión: Perú. Recuperado de: http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/679/Carla_Tesis_Maestr%C3%ADa_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Liberini, S., Rodríguez, G. y Romero, N. (2016). *El rol de la autoestima, la personalidad y la familia en el consumo de alcohol en la adolescencia*. *Revista Psocial* Vol. 2 (1) 2016 pp. 27-37. Recuperado de: <http://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/view/1469/1513>
- Mescua, Ñ. (2010). Relación entre el nivel de autoestima y el tipo de familia de procedencia de los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos: recuperado por: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/247/Mescua_%C3%B1g.pdf?sequence=1.
- Montes, I., Escudero, V. y Martinez, J. (2012). Nivel de autoestima de adolescentes escolarizados en zona rural de Pereira, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41 (3), 485-495. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v41n3/v41n3a03.pdf>

- Montoya, M. (2001). “*Autoestima: Estrategias para vivir mejor con PNL y desarrollo humano*”. México D.F.: Editorial Pax México
- Moreno, M. (2016). *Inteligencia emocional y estilos de afrontamiento del estrés en personas adictas a sustancias*. (Tesis de pregrado). Universidad Pontificia Comillas, Madrid. Recuperado de: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/13285/TFM000398.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- NIDA (2001). *Principios de tratamiento para la drogadicción: una guía basada en investigaciones*. Recuperado de: <http://www.nida.nih.gov/PODAT/Spanish/PODATIndex.html>.
- Perea, O. (2012), “*Autoestima y estilos de afrontamiento del adolescente ante las drogas*”. (Tesis para optar al grado de magister). Universidad de Querétaro: México.
- Pérez, A. (2009). *Guía metodológica para anteproyectos de investigación*, Tercera edición. Fondo editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (FEDUPEL). Venezuela.
- Rodríguez, A. (2016). *Sentido de vida y estilos de afrontamiento. Análisis comparativo con población drogodependiente y general*. (Tesis de pregrado). Universidad Francisco de Victoria, Madrid. Recuperado de: <http://ddfv.ufv.es/handle/10641/1230>
- Saavedra, L. (2013) *Afrontamiento al estrés en consumidores de drogas internados en comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Federico Villarreal: Lima.
- Sandín, B. (1995). *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.

Solís, J. (1997). *Autoestima, autoconcepto y salud mental*. Revista Psicológica y Salud. Universidad Veracruzana.

Solis, C. & Vidal, A. (2006). *Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes*. Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizán, 7(1), 33-39.

Torres, E. y Luna, J. (1995). *Desarrollo de la autoestima en niños y adolescentes*. Lima: B. F Skinner.

ANEXOS Y APENDICES

ANEXO A

ESCALA DE AUTOESTIMA MODIFICADA DE STANLEY COOPERSMITH

INSTRUCCIONES

Estamos interesados en conocer el nivel de autoestima de cada individuo, ya que este es un juicio personal de valía, que es expresado en las actitudes que el individuo toma hacia sí mismo. Es una experiencia subjetiva que se transmite a los demás por reportes verbales o conducta manifiesta

A continuación encontrará una lista de frases, marque con una “X” sobre la letra V (Verdadero lo que siente) y F (Falso lo que siente).

No hay respuestas correctas e incorrectas, todas valen.

Ejemplo:

Siento miedo cuando doy examen.	V	F
---------------------------------	---	---

Esto quiere decir que la persona no siente miedo cuando da examen.

Gracias por su colaboración.

ENUNCIADOS		
1. Generalmente los problemas me afectan poco.	V	F
2. Me resulta difícil hablar en frente de un grupo.	V	F
3. Hay muchas cosas de mí que cambiaría si pudiese.	V	F
4. Puedo tomar decisiones sin dificultad.	V	F
5. No soy tan simpático (a) como los demás.	V	F
6. Me altero fácilmente en casa.	V	F
7. Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cualquier cosa nueva.	V	F
8. Soy popular entre las personas de mi edad.	V	F
9. Generalmente mi familia considera mis sentimientos.	V	F
10. Me rindo fácilmente.	V	F
11. Mi familia espera mucho de mí.	V	F
12. Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy.	V	F
13. Es bastante difícil ser “Yo mismo”.	V	F
14. Mis compañeros usualmente aceptan mis ideas.	V	F
15. Tengo una pobre opinión acerca de mí mismo.	V	F
16. En muchas ocasiones me gustaría irme de mi casa.	V	F
17. Frecuentemente me siento desalentado con lo que hago.	V	F
18. Soy menos atractivo (a) que la mayoría de a gente.	V	F
19. Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.	V	F
20. Mi familia me comprende.	V	F
21. Muchas personas son más preferidas que yo.	V	F
22. Frecuentemente siento que mi familia me presiona.	V	F
23. Con frecuencia me siento descontento con mi trabajo.	V	F
24. Me gustaría ser otra persona.	V	F
25. No soy digno de confianza.	V	F

ANEXO B

INVENTARIO DE ESTIMACION DEL AFRONTAMIENTO (COPE)

INSTRUCCIONES

Estamos interesados en conocer la forma cómo responden las personas cuando se enfrentan a diferentes tipos de problemas, dificultades o situaciones estresantes en sus vidas.

Hay muchas maneras de manejar esas situaciones. Este cuestionario te pide indicar qué es lo que *tú generalmente* haces o sientes cuando experimentas este tipo de situaciones. Naturalmente, en diferentes situaciones reaccionas en forma diferente, pero piensa *qué es lo que habitualmente haces tú*.

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones sobre cómo actuar o sentir en esas situaciones. Señala en cada una de ellas si coinciden o no con tu propia forma de actuar o sentir, de acuerdo a lo siguiente:

- | |
|---|
| 1 = Casi nunca hago esto |
| 2 = A veces hago esto |
| 3 = Usualmente hago esto |
| 4 = Hago esto con mucha frecuencia |

**NO IMPORTA LO QUE LA MAYORÍA DIRÍA O HARÍA.
ELIGE LA RESPUESTA MÁS ADECUADA PARA TI.**

Qué es lo que tú generalmente haces o sientes cuando experimentas situaciones difíciles, estresantes

Afirmaciones	1 Casi nunca hago esto	2 A veces hago esto	3 Usualmente hago esto	4 Hago esto con mucha frecuencia
1. Hago actividades adicionales para quitarme de encima el problema				
2. Trato de idear una estrategia sobre lo que debo de hacer				
3. Dejo de lado otras actividades para poder concentrarme en el problema				
4. Me fuerzo a mí mismo (a) a esperar el momento apropiado para hacer algo				
5. Le pregunto a personas que han tenido experiencias similares, qué hicieron				
6. Hablo de mis sentimientos con alguien				
7. Busco el lado bueno en lo que está sucediendo				
8. Aprendo a vivir con el problema				
9. Busco la ayuda de Dios				
10. Me molesto y doy rienda suelta a mis				

emociones				
11. Me rehuso a creer que eso ha sucedido				
12. Dejo de realizar intentos para conseguir lo que quiero				
13. Me dedico al trabajo o a otras actividades para no pensar en la situación estresante				
14. Concentro mis esfuerzos en hacer algo respecto al problema				
15. Hago un plan de acción				
16. Me concentro en tratar este problema y, si es necesario, dejo de lado otras cosas				
17. No hago nada hasta que la situación lo permita				
18. Trato de conseguir el consejo de alguien sobre qué hacer				
19. Trato de conseguir apoyo de amigos o parientes				
20. Intento ver el problema desde un punto de vista diferente, para hacerlo parecer más positivo				
21. Acepto que el hecho ha ocurrido y que no puede ser cambiado				
22. Pongo mi confianza en Dios				
23. Dejo salir mis sentimientos				
24. Me hago la idea de que nada ha ocurrido				
25. Dejo de intentar alcanzar mi meta				
26. Me voy al cine o veo televisión para pensar menos en eso				
27. Hago paso a paso lo que debe hacerse				
28. Pienso bastante sobre los pasos que debo seguir				
29. No me dejo distraer por otros pensamientos o actividades				
30. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar demasiado rápido				
31. Hablo con alguien que pueda saber más de la situación				
32. Hablo con alguien sobre cómo me siento				
33. Aprendo algo de la experiencia				
34. Me acostumbro a la idea de que el hecho sucedió				
35. Intento encontrar consuelo en mi religión				
36. Siento que me altero mucho y expreso demasiado todo lo que siento				
37. Actúo como si no hubiese ocurrido				
38. Admito que no puedo lidiar con el problema, y dejo de intentar resolverlo				
39. Sueño despierto (a) con cosas distintas al problema				
40. Realizo acciones dirigidas a enfrentar el problema				
41. Pienso en cómo podría manejar mejor				

el problema				
42. Trato de evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos para enfrentar la situación				
43. Me controlo para no hacer las cosas apresuradamente				
44. Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto sobre el problema				
45. Busco la simpatía y la comprensión de alguien				
46. Trato que mi experiencia me haga, o me lleve a madurar				
47. Acepto la realidad de lo sucedido				
48. Rezo más que de costumbre				
49. Me molesto y soy consciente de ello				
50. Me digo a mi mismo (a) "esto no es real"				
51. Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en solucionar un problema				
52. Duermo más de lo usual				

ANEXO C

Pruebas de validez y confiabilidad de los instrumentos.

Inventario de Autoestima de Coopersmith

Análisis de confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith

Tabla 12: Análisis de confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith

Estadísticos de fiabilidad		
Componente	Alfa de Cronbach	N de elementos
Inventario de Autoestima de Coopersmith	,767	25

ANEXO D

Análisis de validez del Inventario de Autoestima de Coopersmith

Tabla 13: Estadísticos de validez de constructo ítem-test del Inventario de Autoestima de Coopersmith

ÍTEMS	r	Sig.	ÍTEM S	r	Sig.
1	-,124	,00**	14	,383	,00**
2	,388	,00**	15	,340	,00**
3	,250	,00**	16	,411	,00**
4	,591	,00**	17	,572	,00**
5	-,289	,00**	18	,313	,00**
6	,358	,00**	19	,272	,00**
7	,415	,00**	20	,285	,00**
8	,060	,00**	21	,498	,00**
9	,228	,00**	22	,383	,00**
10	,223	,00**	23	,388	,00**
11	,080	,00**	24	,357	,00**
12	,354	,00**	25	,431	,00**
13	,360	,00**			

ANEXO E

Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE)

Análisis de confiabilidad del Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE)

Tabla 14: Análisis de confiabilidad del Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE)

Componente	Alfa de Cronbach	N de elementos
Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE)	,931	52

ANEXO F

Análisis de validez del Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE)

Tabla 15: Estadísticos de validez de constructo ítem-test del Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE)

ÍTEMS	r	Sig.	ÍTEMS	r	Sig.	ÍTEM S	r	Sig.
1	,463	,00**	19	,527	,00**	37	,533	,00**
2	,390	,00**	20	,513	,00**	38	,367	,00**
3	,434	,00**	21	,453	,00**	39	,313	,00**
4	,453	,00**	22	,504	,00**	40	,512	,00**
5	,628	,00**	23	,603	,00**	41	,651	,00**
6	,041	,00**	24	,445	,00**	42	,528	,00**
7	,459	,00**	25	,151	,00**	43	,375	,00**
8	,284	,00**	26	,423	,00**	44	,644	,00**
9	,361	,00**	27	,528	,00**	45	,557	,00**
10	,327	,00**	28	,391	,00**	46	,529	,00**
11	,467	,00**	29	,413	,00**	47	,526	,00**
12	,436	,00**	30	,513	,00**	48	,403	,00**
13	,583	,00**	31	,612	,00**	49	,567	,00**
14	,435	,00**	32	,312	,00**	50	,394	,00**
15	,370	,00**	33	,528	,00**	51	,294	,00**
16	,482	,00**	34	,123	,00**	52	,328	,00**
17	,279	,00**	35	,425	,00**			
18	,558	,00**	36	,506	,00**			

ANEXO G
MATRIZ DE CONSISTENCIA

Relación entre Autoestima y los Estilos de Afrontamiento al Estrés en Consumidores de Sustancias Psicoactivas Internados en Comunidades Terapéuticas de Tumbes, 2017

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis.	VARIABLES	Metodología
<p>Problema Principal</p> <p>¿Cuál es la relación existente entre autoestima y los estilos de afrontamiento al estrés en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017?</p> <p>Problemas Secundarios</p> <p>¿Cuáles son los niveles de autoestima en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017?</p> <p>¿Cuáles son los estilos de afrontamiento al estrés más significativos en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017?</p> <p>¿Cuáles son los niveles de la autoestima en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, según la edad?</p> <p>¿Cuáles son los niveles de la autoestima en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, según el número de internamientos?</p> <p>¿Cuáles son los estilos de afrontamiento al estrés más significativos en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, según la edad?</p> <p>¿Cuáles son los estilos de afrontamiento al estrés más significativos en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, según el número de internamientos?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación entre la autoestima y los estilos de afrontamiento al estrés en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Identificar los niveles de la autoestima en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes.</p> <p>Identificar los estilos de afrontamiento al estrés más significativos en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes.</p> <p>Identificar los niveles de autoestima en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, según la edad.</p> <p>Identificar los niveles de la autoestima en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, según el número de internamientos.</p> <p>Identificar los estilos de afrontamiento al estrés más significativos en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, según la edad.</p> <p>Identificar los estilos de afrontamiento al estrés más significativos en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, según el número de internamientos.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Existe relación significativa entre la autoestima y los estilos de afrontamiento al estrés en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>H.1: Existe mayor prevalencia en uno de los niveles de autoestima en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.</p> <p>H.2: Existe mayor prevalencia en uno de los estilos de afrontamiento en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.</p> <p>H.3: Existe mayor prevalencia según edad en uno de los niveles de autoestima en los consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.</p> <p>H.4: Existe mayor prevalencia según el número de internamientos en uno de los niveles de autoestima en los consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.</p> <p>H.5: Existe mayor prevalencia según la edad en uno de los estilos de afrontamiento en los consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.</p> <p>H.6: Existe mayor prevalencia según el número de internamiento en uno de los estilos de afrontamiento en los consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Tumbes, 2017.</p>	<p>Definición conceptual</p> <p>Autoestima Es un juicio personal de valía, que es expresado en las actitudes que el individuo toma hacia sí mismo. Es una experiencia subjetiva que se transmite a los demás por reportes verbales o conducta manifiesta (Coopersmith, 1995).</p> <p>Estilos de Afrontamiento Son aquellas predisposiciones personales para hacer frente a las diversas situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de ciertas estrategias de afrontamiento (Fernández– Abascal, 2002).</p> <p>Definición operacional</p> <p>Autoestima Se mide a través de la Escala de Autoestima de Stanley Coopersmith.</p> <p>Estilos de Afrontamiento Se mide a través del Inventario de Estimación del afrontamiento (COPE).</p>	<p>Tipo de Investigación Por el tipo de investigación, el presente estudio reúne las condiciones metodológicas de una investigación descriptivo-correlacional.</p> <p>Diseño de la Investigación El diseño de investigación a utilizar será el diseño no experimental, donde no se pretende manipular las variables</p> <p>Diseño muestral:</p> <p>Población Estuvo conformada por 63 personas del sexo masculino, que se encuentren recibiendo tratamiento residencial en las comunidades terapéuticas “Nuevo Horizonte” y “Casa Hogar” de la Provincia de Tumbes, 2017.</p> <p>Muestra Se considerará a toda la población, por tanto se contará con una población muestral.</p> <p>Instrumentos Inventario de Autoestima de Coopersmith Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE)</p>

ANEXO H

N°	Internamiento	Edad	Auto1	Auto2	Auto3	Auto4	Auto5	Auto6	Auto7	Auto8	Auto9	Auto10	Auto11	Auto12	Auto13	Auto14	Auto15	Auto16	Auto17	Auto18	Auto19	Auto20	Auto21	Auto22	Auto23	Auto24	Auto25	Total	Nivel	
1	2- más	41 - 64	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	80	Alto	
2	2- más	41 - 64	VERDA DERO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	88	Alto	
3	1	18 - 20	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	40	Medio	
4	2- más	21 - 40	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	36	Medio
5	2- más	41 - 64	VERDA DERO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	88	Alto	
6	1	21 - 40	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	80	Alto
7	1	21 - 40	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	72	Medio
8	1	21 - 40	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	68	Medio	
9	1	41 - 64	FALSO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	72	Medio
10	1	21 - 40	VERDA DERO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	88	Alto	
11	1	18 - 20	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	68	Medio
12	2- más	41 - 64	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	68	Medio	
13	2- más	41 - 64	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	88	Alto	
14	2- más	21 - 40	FALSO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	56	Medio	
15	1	21 - 40	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	84	Alto	
16	2- más	41 - 64	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	28	Medio
17	1	21 - 40	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	64	Medio
18	2- más	21 - 40	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	88	Alto	
19	2- más	18 - 20	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	60	Medio	
20	1	41 - 64	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	68	Medio	
21	2- más	18 - 20	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	FALSO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	VERDA DERO	36	Medio

Afro28	Afro29	Afro30	Afro31	Afro32	Afro33	Afro34	Afro35	Afro36	Afro37	Afro38	Afro39	Afro40	Afro41	Afro42	Afro43	Afro44	Afro45	Afro46	Afro47	Afro48	Afro49	Afro50	Afro51	Afro52	C. P.	C.P. nivel	C.E.	C.E. nivel	Otros	Otros Nivel		
mucha frecuencia	casi nunca	a veces	casi nunca	usualmente	casi nunca	mucha frecuencia	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	a veces	a veces	usualmente	mucha frecuencia	a veces	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	a veces	mucha frecuencia	casi nunca		43	33	NO SIG NIFI CAT IVO	19	NO SIG NIFI CAT IVO	NO SIGNIFICATIVO	
mucha frecuencia	casi nunca	a veces	mucha frecuencia	usualmente	mucha frecuencia	mucha frecuencia	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	a veces	mucha frecuencia	a veces	mucha frecuencia	casi nunca	usualmente	casi nunca	mucha frecuencia	mucha frecuencia	casi nunca	a veces	casi nunca	a veces	casi nunca		47	50	NO SIG NIFI CAT IVO	18	NO SIG NIFI CAT IVO	NO SIGNIFICATIVO	
a veces	usualmente	a veces	a veces	casi nunca	mucha frecuencia	a veces	casi nunca	casi nunca	casi nunca	usualmente	a veces	casi nunca	casi nunca	a veces	mucha frecuencia	mucha frecuencia	a veces	mucha frecuencia	usualmente	casi nunca	casi nunca	casi nunca	a veces	casi nunca		47	45	NO SIG NIFI CAT IVO	18	NO SIG NIFI CAT IVO	NO SIGNIFICATIVO	
casi nunca	usualmente	casi nunca	casi nunca	mucha frecuencia	casi nunca	a veces	usualmente	a veces	a veces	usualmente	casi nunca	a veces	usualmente	casi nunca	usualmente	a veces	mucha frecuencia	a veces	usualmente	casi nunca	a veces	a veces	casi nunca	usualmente		44	43	NO SIG NIFI CAT IVO	26	NO SIG NIFI CAT IVO	NO SIGNIFICATIVO	
casi nunca	casi nunca	casi nunca	usualmente	usualmente	usualmente	usualmente	usualmente	usualmente	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	usualmente	usualmente	usualmente	usualmente	usualmente	usualmente	casi nunca	casi nunca		29	47	NO SIG NIFI CAT IVO	20	NO SIG NIFI CAT IVO	NO SIGNIFICATIVO
mucha frecuencia	mucha frecuencia	mucha frecuencia	mucha frecuencia	usualmente	mucha frecuencia	a veces	mucha frecuencia	usualmente	a veces	a veces	mucha frecuencia	casi nunca	a veces	usualmente	usualmente	usualmente	mucha frecuencia	mucha frecuencia	mucha frecuencia	mucha frecuencia	usualmente	mucha frecuencia	a veces	a veces		54	57	NO SIG NIFI CAT IVO	32	SIG NIFI CAT IVO	SIGNIFICATIVO	
usualmente	a veces	usualmente	usualmente	usualmente	usualmente	usualmente	usualmente	usualmente	usualmente	usualmente	usualmente	usualmente	usualmente	usualmente	usualmente	usualmente	usualmente	usualmente	usualmente	usualmente	usualmente	usualmente	usualmente	usualmente		57	59	NO SIG NIFI CAT IVO	32	SIG NIFI CAT IVO	SIGNIFICATIVO	
casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca		20	20	NO SIG NIFI CAT IVO	12	NO SIG NIFI CAT IVO	NO SIGNIFICATIVO	
mucha frecuencia	usualmente	casi nunca	usualmente	mucha frecuencia	mucha frecuencia	casi nunca	a veces	a veces	casi nunca	a veces	mucha frecuencia	casi nunca	mucha frecuencia	mucha frecuencia	mucha frecuencia	mucha frecuencia	mucha frecuencia	usualmente	a veces	mucha frecuencia	mucha frecuencia	mucha frecuencia	mucha frecuencia	casi nunca		54	57	NO SIG NIFI CAT IVO	36	SIG NIFI CAT IVO	SIGNIFICATIVO	
a veces	usualmente	usualmente	mucha frecuencia	casi nunca	mucha frecuencia	mucha frecuencia	mucha frecuencia	casi nunca	usualmente	casi nunca	a veces	usualmente	mucha frecuencia	mucha frecuencia	usualmente	usualmente	mucha frecuencia	mucha frecuencia	mucha frecuencia	mucha frecuencia	a veces	casi nunca	casi nunca	casi nunca		66	61	SIG NIFI CAT IVO	21	SIG NIFI CAT IVO	NO SIGNIFICATIVO	
mucha frecuencia	mucha frecuencia	a veces	mucha frecuencia	a veces	mucha frecuencia	casi nunca	casi nunca	a veces	mucha frecuencia	casi nunca	casi nunca	a veces	a veces	mucha frecuencia	mucha frecuencia	usualmente	a veces	mucha frecuencia	mucha frecuencia	mucha frecuencia	a veces	a veces	a veces	mucha frecuencia		60	55	SIG NIFI CAT IVO	23	SIG NIFI CAT IVO	NO SIGNIFICATIVO	
mucha frecuencia	a veces	mucha frecuencia	usualmente	usualmente	mucha frecuencia	usualmente	mucha frecuencia	mucha frecuencia	usualmente	usualmente	casi nunca	usualmente	usualmente	mucha frecuencia	mucha frecuencia	usualmente	usualmente	mucha frecuencia	mucha frecuencia	usualmente	mucha frecuencia	usualmente	a veces	a veces		70	64	SIG NIFI CAT IVO	32	SIG NIFI CAT IVO	SIGNIFICATIVO	
casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca	a veces	a veces	a veces	a veces	a veces	a veces	usualmente	usualmente	usualmente	mucha frecuencia	mucha frecuencia	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca			41	52	NO SIG NIFI CAT IVO	23	SIG NIFI CAT IVO	NO SIGNIFICATIVO	
usualmente	usualmente	a veces	usualmente	mucha frecuencia	mucha frecuencia	usualmente	casi nunca	usualmente	a veces	casi nunca	casi nunca	usualmente	usualmente	usualmente	a veces	a veces	casi nunca	mucha frecuencia	usualmente	casi nunca	usualmente	a veces	casi nunca	casi nunca		50	45	NO SIG NIFI CAT IVO	22	NO SIG NIFI CAT IVO	NO SIGNIFICATIVO	
mucha frecuencia	mucha frecuencia	mucha frecuencia	usualmente	mucha frecuencia	mucha frecuencia	casi nunca	casi nunca	casi nunca	mucha frecuencia	casi nunca	usualmente	mucha frecuencia	mucha frecuencia	mucha frecuencia	mucha frecuencia	usualmente	usualmente	mucha frecuencia	mucha frecuencia	usualmente	mucha frecuencia	casi nunca	casi nunca	casi nunca		77	63	SIG NIFI CAT IVO	26	SIG NIFI CAT IVO	NO SIGNIFICATIVO	

