



PONTIFICIA  
**UNIVERSIDAD**  
**CATÓLICA**  
DEL PERÚ

**FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS**

**ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA**

**Consumo de drogas, percepción de riesgo y afrontamiento en soldados del Ejército**

Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica

que presenta el bachiller:

**EDGARDO ENRIQUE LLERENA HENZLER**

**ASESORA: NANCY EUFEMIA VALDEZ HUARCAYA**

Lima, 2015

## Agradecimientos

A mis padres, Edgardo y Betty, por haberme permitido estudiar esta maravillosa carrera y haberme apoyado de distintas maneras en todo el proceso.

A mi enamorada, Ana Paula, por su invaluable apoyo en las distintas etapas de la investigación y de toda la carrera.

A mi asesora, Nancy Valdez, por haber dedicado muchas horas de su tiempo a guiarme en el complejo proceso de investigar.

A Silvana Romero, por haberme recordado la importancia de la parsimonia y haberme ayudado centrarme en la información más relevante.

A Cecilia Chau, Mónica Cassaretto, Patricia Bárrig, Rocío Soto y Luis Tapia, quienes me orientaron en diversos aspectos de la investigación.

A Silvia Becerra, quien me ayudó a ordenarme y cumplir con las metas propuestas para este trabajo.

A todos los miembros de la tropa que voluntariamente participaron de este estudio, sin cuyo apoyo no hubiera sido posible.

A la Jefa del servicio de Psicología del hospital, Teniente Coronel María Magdalena Dibós, y las psicólogas, especialmente Rosemarie Rodríguez y Dora Pacheco, por haberme dado el tiempo y el espacio para poder realizar esta investigación.

A todos mis amigos y familiares que estuvieron atentos a los avances de esta tesis, muchas gracias por todo su apoyo.

## Resumen

El presente trabajo investiga la relación entre el consumo de drogas y la percepción de riesgo sobre sustancias psicoactivas, así como la relación entre el consumo y el afrontamiento en soldados de las fuerzas armadas del Perú. Participaron 87 varones miembros de la tropa hospitalizados, principalmente por problemas traumatológicos (61.2%); su promedio de edad fue de 21 años y un 62.1% terminó la secundaria sin iniciar estudios posteriores. Se les aplicó en forma anónima medidas del consumo de drogas, de la percepción de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas y de las estrategias de afrontamiento. Los análisis de correlación indican que la variable consumo de drogas no se relaciona con la percepción de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas, pero sí con el afrontamiento. La estrategia de uso de drogas se relaciona con el consumo de casi todas las drogas encuestadas. Otras estrategias de afrontamiento también se relacionan con el consumo de algunas drogas. Se discute las posibles explicaciones de estos hallazgos. Los resultados de la presente investigación pueden servir para ayudar a diseñar programas de promoción y prevención en salud con el fin de reducir el consumo de drogas en los miembros de la tropa.

**Palabras clave:** consumo de drogas, percepción de riesgo, afrontamiento, soldados, milicia

## Abstract

This research investigates the relationship between drug use and risk perception of drug use, as well as the relationship between drug use and coping among military personnel. 87 male troop members participated in this study. They were hospitalized mainly because of traumatologic problems (61.2%); their average age was 21 years old and 62.1% finished school without starting college. They were anonymously administered measures of drug use, risk perception of drug use and coping strategies. Correlational analyses indicated that drug use is related to coping, but not to risk perception of drug use. Drug use strategy is related to the consumption of almost all drugs in this study. Other coping strategies also relate to drug use. Possible explanations for these findings are discussed. The results of this research can be used to help design health promotion and prevention programs in order to reduce drugs use among troop members.

**Keywords:** drug use, risk perception, coping, soldiers, military

## Tabla de contenidos

Introducción .....	1
Método .....	11
Participantes .....	11
Medición .....	11
Procedimiento.....	13
Análisis de datos .....	14
Resultados .....	15
Discusión .....	19
Referencias .....	29
Anexos .....	37
Anexo A: Compromiso ético para trabajos de campo con poblaciones diferentes .....	39
Anexo B: Hoja de consentimiento informado .....	41
Anexo C: Ficha de datos sociodemográficos .....	42
Anexo D: Tabla A: Edad de inicio de consumo por droga.....	43
Anexo E: Tabla B: Percepción de riesgo del consumo de drogas por droga .....	44
Anexo F: Percepción de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas y Prevalencia de vida del consumo de drogas.....	45

En la presente investigación, la población estudiada está constituida por miembros de las fuerzas armadas que se encuentran realizando el servicio militar. La institución a la que pertenecen denomina a estas personas “tropa”, que está conformada principalmente por adolescentes y adultos jóvenes varones, divididos en rangos jerárquicos según el tiempo de servicio y su desempeño. Sus actividades diarias son variadas, dependiendo de la sede en la que se encuentren, pero sus funciones principales son el entrenamiento y el resguardo de la seguridad. En ese sentido, ellos son los llamados a combatir en caso de un enfrentamiento bélico. Más aún, si son destacados al Valle de los ríos Apurímac, Ene y Mantaro, conocido por sus siglas como VRAEM, son los encargados de hacer rondas nocturnas y enfrentarse a los narco terroristas que encuentren (Ministerio de Defensa [MINDEF], 2014). En tal sentido, son personas que están permanentemente expuestas a situaciones que podrían generar estrés, como enfrentamientos, accidentes, riesgo de muerte (El Comercio, 2014), lo que constituye un factor de riesgo para su salud.

Si bien, por políticas de seguridad nacional, las fuerzas armadas es un grupo al que es difícil acceder, existe una parte de la milicia que es más accesible, la cual está constituida por las personas que se están integrando al servicio o por aquellas que están en retiro (NIDA, 2013). La mayor parte de investigaciones en población militar han sido realizadas con veteranos de guerra.

Las sustancias psicoactivas, también llamadas drogas, son sustancias que pueden ser de origen sintético o natural que, al ser introducidas al organismo, afectan el sistema nervioso central, alterando el estado físico y mental del individuo. Dichas sustancias pueden producir dependencia, síndrome de abstinencia y necesidad de consumo por parte del individuo (Becoña, 2011). Estas sustancias pueden ser legales o ilegales, según las leyes de cada país; las cuales permiten o controlan su venta y/o consumo (Becoña & Oblitas, 2010). En el Perú, las drogas legales son el tabaco, el alcohol, los energizantes y aquellas drogas que requieren de prescripción médica para ser adquiridas. El resto de sustancias psicoactivas pertenecen al grupo de las drogas ilegales: marihuana, clorhidrato de cocaína, heroína, ketamina, entre otras (Comunidad Andina de Naciones [CAN], 2013a; CAN, 2013b).

En cuanto a sus efectos, estos varían según el tipo de droga, la vía de administración y el organismo mismo de la persona. En general, las drogas alteran tanto la estructura como el funcionamiento del cerebro (González, 2011; Rosa, Olivares-Olivares & Olivares, 2012). El consumo de drogas es considerado un problema de salud a nivel nacional (Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas [DEVIDA], 2011) e internacional (Observatorio Interamericano de Drogas [OID], 2011a). En ese sentido, muchos problemas

médicos y síndromes tóxicos están asociados al consumo de drogas ilegales. Por ejemplo, los problemas respiratorios pueden ser causados por el consumo de cocaína, *crack*, y cannabis; los problemas cardiovasculares, por el consumo de cocaína, anfetaminas y cannabis; el síndrome adrenérgico, por el consumo de cocaína, anfetaminas y fenciclidina; el síndrome narcótico, por el consumo de opiáceos, entre otros (Becoña, 2011).

En el caso del alcohol, su consumo a largo plazo y/o en cantidades excesivas produce una disminución de la actividad del sistema nervioso, ansiedad, depresión, tensión, inhibición social, deterioro en las capacidades cognitivas, desnutrición y cambios patológicos en los órganos vitales (Fiorentino, 2010). Además, puede ocasionar hipertensión arterial, eventos cerebrovasculares, cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer, anormalidades fisiológicas en hijos de madres bebedoras, trastornos del sueño y alteraciones inmunes (Taylor, 2007).

El tabaco también tiene efectos perjudiciales para la salud. El sistema nervioso central tiene receptores específicos para la nicotina, agente farmacológico responsable de la adicción. La nicotina activa el sistema nervioso simpático, provocando un incremento de la actividad cardiovascular, lo que ocasiona un descenso en la temperatura de la piel y el constreñimiento de las arteriolas. Asimismo, otros componentes del tabaco, como los alquitranes, son responsables de los efectos cancerígenos de esta droga. El consumo de tabaco también produce enfermedades respiratorias, trastornos sexuales, envejecimiento prematuro de la piel, úlceras, osteoporosis (Fiorentino, 2010). Adicionalmente, parece ser que fumar tabaco, en cualquiera de sus formas, hace a las personas más propensas a consumir otras drogas, además de tener efectos sinérgicos con otros factores de riesgo para la salud (Taylor, 2007). Además, consumir tabaco en la adolescencia se relaciona con algunos trastornos mentales e incrementa el riesgo de presentar comorbilidad de trastornos mentales años más tarde (Rosa et al., 2012).

En el caso del cannabis, se sabe que existen más de 400 cannabinoides. Los efectos en el individuo dependerán del tipo de cannabinoide consumido y la forma de administración del cannabis. El consumo de cannabis puede tener un efecto bifásico (una fase inicial de estimulación y una fase final de sedación) y ser responsable de diversos síntomas, desde mejorar el sueño y aumentar las expectativas de relaciones sexuales hasta disforia, ansiedad y síntomas paranoides (Rosa et al., 2012).

En cuanto a la cocaína, esta tiene efectos psicoestimulantes y analgésicos y ocasiona déficits en la función ejecutiva, la atención, la memoria operativa, la toma de decisiones, la capacidad para identificar emociones y la impulsividad. Como generalmente se consume asociada a otras drogas, como el alcohol, el tabaco y el cannabis, sus efectos se ven potenciados por estas drogas. Las formas de presentación de la cocaína son tan variadas como

las formas de administración y la intensidad de los efectos está en función de la combinación de estas dos variables. Mientras mayor sea la intensidad y menor el tiempo de espera para sentir los efectos, la cocaína tendrá un mayor poder adictivo (Rosa et al., 2012).

En relación a los energizantes, se han realizado pocos estudios con estas sustancias. Esto se debe a que su introducción al mercado es mucho más reciente que la de las otras drogas, aunque su consumo se ha incrementado en un 25% en los últimos años en Latinoamérica (Zenith International, 2013). En cuanto a sus efectos, al tener estos cafeína y/o taurina, estas bebidas son estimulantes. A largo plazo o en un consumo abundante, los efectos pueden ser angina de pecho, arritmia cardíaca (latidos irregulares) e, incluso, muerte súbita (Drici, 2014).

A pesar de los efectos nocivos que las sustancias psicoactivas tienen en los individuos que las consumen, muchas personas en el mundo siguen utilizando estas sustancias y muy pocas buscan ayuda (Observatorio Argentino de Drogas [OAD], 2010). Incluso, a pesar de tener información adecuada acerca de sus consecuencias perjudiciales para la salud, Zárate, Zavaleta, Danjoy, Chanamé, Prochazka, Salas y Maldonado (2006) encontraron que la prevalencia de vida de sustancias psicoactivas en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad privada de Lima fue de 94.3% para el alcohol, 81.9% para el tabaco, 16.7% para la marihuana, 7.6% para el clorhidrato de cocaína y 7.5% para la PBC.

En el Perú, la prevalencia de vida del consumo de alcohol en el 2012 en la población general fue de 87.8%, mientras que la prevalencia de vida del tabaco fue de 56.7% en la misma población (Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas [CEDRO], 2012). En cambio, se sabe que la prevalencia de vida de las drogas ilegales en el 2010 era de 3.8% para la marihuana, 1.7% para la cocaína, 1.5% para pasta básica de cocaína (PBC), 0.2% para los inhalantes, 0.2% para el éxtasis y 0.2% para otras drogas, incluyendo crack, heroína, opio, morfina, hachís, alucinógenos y ketamina (DEVIDA, 2011). No obstante, la prevalencia de algunas drogas aumentó para el año 2012: 5.62% para la marihuana, 2.09% para la PBC, 1.4% para la cocaína y 1.53% para el éxtasis (CEDRO, 2012).

Existen diferencias en el consumo a nivel nacional en la población general según el sexo y según la edad de los individuos. Para las drogas legales e ilegales, la prevalencia anual es mayor en hombres que en mujeres; así, la prevalencia para las drogas legales es del 62% en hombres y del 48.6% en mujeres, y para las drogas ilegales, es del 2.8% en hombres y 0.4% en mujeres. No obstante, la situación se invierte en el caso de las drogas médicas sin prescripción (1.2% en hombres y 1.5% en mujeres). Por otro lado, el grupo etario que

presenta la mayor prevalencia anual de consumo de drogas legales y drogas médicas sin prescripción son las personas que tienen entre 26 y 35 años, mientras que las personas que tienen entre 19 y 25 años presentan una mayor prevalencia anual de consumo de drogas ilícitas (DEVIDA, 2011).

En la población universitaria, grupo vulnerable por estar conformado en su mayoría por adolescentes y adultos jóvenes, las estadísticas demuestran un consumo elevado para las drogas ilícitas en comparación con la población general. Sin embargo, para las drogas legales, la diferencia es ligera y el consumo es mayor en la población general. A nivel nacional, la prevalencia de vida del alcohol en los universitarios es de 87.07%, la del tabaco es de 59.86%, la de la marihuana es de 11.58%, la de los tranquilizantes sin prescripción médica es de 10.53%, la de la cocaína es de 2.78% y la de los estimulantes sin prescripción médica es de 1.01%, (CAN, 2013b). A nivel internacional, la prevalencia de vida del alcohol supera el 75%, la del tabaco supera el 55%, la de la marihuana supera el 11.5%, la de los tranquilizantes sin prescripción médica supera el 1.5%, la de la cocaína supera el 1.5% y la de los estimulantes sin prescripción médica supera el 0.5% (CAN, 2013a).

Estos niveles de consumo tienen diferentes explicaciones. Una de ellas es el denominado mito del control, el cual plantea que la tendencia generalizada a controlar el riesgo es lo que mantiene una alta sensación de control del consumo (García, 2012). Otra explicación está a nivel neurobiológico y plantea que el consumo de sustancias altera el circuito de recompensa (Becoña, 2011; González, 2011). Sin embargo, ninguno de estos fenómenos explica por sí solo el consumo de sustancias psicoactivas.

En las distintas fases del consumo de drogas, existen diversos factores que pueden fomentar el consumo o disuadir al sujeto de consumirlas. Por ejemplo, en la fase previa al consumo, es importante evaluar la predisposición del sujeto a consumir o probar sustancias psicoactivas. En las siguientes fases del consumo, esta predisposición abre paso a otros factores que intervienen en el inicio y mantenimiento de la conducta de consumo y/o abuso de las sustancias psicoactivas.

Otro factor muy importante es la percepción de riesgo (Becoña, 1999), la cual se define como el proceso cognitivo que utiliza información de distintas fuentes de la vida de un individuo para organizar un juicio o valor respecto de una situación real o imaginada (Pastor, 2000). En tal sentido, es la percepción del riesgo lo que guía la conducta humana y no el riesgo en sí mismo. En el consumo de drogas, la percepción de riesgo se define como la idea subjetiva que tiene un individuo acerca de si consumir una droga es peligroso o no (Becoña,



2011; CAN, 2013a; CAN, 2013b), por lo cual es un factor importante para predecir el consumo de sustancias psicoactivas (DEVIDA, 2011; OID, 2011a).

Estudios realizados en población general limeña, respecto a la percepción de riesgo sobre el consumo de sustancias psicoactivas encontraron que el 68.9% opinaron que el tabaco es bastante o muy peligroso, mientras que 9.9% opinaron que es poco o nada peligroso. En relación al consumo de alcohol, 65% opinaron que es bastante o muy peligroso, pero 10.9% opinaron que es poco o nada peligroso. Respecto al consumo de marihuana, 90.3% opinaron que es bastante o muy peligroso; en cambio, 3.8% opinaron que es poco o nada peligroso. En cuanto al consumo de éxtasis o estimulantes, 96.9% opinaron que es bastante o muy peligroso, mientras que 0.9% opinaron que es poco o nada peligroso. En relación al consumo de tranquilizantes o pastillas para dormir, 73.6% opinaron que es bastante o muy peligroso y 6.5% opinaron que es poco o nada peligroso. Respecto al consumo de cocaína, 97.9% opinaron que es bastante o muy peligroso, mientras que 1% opinaron que es poco o nada peligroso. En cuanto al consumo de PBC, 98.5% opinaron que es bastante o muy peligroso, pero 0.8% opinaron que es poco o nada peligroso (Salazar, Bustamante, Rodríguez, Megías & Ballesteros, 2011). En tal sentido, las sustancias percibidas como más peligrosas fueron éxtasis o estimulantes, cocaína y PBC.

Adicionalmente, las investigaciones, en estudiantes universitarios también revelaron datos importantes. Así, el 76% de ellos percibe un gran riesgo en el consumo frecuente de alcohol, siendo las mujeres quienes perciben mayor riesgo. Este patrón se repite para el consumo de tabaco. Asimismo, los estudiantes perciben un gran riesgo en el consumo frecuente de marihuana (86%), pero el número de personas que perciben gran riesgo se reduce cuando se trata de un consumo experimental (52%). Adicionalmente, la percepción de gran riesgo frente al consumo frecuente y consumo experimental, respectivamente, es de 92% y 64% para la cocaína, 89% y 70% para la PBC y 89% y 66% para el éxtasis (CAN, 2013b).

En un estudio pionero realizado en seis países de Latinoamérica, se encontró que existen coincidencias importantes entre países respecto al gran riesgo percibido de consumir marihuana frecuentemente; sin embargo, la población más joven tiene una menor percepción de riesgo. Esto no ocurre en Bolivia y Perú, donde los porcentajes son similares entre todos los grupos etarios. En cuanto a la cocaína, en todos los países existe una alta percepción de riesgo respecto a su consumo frecuente y no existen diferencias significativas entre los grupos de edad. La PBC presenta un patrón similar al de la cocaína; no obstante, la percepción de riesgo en Bolivia es menor al 80%, probablemente debido a la gran cantidad de personas (19%) que no cuentan con información sobre esta sustancia. El mismo patrón se

presenta para las drogas legales, con diferencias en las cifras para cada país (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [ONUDD], 2008).

En un estudio realizado en una muestra de estudiantes mexicanos se encontró que los monousuarios (usuarios de una sustancia psicoactiva) y los poliusuarios (usuarios de varias sustancias psicoactivas) tienen una menor percepción de riesgo que los no usuarios, así como una actitud de indiferencia hacia el consumo de drogas (López, Villatoro, Juárez, Carreño, Acevedo & Rojas, 1993). Esto quiere decir que existe una relación inversamente proporcional entre el consumo de drogas y la percepción de riesgo sobre estas: a menor percepción de riesgo, mayor será el consumo. Además, mientras mayor sea la tolerancia social, es decir, la aceptación a nivel social del consumo de drogas, mayor será dicho consumo. En otros estudios con estudiantes de distintos países de Sudamérica también se encontró una relación inversamente proporcional en la relación entre la percepción de riesgo y el consumo de drogas (CAN, 2013a; Uribe, Verdugo & Zacarías, 2011). En suma, existen evidencias suficientes para afirmar que existe una relación entre la percepción de riesgo sobre sustancias psicoactivas y el consumo de drogas, aunque en el estudio presentado por la ONUDD (2008), la relación entre ambas variables para algunas de las drogas (como la PBC) no se presenta con claridad.

Otro de los factores que ejerce una influencia importante en el inicio y mantenimiento de la conducta de consumo de sustancias psicoactivas es el afrontamiento. Este se define como los esfuerzos a nivel cognitivo y a nivel conductual que se mantienen en constante cambio y que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus & Folkman, 1986). Estos esfuerzos o mecanismos son llamados estrategias.

Se han propuesto quince estrategias: Afrontamiento Activo (tomar las acciones necesarias para eliminar la fuente de estrés), Planificación (elaborar una estrategia u ordenar en el tiempo las acciones que se van a tomar para afrontar el estresor) Supresión de Actividades Competentes (suspensión temporal de otras actividades que, aunque sean importantes, podrían distraer al individuo de la situación estresora), Postergación del Afrontamiento (acción deliberada de esperar el momento adecuado para actuar), Búsqueda de Soporte social por razones Instrumentales (búsqueda de asistencia, recursos o información que puedan brindar otras personas), Búsqueda de Soporte social por razones Emocionales (búsqueda de consejo o consuelo que puedan brindar otras personas), Reinterpretación positiva y Crecimiento (ver la situación desde una perspectiva favorable o intentar obtener un beneficio que le permita desarrollarse como persona), Acudir a la Religión (aumentar o

retomar sus actividades religiosas), Aceptación (aceptar que el hecho o la situación es real), Enfocar y Liberar emociones (centrarse en el propio malestar y desahogar sus emociones), Desentendimiento Mental (distanciarse mentalmente, por ejemplo, a través de la ensoñación, del objeto o la situación estresante), Desentendimiento Conductual (implicarse en actividades que lo alejen de la situación estresante o renunciar al esfuerzo propio para tomar acción sobre el estresor), Negación (intento por rechazar la realidad de la situación estresante), Uso de Drogas (consumir sustancias psicoactivas como forma de afrontar el estresor) y Uso del Humor (hacer bromas sobre la situación o el objeto estresante) (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Carver & Scheier, 1994; Carver, 2011).

En un estudio realizado en Lima Metropolitana con una muestra de pacientes drogodependientes, se encontró que las estrategias de afrontamiento más utilizadas son planificación, afrontamiento activo, postergación del afrontamiento y acudir a la religión; mientras que las menos utilizadas son el desentendimiento conductual, la negación, la supresión de actividades competentes y el desentendimiento mental. También prefieren un estilo de afrontamiento centrado en el problema, mientras que el menos preferido es un estilo relacionado a la evitación. Ninguna de estas preferencias tiene relación con el tiempo de consumo (Guevara, Hernández & Flores, 2001).

Las investigaciones con ex combatientes muestran que, una vez que dejan el servicio militar, tienden a presentar problemas conductuales y emocionales; por ejemplo, pueden empezar a utilizar algunas estrategias de afrontamiento desadaptativas, como el incremento del uso o abuso de alcohol, tabaco, estimulantes, tranquilizantes, drogas ilegales, café, el juego, la compulsión por trabajar más y tienden a evitar todo recuerdo relacionado a los días de combate (Hage, 2001).

Hage (2001) encontró en un grupo de excombatientes peruanos diagnosticados con Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT) que estos utilizaban con más frecuencia las estrategias de acudir a la religión y el desentendimiento mental y conductual que aquellos militares que no cumplen con dichos criterios. Por el contrario, estos últimos tienden a utilizar más estrategias como la planificación y la reinterpretación positiva que los excombatientes con TEPT. En relación a los estilos de afrontamiento, los integrantes del grupo control tienden a utilizar más el estilo enfocado en el problema que sus contrapartes con TEPT. No obstante, esta diferencia no es significativa cuando se trata del estilo enfocado en la emoción. Finalmente, también se encontró que cuanto más severo es el cuadro de TEPT, menor es la tendencia a utilizar estrategias como el afrontamiento activo, la planificación y la

postergación de actividades y mayor es la tendencia a utilizar estrategias como acudir a la religión y el desentendimiento conductual (Hage, 2001).

Otra de las investigaciones que han abordado las estrategias de afrontamiento en la población militar, se realizó con cadetes argentinos, donde se encontró que el uso de estrategias de afrontamiento enfocadas en la solución de problemas, junto con otras características de personalidad, predicen un buen desempeño académico y militar. En cambio, quienes obtuvieron más bajas calificaciones académicas utilizan menos estrategias de afrontamiento dirigidas al problema y suelen hacerse más ilusiones, es decir, utilizan un afrontamiento dirigido a la emoción. Asimismo, quienes presentaron un menor rendimiento militar coincidían en tener una dificultad para desplegar estrategias de afrontamiento y se veían desbordados por las dificultades que tenían que enfrentar (Castro & Martina, 2002).

En otro estudio con un grupo de veteranos de guerra estadounidenses, diagnosticados con una enfermedad renal en fase terminal, se encontró un mayor uso de estrategias de afrontamiento evitativas, las cuales estuvieron relacionadas con una mayor probabilidad de morir (Wolf & Mori, 2009). Las estrategias que se relacionaron con un mayor índice de supervivencia fueron el afrontamiento activo, la planificación y la supresión de actividades competitivas, mientras que los que se relacionaron con un mayor índice de mortalidad son el desentendimiento mental, el desentendimiento conductual y la negación (Wolf & Mori, 2009).

Un estudio realizado en China (Jiang, Sun, Yang, Tang, Wu, Miao & Zhu, 2013) reveló que los oficiales del ejército utilizan más estrategias de afrontamiento positivas, siendo dicho uso mayor en hombres. Además, la estrategia más utilizada en hombres fue la búsqueda de ayuda, mientras que en mujeres fue la solución de problemas. Asimismo, los resultados indicaron que los hombres tienen un nivel de ansiedad (situacional y de rasgo) significativamente menor al de las mujeres. Los hombres reportaron un menor nivel de estrategias de afrontamiento negativas: evitación, fantasía y autorreproche (Jiang et al., 2013).

Los miembros activos de la milicia están expuestos a una gran variedad de problemas de salud mental debido al potencial de exposición a eventos traumáticos. En esta población, solo algunos buscan ayuda psicológica y una minoría obtiene una atención adecuada, por lo que muchos miembros de la tropa buscan otras estrategias para aliviar el malestar que estas situaciones provocan (Vogt, Di Leone, Wang, Sayer, Pineles, & Litz, 2013) y es así como algunos inician el consumo de drogas.

En un estudio sobre el consumo de drogas en población militar, se ha encontrado que hay un consumo de sustancias psicoactivas mayor al de las personas civiles (Wagner, Harris, Federman, Dai, Luna & Humphreys, 2007). El estudio fue realizado con dos grupos: por un lado, 12 072 miembros retirados del Ejército Estadounidense y, por otro lado, 184 339 personas civiles de similares características. El 24% del primer grupo, es decir, la población veterana, estuvo compuesta por personas entre los 17 y 34 años de edad, rango de edad difícil de encontrar en este grupo. Los resultados demostraron que tanto el consumo de alcohol (CA), como el consumo excesivo de alcohol (CEA), el consumo diario de tabaco (CDT) y el consumo de marihuana (CM), durante el último mes, son significativamente más altos en veteranos que en personas civiles. En militares retirados el CA se da en el 56.6%, el 7.5% de CEA, el 18.8% de CDT y el 3.5% de CM, mientras que en civiles se da el 50.8% de CA, el 6.5% de CEA, el 14.3% de CDT y el 3.0% de CM. Asimismo, los veteranos tienen la mayor prevalencia para el auto reporte de haber manejado bajo los efectos del alcohol u otras drogas (13.2%) y haber recibido consejería o tratamiento para el consumo de drogas (0.8%), mientras que en civiles los porcentajes son de 12.2% y 0.5% respectivamente (Wagner et al., 2007).

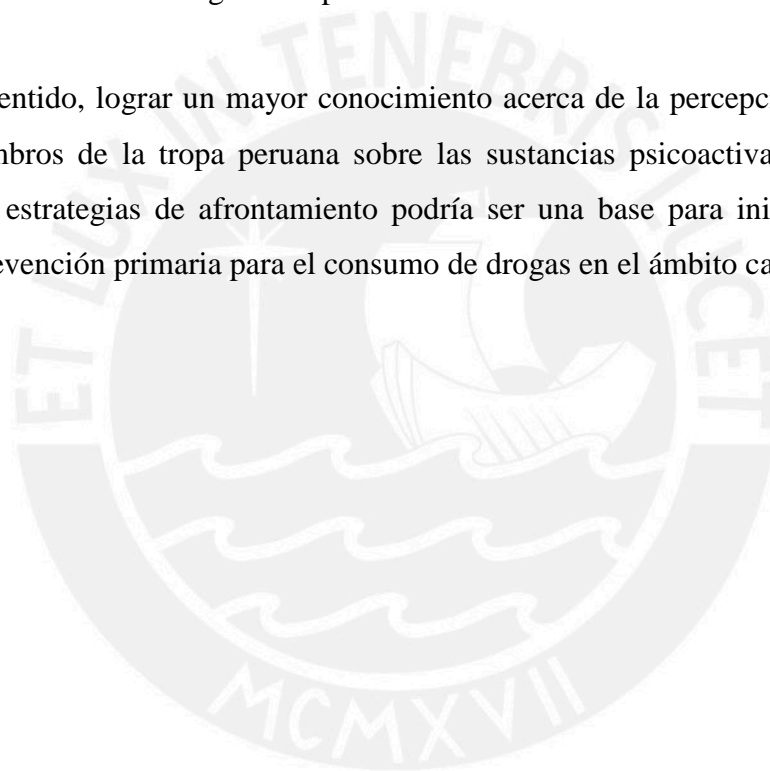
Los soldados pueden ser una población vulnerable para el inicio y/o mantenimiento del consumo de sustancias; ya sea por la continua exposición a eventos potencialmente estresantes, como la condición de pobreza, la separación de su familia, entre otros (Palomar & Victorio, 2010), así como por la etapa de vida en la que se encuentran, dado que son usualmente los adolescentes y los jóvenes los que tienen una menor percepción de riesgo sobre las sustancias psicoactivas, en general (Gómez, Aical, Monllau & Vittore, 2010), y sobre algunas sustancias, en particular, con las que están más familiarizados (ONUDD, 2008).

Resulta pertinente investigar acerca de la relación entre el consumo de drogas y la percepción de riesgo, así como la relación entre consumo y afrontamiento, en el escenario de la milicia peruana, porque el consumo de sustancias psicoactivas puede inducir a la pérdida del control interno y al deterioro cognitivo, principalmente en las tareas de aprendizaje, memoria y en las funciones ejecutivas (Gantiva, Trujillo, Gómez & Martínez, 2007; Vélez, Borja & Ostrosky-Solís, 2010). Además, los índices más altos de consumo se encuentran en jóvenes entre los 18 y los 25 años (CAN, 2013b; Rojas, 2012), edad de la mayoría de los miembros de la tropa. Adicionalmente, estudios realizados en el extranjero han demostrado que el consumo de sustancias psicoactivas es un factor de riesgo para el suicidio en miembros del ejército (Black, Gallaway, Bell & Ritchie, 2011), así como un predictor de peores

resultados en veteranos que entran en un programa de alojamiento asistido (O'Connell, Kasprow & Rosenheck, 2013).

En base a los constructos propuestos, el presente trabajo de investigación tiene como objetivo principal conocer si existe una relación entre el consumo de drogas y la percepción de riesgo sobre sustancias psicoactivas, así como la relación entre el consumo y el afrontamiento en miembros hospitalizados de la tropa de una institución de las fuerzas armadas. De manera específica, se describe y analiza la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y percepción de riesgo de las mismas, así como las estrategias de afrontamiento de la muestra. Asimismo, se comparan los niveles de percepción de riesgo del consumo de drogas y el afrontamiento según la prevalencia de vida del consumo de sustancias psicoactivas.

En ese sentido, lograr un mayor conocimiento acerca de la percepción de riesgo que tienen los miembros de la tropa peruana sobre las sustancias psicoactivas, sus niveles de consumo y sus estrategias de afrontamiento podría ser una base para iniciar programas y proyectos de prevención primaria para el consumo de drogas en el ámbito castrense.



## Método

### Participantes

La población elegida para el presente estudio son los miembros de la tropa de una institución de las fuerzas armadas del Perú. La muestra está conformada por 87 adultos jóvenes, con una edad promedio de 20.98 años, siendo la menor los 18 y la mayor los 28 años; todos ellos de sexo masculino. De ellos, el 43% ha estado en el VRAEM.

Cuando los miembros de la tropa enferman, son llevados a un hospital de la institución, donde son atendidos para que puedan rehabilitarse y volver a un estado de salud óptimo para continuar con sus labores. Por un acuerdo con la institución, fue a estos soldados a quienes se les invitó a formar parte del estudio. Cabe resaltar que los motivos de hospitalización pueden ser diversos y el estado de salud en el que se encuentran los soldados no es necesariamente grave. Por tal motivo, algunos de ellos tienen permiso para salir los fines de semana y volver al hospital el día lunes por la mañana. Además, a pesar de seguir rigiéndose bajo las mismas normas de la institución, los soldados tienen mayor libertad de desplazamiento cuando se encuentran hospitalizados.

Los participantes, al momento del estudio, se encontraban estables físicamente, recibiendo tratamiento médico y/o en rehabilitación (ninguno de ellos se encontraba en el servicio de emergencia). La mayoría de ellos eran atendidos por la especialidad de Traumatología (61.2%); los demás por las especialidades de Cirugía (11.8%), Medicina interna (7.1%), Rehabilitación física (5.9%), Oftalmología (5.9%), Otorrinolaringología (4.7%) y Cardiología (3.5%). En promedio, los soldados llevaban hospitalizados 76.96 días (DE = 166.842): diez de ellos tenían menos de una semana, mientras que uno de ellos tenía 1030 días hospitalizado (2 años y 10 meses aproximadamente).

El 27.1% de ellos nació en la región Lima y el 34.1% vive actualmente en Lima. Por otro lado, el 95.4% de los participantes son solteros, mientras que 3.4% son convivientes y el 1.1% son casados. El 3.4% culminó los estudios primarios, el 18.4% inició, pero no terminó la secundaria, el 62.1% de ellos culminó la secundaria y el 13.8% posee estudios superiores incompletos.

### Medición

Los niveles de consumo y percepción de riesgo fueron evaluados mediante dos cuestionarios del Protocolo de la encuesta sobre drogas en hogares (OID, 2011b). Estos instrumentos miden los niveles de consumo (5 ítems por cada droga) y la percepción de riesgo de cada droga (2 ítems por cada droga). Anteriormente, se han realizado diversos

estudios epidemiológicos a nivel nacional utilizando dicho protocolo (CAN, 2013b; CEDRO, 2012; DEVIDA, 2011; DEVIDA, 2013; DEVIDA 2014), así como a nivel internacional, en los países que conforman América del Sur y El Caribe (CAN, 2013a; OID, 2011a).

El cuestionario sobre consumo de drogas evalúa las tres prevalencias de consumo (de vida, anual y mensual) de diversas drogas legales (tabaco, alcohol, inhalables, medicamentos, café, energizantes), ilegales (marihuana, cocaína, PBC, éxtasis) y folklóricas (Ayahuasca, hongos, San Pedro, Floripondio). Además, mide los niveles de consumo de cada una de las drogas mencionadas.

Por otro lado, el segundo cuestionario mide la percepción de riesgo de las drogas encuestadas en el cuestionario anterior. La percepción de riesgo es medida tanto para el consumo frecuente como para el consumo exploratorio o recreativo. En relación a la consistencia interna del cuestionario, se obtuvo un alfa de Cronbach de .92 para la escala completa y alfas de Cronbach de .80 para la percepción de riesgo del consumo de tabaco, 0.67 para la del alcohol, .71 para la de la marihuana, .83 para la de la cocaína, .86 para la de la PBC y .82 para la de los energizantes.

Las estrategias de afrontamiento fueron evaluadas por medio del Inventario Multidimensional de Estimación del Afrontamiento (COPE) desarrollado por Carver y colaboradores (1989) y, luego, ampliado por sus mismos autores (Kallasmaa & Pulver, 2000). Este instrumento mide las estrategias de afrontamiento de las personas ante determinadas demandas del ambiente que resultan estresantes para el individuo. Fue traducido de su versión original en inglés al español por Esther Calvete. Una traducción muy similar fue realizada por Casuso en 1996 y ha sido utilizada en diversos estudios en el Perú (Cassaretto, 2011; Cassaretto & Chau, 2015; Cassaretto, Chau, Oblitas & Valdez, 2003; Cassaretto & Paredes, 2006; Chau, 1999, 2004; Chau, Morales & Wetzell, 2002; Gastelumendi & Ore, 2013; Lévano, 2003; Rojas, 1997; Solano, 2013).

La administración del COPE puede ser individual y colectiva y está conformado por 60 ítems. Estos ítems se dividen en 15 escalas diferentes (4 ítems por escala). Las escalas aluden a 15 estrategias de afrontamiento, las cuales se presentan en tres grupos: 1° centradas en el problema (afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competentes, contención del afrontamiento y búsqueda de soporte social por razones instrumentales), 2° centradas en la emoción (búsqueda de soporte social por razones emocionales, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, religión, liberación de emociones) y 3° estrategias evitativas (negación, desentendimiento conductual, desentendimiento mental, uso de alcohol o drogas, humor) (Ficková, 2005). Los ítems se presentan en escala Likert de 4



opciones según la frecuencia con la que el individuo adopta los tipos de afrontamiento propuestos: (1) Casi nunca, (2) Pocas veces, (3) Muchas veces y (4) Casi siempre. Los puntajes obtenidos en cada ítem se promedian con los puntajes de los otros ítems que componen la escala y se obtienen 15 puntajes que permiten caracterizar un perfil de afronte en el individuo.

En relación a la consistencia interna de las escalas, los estudios preliminares citados por Carver et al. (1989) señalan que 14 escalas del COPE presentan alfas de Cronbach entre .63 hasta .92; a excepción de la escala desentendimiento mental que reporta un alfa de Cronbach de .45. Esto ha sido corroborado por otros autores tanto a nivel nacional como internacional (Chau, 1999, 2004; Kallasmaa & Pulver, 2000). Asimismo, algunos estudios han encontrado dificultades en las escalas, de afrontamiento activo (Ficková, 2005), la postergación del afrontamiento (Chau, 1999, 2004; Ficková, 2005; Kallasmaa & Pulver, 2000) y la negación (Ficková, 2005). Becerra (2013) también describió la consistencia interna del COPE y encontró un alfa de Cronbach de .83 para el cuestionario total, y alfas de Cronbach entre .45 y .96 para cada una de las escalas.

En la presente investigación, la consistencia interna del COPE se obtuvo mediante el coeficiente alfa de Cronbach, el cual resultó .92 para la escala completa, .88 para el Uso de Drogas (UD), .82 para el Uso del Humor (UH), .79 para la Búsqueda de Soporte social por razones Instrumentales (BSI), .78 para Acudir a la Religión (AR), .77 para la Planificación (P), .73 para la Búsqueda de Soporte social por razones Emocionales (BSE), .71 para la Reinterpretación positiva y Crecimiento (RC), .64 para la Aceptación (A), .64 para la Negación (N), .63 para el Desentendimiento Conductual (DC), .60 para Enfocar y Liberar emociones (EL), .57 para la Supresión de Actividades competentes (SA), .54 para el Afrontamiento Activo (AA), .49 para el Desentendimiento Mental (DM) y .47 para la Postergación del Afrontamiento (PA).

### **Procedimiento**

Se firmó el compromiso ético para trabajos de campo con poblaciones diferentes (ver Anexo A). Se pidió permiso a la dirección del hospital para poder realizar la aplicación de los instrumentos en los ambientes hospitalarios. El permiso concedido fue solo para evaluar a los soldados que estuvieran hospitalizados. Se realizó una aplicación piloto para detectar posibles problemas en la comprensión del fraseo de los ítems, luego del cual se realizaron algunas modificaciones al protocolo de cuestionarios.

Se aplicaron los instrumentos a aquellos que aceptaron participar del estudio de manera voluntaria y no presentaron dificultades físicas ni mentales para responder a las

pruebas. Si bien se abordó a los soldados en sus respectivas camas, ellos se encontraban en condiciones de llenar los cuestionarios, puesto que no presentaban una condición de salud que requiriera de cuidados especiales. Los soldados que aceptaron participar firmaron la hoja de consentimiento informado (ver Anexo B). Luego, se les explicó individualmente las instrucciones para llenar los cuestionarios. Los participantes completaron las pruebas en sus respectivas camas. Cuando los participantes devolvieron los cuestionarios y la ficha de datos demográficos, se procedió a revisar que hubieran llenado por completo todas las hojas.

Se vació la información a una base de datos informática. Luego, se eliminaron algunas preguntas que no quedaron claras en la aplicación o que arrojaban datos poco confiables. Finalmente, se eliminaron a los participantes que no contestaron algún ítem de los cuestionarios o que se sospechaba que hubieran dado datos falsos; por ejemplo, participantes que llenaron el cuestionario COPE marcando la misma alternativa de respuesta en todos los ítems.

### **Análisis de datos**

Los datos obtenidos fueron procesados en el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 22. En primer lugar, se procedió a utilizar estadísticos descriptivos para analizar las características sociodemográficas y los datos obtenidos de los cuestionarios. Luego, se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad de la distribución de los datos, por ser una muestra con más de 50 participantes. Adicionalmente, para el análisis de correlación entre las variables (por pares), se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman, puesto que solo cuatro variables tuvieron una distribución normal y no fueron correlacionadas entre ellas. Finalmente, se realizaron contrastes de grupos para comparar la percepción de riesgo y las estrategias de afrontamiento entre aquellos que han consumido cada una de las drogas encuestadas alguna vez en la vida y los que no lo han hecho. Para las variables con distribución normal, se realizó la prueba t de Student, mientras que para las variables con una distribución no normal se utilizó la prueba U de Mann-Whitney.

## Resultados

En primer lugar, se describe el consumo de drogas, la percepción de riesgo de sustancias psicoactivas y las estrategias de afrontamiento en la muestra. En segundo lugar, se presentan las correlaciones entre la prevalencia de vida del consumo de drogas y la percepción de riesgo, y la prevalencia de vida del consumo de drogas y el afrontamiento. Paralelamente, se identifican las diferencias significativas en la percepción de riesgo y el afrontamiento entre aquellos que han consumido cada una de las drogas alguna vez en la vida y aquellos que no lo han hecho. Finalmente, se describen las relaciones entre algunos datos sociodemográficos y el consumo de drogas, la percepción de riesgo y el afrontamiento.

Más del 85% de participantes ha consumido por lo menos una droga alguna vez en su vida; es decir, aproximadamente 30% más de los que reportaron haber consumido drogas en la hoja de datos sociodemográficos (47.1%). La prevalencia del consumo de drogas legales es mayor que la prevalencia del consumo de drogas ilegales en los tres indicadores (prevalencia de vida, anual y mensual). Todos estos resultados se pueden apreciar detalladamente en la Tabla 1.

**Tabla 1**

*Frecuencia de consumo por indicador y por droga*

Consumo de drogas	Prevalencia de vida		Prevalencia anual		Prevalencia mensual	
	<i>f</i>	Porcentaje	<i>f</i>	Porcentaje	<i>f</i>	Porcentaje
Consumo de tabaco						
Sí	52	59.8	30	34.5	7	8
No	35	40.2	57	65.5	80	92
Consumo de alcohol						
Sí	74	85.1	46	52.9	11	12.6
No	13	14.9	41	47.1	76	87.4
Consumo de marihuana						
Sí	25	28.7	10	11.5	1	1.1
No	62	71.3	77	88.5	86	98.9
Consumo de cocaína						
Sí	11	12.6	5	5.7	0	0
No	76	87.4	82	94.3	87	100
Consumo de PBC						
Sí	7	8	3	3.4	1	1.1
No	80	92	84	96.6	86	98.9
Consumo de energizantes						
Sí	42	48.3	28	32.2	9	10.3
No	45	51.7	59	67.8	78	89.7

$n = 87$

La edad promedio de inicio del consumo de drogas es 16.89 años ( $DE = .622$ ). La edad mínima de inicio del consumo de tabaco, alcohol y energizantes fue los 12 años,

mientras que la máxima fue los 21 años para el tabaco y el alcohol y los 24 años para los energizantes. Asimismo, la edad mínima de inicio del consumo de las drogas ilegales, en general, fue los 9 años, mientras que la máxima fue los 22 años. La descripción de las edades promedio de inicio por droga se puede observar en la Tabla A (ver Anexo D).

En general, los participantes perciben un riesgo moderado del consumo de drogas ( $M = 2.52$ ,  $DE = 1.008$ ). Adicionalmente, los energizantes presentan una percepción de riesgo leve, mientras que las demás drogas presentan una percepción de riesgo moderada. Estos resultados se pueden observar en la Tabla B (ver Anexo E).

En relación a las estrategias de afrontamiento, la estrategia que parece ser la más utilizada a nivel descriptivo es Acudir a la Religión (AR), seguida por la Reinterpretación positiva y Crecimiento (RC) y por la Planificación (P). En cambio, la estrategia que parece ser la menos utilizada es la de Uso de Drogas (UD), seguida por la de Desentendimiento Conductual (DC) y por la Negación (N) (ver Tabla 2).

**Tabla 2***Descripción de los puntajes obtenidos según estrategias de afrontamiento*

<b>Estrategias de afrontamiento</b>	<b>M</b>	<b>Mdn</b>	<b>DE</b>
<b>Centradas en el problema</b>			
Afrontamiento Activo (AA)	2.44	2.50	.636
Planificación (P)	2.67	2.50	.714
Supresión de Actividades competentes (SA)	2.26	2.25	.624
Postergación del Afrontamiento (PA)	2.18	2.25	.575
Búsqueda de Soporte social por razones Instrumentales (BSI)	2.43	2.50	.734
<b>Centradas en la emoción</b>			
Búsqueda de Soporte social por razones Emocionales (BSE)	2.31	2.25	.753
Reinterpretación positiva y Crecimiento (RC)	2.72	2.75	.691
Acudir a la Religión	2.78	2.75	.801
Aceptación (A)	2.26	2.25	.679
Enfocar y Liberar emociones (EL)	2.09	2.00	.618
<b>Evitativas</b>			
Desentendimiento Mental (DM)	2.12	2.00	.607
Desentendimiento Conductual (DC)	1.71	1.75	.586
Negación (N)	1.92	1.75	.648
Uso de Drogas (UD)	1.30	1.00	.546
Uso del Humor (UH)	2.07	2.00	.756

 $n = 87$ 

En cuanto a la relación entre el consumo de drogas y las estrategias de afrontamiento, se encuentran correlaciones significativas entre el consumo de las drogas y las estrategias de Búsqueda de Soporte social por razones Emocionales (BSE), Acudir a la Religión (AR), Desentendimiento Mental (DM), Desentendimiento Conductual (DC), Negación (N), Uso de Drogas (UD) y Uso del Humor (UH). La mayoría de correlaciones son directas y tienen una

fortaleza entre débil y mediana, según el criterio de Cohen (1988), a excepción de la correlación inversa entre el consumo de tabaco y la estrategia AR ( $r = -.296, p < .01$ ). Las correlaciones más fuertes, según el mismo criterio, son entre la prevalencia de vida del consumo de cocaína y la estrategia UD ( $r = .494, p < .01$ ) y entre la prevalencia de vida del consumo de PBC y la estrategia UD ( $r = .400, p < .01$ ) (ver Tabla 3).

**Tabla 3**

*Correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y la prevalencia de vida de cada droga*

Consumo de drogas	BSE	AR	DM	DC	N	UD	UH
Consumo de tabaco	-	-.296**	-	-	-	.256*	-
Consumo de alcohol	-	-	.323**	-	-	-	-
Consumo de marihuana	-	-	-	-	.290**	.237*	-
Consumo de cocaína	-	-	.246*	-	.294**	.494**	.336**
Consumo de PBC	.245*	-	-	.224*	-	.400**	-
Consumo de energizantes	.241*	-	-	-	-	-	-

\* $p < .05$ , bilateral

\*\* $p < .01$ , bilateral

Existen diferencias significativas en el uso de las estrategias de afrontamiento antes mencionadas entre quienes consumieron las drogas encuestadas alguna vez en la vida y quienes no lo hicieron. Es decir, quienes sí consumieron drogas por lo menos una vez en la vida presentan un mayor uso de las estrategias de afrontamiento mencionadas excepto Acudir a la Religión. En este caso, quienes no consumieron estas drogas alguna vez en la vida presentan un mayor uso de la estrategia en cuestión. Estos hallazgos confirman las relaciones encontradas entre la prevalencia de vida del consumo de drogas y las estrategias de afrontamiento (ver Tabla 4).

**Tabla 4**

*Diferencias en las estrategias de afrontamiento según la prevalencia de vida de cada droga*

Consumo de drogas	BSE	AR	DM	DC	N	UD	UH
Consumo de tabaco	-	595.000**	-	-	-	675.000*	-
Consumo de alcohol	-	-	232.500**	-	-	-	-
Consumo de marihuana	-	-	-	-	491.500**	575.000*	-
Consumo de cocaína	-	-	241.500*	-	206.500**	111.500**	176.000**
Consumo de PBC	135.500*	-	-	148.500*	-	76.500**	-
Consumo de energizantes	683.500*	-	-	-	-	-	-

\* $p < .05$ , bilateral

\*\* $p < .01$ , bilateral

Por otro lado, en cuanto a la relación entre el consumo de drogas y la percepción de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas, se realizaron análisis con la prevalencia de vida de todas las drogas y se relacionaron con los puntajes de percepción de riesgo de todas las drogas. No obstante, no se encontraron relaciones significativas. Similarmente, se compararon los puntajes de percepción de riesgo de cada droga entre quienes han consumido

las drogas encuestadas y quienes no. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas (ver Anexo F).

En cuanto a los datos sociodemográficos, se encontró que el haber estado en el VRAEM se relaciona inversamente con la prevalencia de vida del consumo de tabaco y alcohol (ver Tabla 5). Asimismo, en la relación entre los datos sociodemográficos y la percepción de riesgo, solo se encontró una relación directamente proporcional entre el tiempo de hospitalización y la percepción de riesgo del consumo de marihuana ( $r = .277, p < .05$ ).

**Tabla 5**

*Correlaciones entre los datos sociodemográficos y la prevalencia de vida del consumo de drogas*

Datos sociodemográficos	Consumo de tabaco	Consumo de alcohol
Haber estado en el VRAEM	-.284**	-.289**

\*\* $p < .01$ , bilateral

Finalmente, se encontró que existen relaciones entre el tiempo de hospitalización y haber estado en el VRAEM y algunas estrategias de afrontamiento. El tiempo de hospitalización se relaciona directamente con el Afrontamiento Activo. Por otro lado, haber estado en el VRAEM se relaciona inversamente con el desentendimiento mental (ver Tabla 6).

**Tabla 6**

*Correlaciones entre los datos sociodemográficos y las estrategias de afrontamiento*

Datos sociodemográficos	AA	DM
Tiempo de hospitalización	.256*	-
Haber estado en el VRAEM	-	-.269*

\* $p < .05$ , bilateral

## Discusión

El presente estudio buscó investigar la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y dos factores importantes que la literatura científica ha relacionado con el inicio y el mantenimiento de la conducta del consumo de drogas, a saber, la percepción de riesgo y el afrontamiento. La primera es la percepción que las personas tienen acerca del riesgo que corren cuando consumen estas sustancias y la segunda corresponde a la forma en que las personas afrontan las situaciones estresantes en su vida cotidiana (Becoña, 1999; Becoña, 2011; Becoña & Oblitas, 2010; CAN, 2013a; CAN, 2013b). Dado que existen pocas investigaciones con militares en el medio peruano (Hage, 2001; Lévano, 2003), los resultados serán discutidos a la luz de investigaciones con poblaciones de similares características en el medio peruano y principalmente con población militar en el extranjero.

Es importante notar que más del 85% de participantes había consumido por lo menos una droga alguna vez en su vida, mientras que solo el 47.1% reportó haber consumido drogas en los datos sociodemográficos. Este hecho se puede explicar por el efecto de la deseabilidad social. Cabañeros, García y Lozano (2003) encontraron en un estudio con estudiantes universitarios varones que, frente a preguntas sobre temas con una connotación social negativa, los participantes tenían dificultades para responder verazmente. En ese sentido, es posible que los participantes del presente estudio hayan contestado la primera pregunta por deseabilidad social y, luego, se hayan desinhibido. Otra posible explicación es que los soldados, a pesar de que se les explicó sobre la confidencialidad de sus respuestas, podrían temer posibles sanciones disciplinarias (NIDA, 2013).

Otro dato importante de considerar es que los participantes del estudio, a través de los cuestionarios, podrían haber aprendido que los energizantes también son categorizados como drogas. Esto se hipotetiza por las preguntas que surgieron a partir de la aplicación de los instrumentos (“¿Los energizantes son drogas?”, “¿O sea que si me tomo un [marca del producto] estoy consumiendo drogas?”). Esto explicaría mejor por qué algunos participantes marcaron que no en la pregunta de consumo de drogas en la ficha de datos sociodemográficos.

Se encontró que la prevalencia del consumo de drogas en la muestra es mayor en proporción a la prevalencia de consumo encontrada en otros estudios nacionales en la población general (CEDRO, 2012), en la población de Lima y Callao (DEVIDA, 2014), en la población universitaria (CAN, 2013b) y en la población escolar (DEVIDA, 2013). Esto es congruente con estudios realizados con población militar en el extranjero (Bray, Marsden &

Peterson, 1991; Bray, Fairbank & Marsden, 1999; Wagner et al., 2007) que muestran que la población militar tiene un consumo de sustancias más elevado que la población civil.

Además, se encontró que la edad media de inicio del consumo de drogas en los miembros de la tropa es antes de los 18 años, por lo que se podría hipotetizar que la mayoría de ellos inician la conducta de consumo antes de ingresar al servicio militar. Esto se relaciona con la etapa de vida en la que estas personas se encuentran (21 años en promedio), lo cual constituye un factor de riesgo para el inicio del consumo de drogas (Becoña, 2000; DEVIDA, 2011; Espada, Lloret, García, Segura & Méndez, 2010; Gómez, Aical, Monllau & Vittore, 2010; González, 2011; ONUDD, 2008; Reategui & Granthon; 2014; Rojas, 2012; Rosa et al., 2012; Shaffer & Kipp, 2007). Adicionalmente, se sabe que los adolescentes militares pueden involucrarse en conductas que causan morbilidad o la muerte, como el consumo de tabaco y el *binge drinking* (Hutchinson, Greene & Hansen, 2008). En la población estudiada, no se puede aseverar que haya alcoholismo o *binge drinking*, pues no forma parte de los objetivos del estudio, pero sí consumo de tabaco y alcohol. Sin embargo, tampoco se descarta esta posibilidad, dado que los soldados podrían haber escondido cierta información sobre su consumo por temor a recibir alguna sanción (NIDA, 2013).

Respecto a la percepción de riesgo que muestran los miembros de la tropa en relación al consumo de drogas, se encontró que esta es de nivel moderado para la mayoría de las drogas. A su vez, muestran una menor percepción de riesgo sobre el consumo de energizantes y mayor sobre el consumo de cocaína y marihuana. Estos resultados son compatibles con lo encontrado acerca de la percepción de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas en el contexto limeño (Salazar, Bustamante, Rodríguez, Megías & Ballesteros, 2011) y en una muestra de jóvenes argentinos (Gómez, Aical, Monllau & Vittore, 2010) que indican que existe una percepción de riesgo moderada respecto al consumo de drogas en adolescentes y jóvenes.

En cuanto al afrontamiento, se encontró que las estrategias aparentemente más utilizadas (a nivel descriptivo) son Acudir a la Religión, Reinterpretación positiva y Crecimiento y Planificación. Estos resultados indicarían que las estrategias de afrontamiento de la muestra son adaptativas y saludables, como lo proponen algunas investigaciones (Carver & Scheier, 1994; Compas, Connor-Smith, Saltzman, Harding & Wadsworth, 2001; Davis & Brantley, 2004; Day & Livingstone, 2001; Limbert, 2004; Johnsen, Laberg & Eid, 1998). Esto coincide con lo encontrado en estudios realizados con estudiantes universitarios en Lima utilizando el COPE (Alcalde, 1998; Boullosa, 2013; Cassaretto et al, 2003; Casuso, 1996; Chau, 2004; Torrejón, 2011). Por el contrario, las estrategias evitativas



(principalmente, el Uso de Drogas, el Desentendimiento Conductual y la Negación) parecen ser las menos utilizadas por los participantes, lo cual corresponde a lo encontrado por las investigaciones realizadas en población limeña (Alcalde, 1998; Cassaretto et al, 2003; Casuso, 1996; Chau, 2004; Torrejón, 2011) y denota un menor uso del grupo de estrategias considerado por muchos autores como un paliativo que conlleva, por lo general, a resultados psicológicos pobres y un mayor malestar físico (Carver & Scheier, 1994; Compas et al, 2001; Davis & Brantley, 2004; Day & Livingstone, 2001; Limbert, 2004; Johnsen, Laberg & Eid, 1998).

En la relación entre afrontamiento y consumo de drogas, se encontró que haber consumido PBC o energizantes alguna vez en la vida se relaciona directamente con el uso de la estrategia de Búsqueda de Soporte social por razones Emocionales. Asimismo, se encontraron diferencias significativas en el uso de esta estrategia entre quienes habían consumido estas drogas y quienes no. Esto puede deberse a que las motivaciones de los individuos para consumir drogas en etapas iniciales del consumo suelen relacionarse más con el hecho de compartir un momento ameno con el grupo de pares que con el consumo en sí mismo (Calafat, 2000). Los adolescentes, e incluso adultos jóvenes, suelen buscar el soporte emocional fuera de casa, por la búsqueda de individuación y otros factores. En tal sentido, el grupo de pares puede fomentar conductas inadecuadas como el consumo de drogas y generar en los individuos el hábito de consumo (Herrero, 2003; Pons & Buelga, 2011). Además, los estudios en población general señalan que el contexto, donde con más frecuencia, se genera el hábito de consumo de drogas es en el grupo de amigos y/o compañeros de estudio (DEVIDA, 2014), lo cual hace más comprensible el uso de esta estrategia en personas que consumen o han consumido drogas. Adicionalmente, se ha demostrado que el consumo de energizantes ha aumentado en los últimos años (Zenith International, 2013), relacionado a veces a situaciones sociales, y algunas veces se presenta junto con el consumo de alcohol (Drici, 2014). En este sentido, se encuentra mayor sentido en la relación entre el consumo de estas drogas y la estrategia de búsqueda de soporte social por razones emocionales.

Se observa una relación inversa entre haber consumido tabaco y la estrategia de Acudir a la Religión, además de diferencias significativas en el uso de esta estrategia entre quienes han consumido tabaco alguna vez en la vida y quienes no. Esta información es similar a los resultados obtenidos por Sánchez y Nappo (2007), quienes encuentran que quienes asisten a la iglesia con regularidad o dan una gran importancia a sus creencias religiosas presentan un menor consumo de drogas legales e ilegales. Además, Silva, Malgergier, Stempluk y Andrade (2006) encontraron que los estudiantes universitarios que

no se adherían a alguna religión eran más propensos al consumo de drogas. Esto es importante porque, según la propuesta de los autores, los principios éticos y morales que propone una religión y el compromiso de las personas con estos principios pueden constituir una estrategia de prevención efectiva para el consumo de sustancias en general. En la muestra estudiada, aunque no se conoce con exactitud el nivel de religiosidad que poseen los soldados, se podría inferir que el hecho de acudir a la religión en situaciones estresantes constituye un factor protector para el consumo de tabaco.

Se ha encontrado asociación entre el desentendimiento, ya sea mental o conductual, y el consumo de algunas sustancias. Así, los resultados muestran que hay una relación directa entre la prevalencia de vida del consumo de alcohol y de cocaína y el Desentendimiento Mental; también se encontró una relación directa entre la prevalencia de vida del consumo de PBC y el Desentendimiento Conductual. Adicionalmente, se encontraron diferencias significativas en el uso del Desentendimiento Mental entre quienes consumieron alcohol o cocaína y quienes no lo hicieron, así como en el Desentendimiento Conductual entre quienes consumieron PBC y quienes no. Esto se sustenta en la proposición que hacen Pandina, Johnson y Labovie (1992) acerca de las funciones del afrontamiento en el uso de sustancias. Los autores proponen que el consumo de drogas proporciona una distracción de las situaciones estresantes a través de los cambios fisiológicos que se originan del consumo; a saber, la desviación temporal de la atención de la situación displacentera. Evidentemente, la conducta misma provee un escape mental y conductual del problema, pues los esfuerzos se dirigen al consumo de las sustancias en vez de dirigirse al frente del problema. En este sentido, se entiende que el consumo de alcohol, cocaína o PBC constituyen una conducta problema para los soldados, pues les impide realizar sus funciones a cabalidad y mantenerse concentrados en los problemas que tengan que afrontar. Por tal motivo, es importante prestar especial atención al consumo de estas sustancias, en la medida que son las sustancias que con mayor probabilidad podrían obstaculizar el cumplimiento de sus tareas como militares.

Se encontró una relación directa entre la prevalencia de vida del consumo de marihuana y de cocaína y la estrategia de Negación, así como diferencias significativas en el uso de esta estrategia entre quienes consumieron marihuana o cocaína y quienes no lo hicieron. Esto se explicaría por los efectos fisiológicos del consumo de estas drogas. Su consumo produce cambios en el sistema nervioso y las funciones cognitivas básicas y complejas (Fiorentino, 2010; Taylor, 2007). En tal sentido, se puede pensar que el consumo de estas drogas produce un cambio en la percepción de los eventos aversivos y permite la negación de la realidad de las situaciones problemáticas. A nivel de la tropa, esto implicaría

que el consumo de marihuana o cocaína podría poner en peligro a los soldados, puesto que el consumo de estas drogas podría abstraerlos de la realidad de las situaciones problemáticas que deben enfrentar. Entonces, al consumir estas drogas podrían estar sesgando su evaluación primaria de las situaciones estresantes (Lazarus & Folkman, 1986) y poniendo en marcha mecanismos de afrontamiento poco eficaces.

También se encontró una relación directa entre haber consumido las drogas encuestadas (excepto el alcohol y los energizantes) y la estrategia del Uso de Drogas, así como diferencias significativas en el uso de esta estrategia entre quienes consumieron las drogas mencionadas y quienes no lo hicieron. En un estudio con adolescentes universitarios, se encontró que el consumo de drogas utilizado como estrategia de afrontamiento empeora el hábito del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas (Becerra, 2013), lo cual corrobora la relación encontrada.

Se observa una correlación significativa entre el consumo de cocaína y el uso del humor como estrategia de afrontamiento al estrés. Este resultado podría explicarse en base a los hallazgos de Córdova, Andrade y Rodríguez (2005) en su estudio sobre las características de resiliencia en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas. Ellos encontraron que el sentido del humor es un predictor significativo del uso de drogas y explican esta relación causal en base a las diferentes conceptualizaciones que sus participantes tenían sobre el sentido del humor; es decir, los participantes entendían de formas distintas el uso del humor. En ese sentido, algunos relacionaban el uso del humor con reuniones entre amigos que incluían consumo de drogas, mientras que otros relacionaban el uso del humor con otras conductas. Por lo tanto, se podría pensar que la relación encontrada en el presente estudio se deba a la conceptualización del humor que tengan los miembros de la tropa. Por otro lado, el uso del humor también constituye un recurso psicoterapéutico (Chazenbalk, 2005), por lo que no se puede afirmar que este resultado sea concluyente. Esto abre interrogantes a investigaciones posteriores ya que no ha sido posible encuestar estas diferencias en la conceptualización ni se ha abordado el uso del humor como recurso, pues no forman parte de los objetivos de la presente investigación.

En resumen, se evidencia mayor cantidad de relaciones entre el consumo de drogas y las estrategias evitativas de afrontamiento. Este hallazgo se corrobora con los resultados de la investigación de Becerra (2013). Esta autora afirma que el uso del estilo evitativo es contraproducente, pues empeora algunas conductas de salud, como el hábito de consumir tabaco, alcohol y otras drogas y el del sueño y descanso, lo mismo que sucede con la estrategia del Uso de Drogas mencionada anteriormente. Asimismo, Chau (1999) encontró

que el uso de estrategias evitativas se relacionaba con los niveles de consumo de alcohol de un grupo de estudiantes universitarios. Ambas investigaciones dan mayor soporte a la relación encontrada entre las estrategias de afrontamiento evitativo y el consumo de drogas en la presente investigación.

El consumo de drogas también está relacionado con las estrategias Búsqueda de Soporte social por razones Emocionales y Enfocar y Liberar emociones. Resultados similares fueron encontrados por Chau (1999) en su estudio con jóvenes universitarios, quienes presentaban estrategias de afrontamiento dirigidas al problema y a la emoción y tenían niveles de consumo de alcohol elevados. En ese sentido, el consumo de drogas demuestra ser más complejo que solo una estrategia de afrontamiento evitativa. Por lo tanto, en la población estudiada, el consumo de drogas podría tener un uso recreativo o como medio de socialización, más que como una estrategia de afrontamiento. No obstante, esto no disminuye la importancia de abordar este tema en la milicia, puesto que podría instalarse como una estrategia de afrontamiento si el consumo se hace más crónico.

Estos resultados apoyan la idea de que la eficacia del afrontamiento no depende de la estrategia o el estilo utilizado, sino del ajuste entre la naturaleza de la situación estresante y el contexto en el que se presenta el estresor (Oblitas, 2010; Taylor, 2007). Se podría pensar que contar con estrategias de afrontamiento mixtas y específicas para la situación puede ser de gran beneficio para la persona (Smith & Kirby, 2011). No obstante, Vickers, Kolar & Hervig (1989) encontraron que las estrategias del estilo centrado en la emoción pueden llevar a un aumento en el consumo de sustancias tras la vivencia de un evento de vida estresante y/o negativo, como los retos que propone el servicio militar (Gold & Friedman, 2000). En tal sentido, parece importante reforzar en la tropa el uso de estrategias centradas en el problema, en especial aquellas que ya vienen utilizando con cierta frecuencia, como la planificación.

Estos hallazgos indicarían la presencia de factores protectores dentro de los miembros de la milicia, como una serie de estrategias de afrontamiento adaptativas que combinan estrategias centradas en el problema, centradas en la emoción y, en menor medida (a nivel descriptivo), estrategias evitativas. Dicho esto, es de notar que la estrategia del Uso de Drogas parece ser una de las menos utilizadas, lo que podría reforzar que el consumo de drogas tenga un propósito principalmente recreativo o socializador en la muestra estudiada. Sin embargo, a la luz de las relaciones encontradas entre el consumo de drogas y las estrategias de afrontamiento, es menester idear programas de prevención del consumo de drogas para evitar el inicio o el mantenimiento del consumo y un mayor uso de estrategias de afrontamiento evitativas.

En cuanto a la relación entre el consumo de drogas y la percepción de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas, se encontró que no existe una relación significativa entre estos constructos. Surge una interrogante en relación con este hecho, pues son muchas las investigaciones que encuentran relaciones claras entre el consumo de sustancias y la percepción de riesgo (Becoña, 1999; Becoña, 2000; Becoña, 2011; Benthin, Slovic & Severson, 1993, CAN, 2013a; CAN, 2013b; CEDRO, 2012; DEVIDA, 2011; DEVIDA, 2013; García, 2012; Hampson, Severson, Burns, Slovic & Fisher, 2001; López, Villatoro, Juárez, Carreño, Acevedo & Rojas, 1993; López & Rodríguez-Arias, 2010; OAD, 2010; OID, 2011a; OID, 2011b; Roca, Aguirre & Castillo, 2001; Varela, Salazar, Cáceres & Tovar, 2007). Sin embargo, existen investigaciones que afirman que no se observa una relación tan clara entre la percepción de riesgo del consumo de drogas y la conducta de consumo para algunas drogas, como la PBC (ONUDD, 2008). Adicionalmente, Trujillo, Forns y Pérez (2007) señalan que la percepción de riesgo no necesariamente predice un menor consumo. Esto puede deberse a la multi factorialidad del consumo de drogas, en el que la percepción de riesgo interactúa con las expectativas respecto al consumo, las normas percibidas sobre el consumo, entre otros factores (DEVIDA, 2014). A su vez, son diversos factores, como el sexo, la edad, el estado civil, el nivel de estudios, entre otros, los que podrían intervenir en la percepción de riesgo del consumo de cada una de las drogas (Pons & Berjano, 1999; Salazar, Bustamante, Rodríguez, Megías & Ballesteros, 2011). Así, la formación militar también podría ser un factor influyente en la percepción de riesgo de sustancias.

En relación a los datos sociodemográficos, el tiempo de hospitalización correlaciona directamente con la estrategia de Afrontamiento Activo y con la percepción de riesgo del consumo de marihuana. Lo primero parece implicar que los participantes se involucran más en la solución de sus problemas (lo cual podría estar relacionado a la búsqueda de una solución a sus problemas médicos, por el contexto en el que se encuentran) cuanto más tiempo llevan hospitalizados. Flórez-Torres, Herrera-Alarcón, Carpio-Jiménez, Veccino-Amador, Zambrano-Barrios, Reyes-Narváez y Torres-Contreras (2011) encontraron un mayor uso de estrategias centradas en el problema en pacientes egresados de una unidad de cuidados intensivos, lo cual apoya la hipótesis de que un mayor tiempo de hospitalización puede fomentar el uso de estrategias centradas en el problema. Un dato importante de mencionar es que los participantes reciben información acerca de los efectos negativos de las drogas durante su estancia en el hospital, labor que es realizada por el servicio de Psicología. Esta información se corroboró con los directivos de la institución, quienes mencionan haber

programado charlas bimestrales sobre sustancias psicoactivas con los soldados hospitalizados.

Se encontró que haber estado en el VRAEM correlaciona inversamente con el consumo de tabaco y de alcohol. Este resultado es sorprendente, pues haber estado en el VRAEM es reportado por los miembros de la tropa como una situación altamente estresante y existen investigaciones en población general que demuestran que el estrés está asociado con el incremento del consumo de algunas drogas como el tabaco, alcohol y la cocaína (Fiorentino, 2010; Grunberg, Shafer, Berger & Hamilton, 2011). No obstante, al encontrarse en un centro de salud durante mínimo dos meses, es posible que estas conductas hayan cesado o disminuido, si es que en algún momento estuvieron presentes. El hospital cumpliría una función de “espacio terapéutico” que podría ayudar a tomar distancia de los hechos, así como analizar y reflexionar sobre diferentes áreas de su vida y , de esta manera, podría permitir a los soldados reducir el estrés percibido y mejorar sus hábitos de salud (NIDA, 2013; Vallejo & Terranova, 2009). Adicionalmente, estudios realizados en población de estudiantes universitarios no encuentran una relación entre el estrés y el consumo de drogas (Becerra, 2013; Chau, 2004), lo cual apoyaría los resultados encontrados en la muestra.

También se encontró una relación entre haber estado en el VRAEM y un menor uso de la estrategia de Desentendimiento Mental. Durante la aplicación de los instrumentos, solo se preguntó si había ido al VRAEM, pero no durante cuánto tiempo. En ese sentido, no es posible conocer si esta relación es producto de haber sido destacados al VRAEM o si se encontraba desde antes. Esto deja abierta una interrogante para futuras investigaciones. Sin embargo, esta relación podría indicar una adecuada capacidad de adaptación en aquellos que han sido destacados al VRAEM, pues en ese lugar enfrentan situaciones adversas que podrían poner en riesgo su vida y la de sus compañeros y requieren de estrategias que les permitan involucrarse en la solución de los problemas para adaptarse adecuadamente. Otra posible explicación de esta relación es que el ambiente hospitalario haya servido como espacio terapéutico, en el que los soldados han podido reducir el estrés ocasionado por su estancia en el VRAEM y hayan mejorado sus estrategias de afrontamiento (Vallejo & Terranova, 2009).

En base a los hallazgos de la presente investigación, se puede concluir que es necesario elaborar un programa de prevención del consumo de drogas más complejo y más estructurado. Si bien la información que puedan recibir sobre las drogas es valiosa, no es lo único que fomenta un mayor autocuidado en tema de drogas. Como se ha visto en esta población, la percepción de riesgo tiene menor relación con el consumo que el afrontamiento. En ese sentido, enseñar y reforzar estrategias de afrontamiento centradas en el problema a los

miembros de la tropa parece ser un punto importante a considerar en futuros programas de prevención. Además, si bien es positivo que los soldados perciban un riesgo moderado del consumo de drogas, es importante que puedan diferenciar los efectos y potenciales de daño de cada una de las drogas, sobre todo en aquellas que han sido percibidas de menor riesgo, como los energizantes.

Asimismo, se ha encontrado que haber sido destacado al VRAEM tiene correlación con algunas variables de estudio de la presente investigación. En ese sentido, se sugiere realizar un estudio que separe a los soldados que han sido destacados al VRAEM de los que no lo han sido, de modo que se pueda estudiar las características de esta población en particular. Además, se podrían hacer comparaciones entre grupos de soldados que hayan ido al VRAEM y quienes no lo hayan hecho, considerando el tiempo que han estado en ese lugar y el número de veces. Es importante mencionar que ninguno de los soldados ha recibido un diagnóstico psiquiátrico ni se encuentran en tratamiento psicológico. En ese sentido, se podría descartar que presenten el Trastorno por Estrés Post Traumático, aunque no de forma concluyente. Por lo tanto, sería importante que futuros estudios contemplen o estudien esta variable, de modo que se pueda conocer si se relaciona con el consumo de drogas.

El presente estudio tuvo algunas limitaciones en relación al tamaño de la muestra. Esta es reducida, puesto que no fue posible encontrar más participantes, ya que el ingreso de los pacientes al hospital fue variable durante el tiempo de aplicación. Así mismo, la mayoría de pacientes podía movilizarse, lo que en ocasiones hacía difícil encontrar a todos los pacientes disponibles. Por otro lado, también hubo algunas limitaciones en relación al tiempo que demoraba aplicar los instrumentos (la explicación y el llenado de los cuestionarios tomaban más de 30 minutos). Además, la aplicación de instrumentos se hizo de forma individual, lo que generó mayor demora.

Se sugiere para futuras investigaciones sobre el consumo de drogas, la percepción de riesgo y/o el afrontamiento en militares buscar un ambiente que permita encontrar una muestra más numerosa que permita también tomar una muestra de militares de diferentes niveles jerárquicos y considerar el tiempo dentro de la institución. En tal sentido, queda abierta una interrogante para futuras investigaciones con personal de las fuerzas armadas que aborden la relación o influencia del tiempo de servicio en el consumo de drogas. Más adelante, se podría investigar acerca de los niveles de consumo de las drogas encuestadas y/o agregar algunas sustancias psicoactivas, como los medicamentos con prescripción médica o las drogas folklóricas.

## Referencias

- Alcalde, M. (1998). *Nivel de autoeficacia y estilos de afrontamiento en estudiantes universitarios de Lima* (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Becerra, S. A. (2013). *Rol de estrés percibido y su afrontamiento en las conductas de salud de estudiantes universitarios de Lima* (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Alianza Editorial
- Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 77, 25-32.
- Becoña, E. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia: Martín Impresores, S.L.
- Becoña, E. & Oblitas, L. A. (2010). Promoción de estilos de vida saludables. En L. Oblitas (Ed.), *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp. 83-109). México D.F.: Cengage Learning Editores S.A.
- Benthin, A., Slovic, P. & Severson, H. (1993). A psychometric study of adolescent risk perception. *Journal of adolescence*, 16(2), 153-168.
- Black, S. A., Gallaway, M. S., Bell, M. R. & Ritchie, E. C. (2011). Prevalence and risk factors associated with suicides of army soldiers 2001-2009. *Military Psychology*, 23, 433-451. doi: 10.1080/08995605.2011.590409
- Boullosa, G. (2013). *Estrés académico y afrontamiento en un grupo de estudiantes de una universidad privada de Lima* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Bray, R. M., Fairbank, J. A., & Marsden, M. E. (1999). Stress and substance use among military women and men. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 25(2), 239-256.
- Bray, R. M., Marsden, M. E. & Peterson, M. R. (1991). Standardized comparisons of the use of alcohol, drugs, and cigarettes among military personnel and civilians. *American Journal of Public Health*, 81(7), 865-869.
- Cabañeros, J., García, E. & Lozano, L. M. (2003). Efecto de la deseabilidad social en preguntas sobre temas comprometidos. En *IX Conferencia Española de Biometría*. Simposio llevado a cabo en la conferencia de la Universidad de Oviedo, La Coruña.



- Calafat, A., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Juan, M., Palmer, A., Sureda, P. & Torres, M. A. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Carver, C. (2011). Coping. En: R. Contrada & A. Baum (Eds.). *The handbook of stress science. Biology, psychology and health* (pp. 221-229). New York: Springer Publishing Company.
- Carver, C. & Scheier, M. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 184-195.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Cassaretto, M. (2011). Relaciones entre la personalidad y el afrontamiento en estudiantes preuniversitarios. *Revista Vanguardia Psicológica*, 1(2), 202-225.
- Cassaretto, M. & Chau, C. (2015). *Afrontamiento al estrés: Adaptación del cuestionario COPE en universitarios de Lima*. Manuscrito presentado para su publicación.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. & Valdés, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 21(2), 363-392.
- Cassaretto, M. & Paredes, M. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: Estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología*, 24(1), 109-142.
- Castro, A. & Martina, M. (2002). Predictores del rendimiento académico y militar de cadetes argentinos. *Anales de psicología*, 18(2), 247-259.
- Casuso, L. (1996). *Adaptación de la prueba COPE sobre estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO). (2012). *El problema de las drogas en el Perú*. Lima: autor.
- Chau, C. (1999). Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios: motivaciones y estilos de afrontamiento. *Persona. Revista de la Facultad de Psicología. Universidad de Lima*, 2, 121-161.
- Chau, C. (2004). *Determinants of alcohol use among university students. The role of stress, coping and expectancies* (Tesis doctoral). Katholieke Universiteit Leuven, Amsterdam.

- Chau, C., Morales, H. & Wetzell, M. (2002). Estilos de afrontamiento y estatus performance en un grupo de pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista de Psicología de la PUCP*, 20(1), 93-131.
- Chazenbalk, L. (2005). El valor del humor en el proceso psicoterapéutico. *Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*, 6, 73-83.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA). (2011). *IV Encuesta Nacional de Drogas en la Población General de Perú-2010*. Lima: autor.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA). (2013). *IV Estudio nacional: Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012*. Lima: Mercedes Group S.A.C.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA). (2014). *I Estudio sobre prevención y consumo de drogas en la población general de Lima Metropolitana y Callao 2013*. Lima: autor.
- Compas, B., Connor-Smith, J., Saltzman, H., Harding, A. & Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127.
- Comunidad Andina de Naciones (CAN). (2013a). *II Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria. Informe regional, 2012*. Lima: OHQUIS DESIGN E.I.R.L.
- Comunidad Andina de Naciones (CAN). (2013b). *II Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria. Informe Perú, 2012*. Lima: OHQUIS DESIGN E.I.R.L.
- Córdova, A.J., Andrade, P. & Rodríguez, S.E. (2005). Características de resiliencia en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 7(2), 101-122.
- Davis, P. & Brantley, P. (2004). Stress, coping and social support in health and behavior. En: T. Boll (Ed.). *Handbook of clinical health psychology* (Vol. 2, pp. 233-267). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Day, A.L. & Livingstone, H.A. (2001). Chronic and acute stressors among military personnel: Do coping styles buffer their negative impact on health? *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(4), 348-360.

- Drici, M. (2014). Energy drinks cause heart problems. En F. Pinto (Presidencia), *European Society of Cardiology Congress 2014*. Simposio llevado a cabo en la conferencia de la Sociedad Europea de Cardiología, Barcelona.
- El Comercio (27 de noviembre del 2014). Amazonas: oficial del Ejército disparó y mató a tres cabos. Diario El Comercio. Obtenido de [http://elcomercio.pe/peru/amazonas/amazonas-oficial-ejercito-disparo-y-mato-tres-cabos-nativos-noticia-1774630?ref=flujo\\_tags\\_524130&ft=nota\\_7&e=imagen](http://elcomercio.pe/peru/amazonas/amazonas-oficial-ejercito-disparo-y-mato-tres-cabos-nativos-noticia-1774630?ref=flujo_tags_524130&ft=nota_7&e=imagen) el 27 de noviembre del 2015.
- Espada, J. P., Lloret, D., García, J. A., Segura, M. C. & Méndez, X. (2010). Adolescencia y abuso de drogas. En L. Oblitas (Ed.), *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp. 377-399). México D.F.: Cengage Learning Editores S.A.
- Ficková, E. (2005). Coping scales for adults: Psychometric relationships. *Studia Psychologia*, 47(4), 309-317.
- Fiorentino, M. T. (2010). Conductas de la salud. En L. Oblitas (Ed.), *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp. 57-81). México D.F.: Cengage Learning Editores S.A.
- Flórez-Torres, I. E., Herrera-Alarcón, E., Carpio-Jiménez, E., Vercino-Amador, M. A., Zambrano-Barrios, D., Reyes-Narváez, Y. y Torres-Contreras, S. (2011). Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo. *Aquichan*, 11(1), 23-39.
- Gantiva, C., Trujillo, A., Gómez, W. & Martínez, A. (2007). Actitudes hacia el consumo de cocaína y marihuana en estudiantes universitarios. *Psychologia: Avances en la disciplina*, 1(2), 61-84.
- García, J. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Salud y drogas*, 12(2), 133-151.
- Gastelumendi, C. & Ore, B. (2013). Personalidad y afrontamiento en voluntarios peruanos de lucha contra la pobreza. *Revista de Psicología*, 31(1), 67-98.
- Gold, M. A., & Friedman, S. B. (2000). Cadet basic training: an ethnographic study of stress and coping. *Military medicine*, 165(2), 147-152.
- Gómez, R. A., Aical, C. C., Monllau, L. B. & Vittore, G. A. (2010). *Percepción de riesgo sobre las sustancias psicoactivas en jóvenes, padres y docentes del CBU de nivel medio de la ciudad de Córdoba: Un estudio comparativo* (Tesis de licenciatura), Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.
- González, M. (Coord.) (2011). *Psicología clínica de la infancia y de la adolescencia. Aspectos clínicos, evaluación e intervención*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Guevara, G., Hernández, H. & Flores, T. (2001). Estilos de afrontamiento al estrés en pacientes drogodependientes. *Revista de Investigación en Psicología*, 4(1), 53-65.
- Hage, V. (2001). *Estilos de afrontamiento en excombatientes con trastorno por estrés post-traumático* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Hampson, S. E., Sevenson, H. H., Burns, W. J., Slovic, P. & Fisher, K. J. (2001). Risk perception, personality factors and alcohol use among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 30(1), 167-181.
- Herrero, M. N. (2003). Adolescencia, grupo de iguales, consumo de drogas, y otras conductas problemáticas. *Revista de estudios de juventud*, 62(3), 81-92.
- Hutchinson, J.W., Greene, J.P. & Hansen, S.L. (2008). Evaluating active duty risk-taking: Military home, education, activity, drugs, sex, suicide, and safety method. *Military Medicine*, 173(12), 1164-1167.
- Jiang, Y., Sun, Y. F., Yang, Y. B., Tang, J. J., Wu, S. J., Miao, D. M. & Zhu, X. (2013). Gender differences in coping styles of Chinese military officers undergoing intensive training. *Military Psychology*, 25(2), 124-135. doi: 10.1037/h0094954
- Johnsen, B. H., Laberg, J. C., & Eid, J. (1998). Coping strategies and mental health problems in a military unit. *Military medicine*, 163(9), 599-602.
- Kallasmaa, T. & Pulver, A. (2000). The structure and properties of the Estonian COPE inventory. *Personality and Individual Differences*, 29, 881-894.
- Lazarus R. & Folkman S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca S.A.
- Lévano, J.R. (2003). *El patrón de conducta Tipo A y Tipo B y los estilos de afrontamiento al estrés en una muestra de personal militar* (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Limbert, C. (2004). Psychological well-being and job satisfaction amongst military personnel on unaccompanied tours: The impact of perceived social support and coping strategies. *Military Psychology*, 16(1), 37-51.
- López, E., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Acevedo, M. & Rojas, E. (1993). *Percepción de riesgo del uso de drogas en una muestra de estudiantes del D.F.* México D.F.: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- López, S. & Rodríguez-Arias, J.L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573.

- Ministerio de Defensa (MINDEF). (2014). Cartilla de asistencia al personal del servicio militar voluntario. Obtenido de [https://www.mindef.gob.pe/informacion/documentos/cartilla\\_ejercito.pdf](https://www.mindef.gob.pe/informacion/documentos/cartilla_ejercito.pdf) el 27 de noviembre del 2015.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2013). El abuso de drogas y otras sustancias entre el personal militar. Obtenido de <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-abuso-de-drogas-y-otras-sustancias-entre-el-personal-militar> el 27 de noviembre del 2015.
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México D.F.: Cengage Learning Editores S.A.
- Observatorio Argentino de Drogas (OAD). (2010). *Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas*. Argentina: autor.
- Observatorio Interamericano de Drogas (OID). (2011a). *Informe del uso de drogas en las Américas*. Washington, D.C.: OEA Ser.L.
- Observatorio Interamericano de Drogas (OID). (2011b). *Sistema interamericano de datos uniformes. Protocolo de la encuesta sobre drogas en hogares. Instrumentos para la realización de los estudios nacionales de drogas en población general*. Washington, D.C.: OEA Ser.L.
- O'Connell, M. J., Kaspro, W. J. & Rosenheck, R. A. (2013). The impact of current alcohol and drug use on outcomes among homeless veterans entering supported housing. *Psychological Services, 10*(2), 241-249. doi: 10.1037/a0030816
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD). (2008). *Elementos orientadores para las políticas públicas sobre drogas en la subregión. Primer estudio comparativo sobre consumo de drogas y factores asociados en población de 15 a 64 años*. Lima: Tetis Graf E.I.R.L.
- Palomar, J. & Victorio, A. (2010). Recursos psicológicos y nivel de estrés en personas en condiciones de pobreza. *Psicología y Ciencia Social, 12*(2), 29-33.
- Pandina, R., Johnson, V. & Labovie, E. (1992). Affectivity: a central mechanism in the development of drug dependence. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 179-209). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pastor, G. (2000). *Conducta interpersonal: Ensayo de Psicología Social sistemática*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia.
- Pons, J. y Berjano, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social*. Plan Nacional sobre Drogas.

- Pons, J. & Buelga, S. (2011). Factores asociados al consumo juvenil de alcohol: Una revisión desde una perspectiva psicosocial y ecológica. *Intervención Psicosocial*, 20(1), 75-94.
- Reategui, M.L. & Granthon; F. (2014). *EVITA Guía para la prevención del consumo de alcohol y drogas en la adolescencia*. Lima: Totem Print Peru.
- Roca, F., Aguirre, M. & Castillo, B. (2001). Percepción acerca del consumo de drogas en estudiantes de una universidad nacional. *Psicoactiva*, 19, 29-45.
- Rojas, M. (2012). *Primer informe sobre consumo de drogas, abuso de juegos en línea y ludopatía en universitarios atendidos en CEDRO*. Lima: CEDRO.
- Rojas, R. (1997). *Ansiedad, cólera y estilos de afrontamiento en portadores de VIH* (Tesis de maestría no publicada). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Rosa, A., Olivares-Olivares, P. & Olivares, J. (Coords.) (2012). *Psicología de la salud en la infancia y adolescencia. Casos prácticos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Salazar, F., Bustamante, I. V., Rodríguez, E., Megías, I. & Ballesteros, J. C. (2011). *Percepciones sociales sobre drogas en Lima (Perú)*. Lima: R&F Publicaciones y Servicios S.A.C.
- Sánchez, Z. & Nappo, S. (2007). A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, 73-81.
- Shaffer, D. & Kipp, K. (2007). *Psicología del desarrollo, infancia y adolescencia*. Séptima edición. Thompson Editores, S.A. de C.V: México D.F.
- Silva, L.; Malbergier, A.; Stempluk, V. & Andrade, A. (2006). Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista de Saúde Pública*, 40, 280-288.
- Solano, M. (2013). *Relaciones entre dolor por artritis reumatoide con el bienestar psicológico, afrontamiento y síntomas depresivos* (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud (6ta Edición)*. México D.F.: McGraw Hill Interamericana.
- Torrejón, C. (2011). *Ansiedad y afrontamiento en universitarios migrantes* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Trujillo, A. M., Forns, M. y Pérez, A. (2007). Uso de sustancias y percepción de riesgo: Estudio comparativo entre jóvenes de Bogotá y Barcelona. *Adicciones*, 19(2), 179-190.
- Uribe, J. I., Verdugo, J. C. & Zacarías, X. (2011). Relación entre percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud*, 21(1), 47-55.

- Vallejo, A. R. & Terranova, L. M. (2009). Estrés postraumático y psicoterapia de grupo en militares. *Terapia Psicológica*, 27(1), 103-112.
- Varela, M., Salazar, I., Cáceres, D. & Tovar, J. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. *Pensamiento Psicológico*, 3(8), 31-45.
- Vélez, A., Borja, K. & Ostrosky-Solís, F. (2010). Efectos del consumo de marihuana sobre la toma de decisión. *Revista Mexicana de Psicología*, 27(2), 309-315.
- Vickers Jr, R. R., Kolar, D. W., & Hervig, L. K. (1989). *Personality correlates of coping with military basic training* (No. NHRC-89-3). NAVAL HEALTH RESEARCH CENTER SAN DIEGO CA.
- Vogt, D., Di Leone, B., Wang, J., Sayer, N., Pineles, S., & Litz, B. (2013). Endorsed and Anticipated Stigma Inventory (EASI): A tool for assessing beliefs about mental illness and mental health treatment among military personnel and veterans. *Psychological Services*. Publicación anticipada en línea. doi:10.1037/a0032780
- Wagner, T. H., Harris, K. M., Federman, B., Dai, L., Luna, Y. & Humphreys, K. (2007). Prevalence of substance use disorders among veterans and comparable nonveterans from the national survey on drug use and health. *Psychological Services*, 4(3), 149–157. doi:10.1037/1541-1559.4.3.149
- Wolf, E. J. & Mori, D. L. (2009). Avoidant coping as a predictor of mortality in veterans with end-stage renal disease. *Health Psychology*, 28(3), 330-337. doi: 10.1037/a0013583
- Zárate, M., Zavaleta, A., Danjoy, D., Chanamé, E., Prochazka, R., Salas, M. & Maldonado, V. (2006). Prácticas de consumo de tabaco y otras drogas en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad privada de Lima, Perú. *Investigación y Educación en Enfermería*, 24(2), 72-81.
- Zenith International (2013). *Latin America Energy Drinks Report 2013*. Bath: autor. Recuperado de la página de Internet del organismo: <http://www.zenithinternational.com>





## ANEXO A

**Compromiso ético para trabajos de campo con poblaciones diferentes**

Yo, Edgardo Enrique Llerena Henzler investigador/a responsable del proyecto, en relación al compromiso de responsabilidad ética que asumo para realizar la investigación Consumo de drogas, percepción de riesgo y afrontamiento en soldados del Ejército declaro que los y las participantes:

**Si**/no viven, trabajan o se encuentran en circunstancias que implican conflicto social

**Si**/no viven o trabajan en circunstancias que implican riesgos para la integridad personal o la salud

Si/**no** incluyen menores de edad, personas con discapacidad mental, iletrados

En caso afirmativo de una o varias de estas alternativas, me comprometo a realizar las siguientes acciones:

**1. COMPROMISO DE OBTENCIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Mantener informadas a las autoridades de cada unidad social, comunal, vecinal o doméstica estudiada, y a cada uno de los individuos que participan en la investigación sobre:

1.1 el propósito de la investigación

1.2 el uso que se va dar a la información recabada

1.3 los eventuales riesgos personales vinculados a la participación

Información que se dará por entregada al participante mediante:

Firma de consentimiento informado

Autorización escrita del padre o tutor

Documentación audiovisual de participación en taller

**2. COMPROMISO DE GARANTÍA DE CONFIDENCIALIDAD (PRIVACIDAD)**

Tomar las medidas de confidencialidad de la información obtenida, mediante acuerdo mutuo sobre una o varias de estas opciones (marcar):

Anonimato

Código de identidad del participante

Custodia de los datos a lo largo de la cadena de su transmisión y depósito

Reserva pertinente de la información general sobre el proyecto

### 3. COMPROMISO DE RESPETO A CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES Y FORMAS DE VIDA PARTICULARES

Tomar en cuenta los valores e intereses de los participantes al realizar un acercamiento, ingresar a zonas o viviendas y entablar comunicación, de forma que ello ocurra en el momento pertinente y de manera respetuosa de las costumbres y situaciones personales o comunitarias.

### 4. COMPROMISO DE DEVOLUCIÓN DE RESULTADOS

Presentar a los participantes los resultados, prestar asistencia inmediata en caso de urgencia dentro de sus posibilidades logísticas, consultar a colegas en casos difíciles, y procurar que la investigación tenga un impacto positivo en la calidad de vida de los participantes o les aporte algún beneficio a fin de generar una reciprocidad entre los participantes y el investigador.

### 5. COMPROMISO DE INTEGRIDAD Y RIGUROSIDAD DEL PROCESO

Lima, 7 de julio de 2014

## ANEXO B

## Hoja de consentimiento informado

La presente investigación es conducida por Edgardo Llerena Henzler de la Pontificia Universidad Católica del Perú, supervisado por la Mag. Nancy Valdez. La meta de este estudio es conocer los mecanismos de afrontamiento y la percepción de riesgo sobre las sustancias psicoactivas en los soldados de la tropa del Ejército del Perú.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a tres cuestionarios, lo que le tomará 30 minutos de su tiempo. Una vez finalizado el estudio las hojas serán destruidas.

Su participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación. Las encuestas resueltas por usted serán anónimas, por ello serán codificadas utilizando un número de identificación.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, usted es libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además, puede finalizar su participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio para usted. Si se sintiera incómoda o incómodo, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Muchas gracias por su participación.

---

Yo, \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he leído la información escrita adjunta. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este protocolo estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, y raza u origen étnico, podrían ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo comunicarme con Edgardo Llerena Henzler al correo [ellerenah@pucp.pe](mailto:ellerenah@pucp.pe) o al teléfono 971266112.

Nombre completo del (de la) participante	Firma	Fecha
--	-------	-------

Nombre del Investigador responsable	Firma	Fecha
-------------------------------------	-------	-------

## ANEXO C

## Ficha de datos sociodemográficos

## DATOS PERSONALES

1. Sexo:        Hombre         Mujer
2. Edad: \_\_\_\_\_
3. Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_
4. Lugar de residencia: \_\_\_\_\_
5. Estado civil (marque una opción):
- |               |                          |                  |                          |
|---------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| a. Soltero(a) | <input type="checkbox"/> | d. Divorciado(a) | <input type="checkbox"/> |
| b. Casado(a)  | <input type="checkbox"/> | e. Separado(a)   | <input type="checkbox"/> |
| c. Viudo(a)   | <input type="checkbox"/> | f. Conviviente   | <input type="checkbox"/> |
6. Instrucción
- |                          |                          |                                |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| a. Primaria incompleta   | <input type="checkbox"/> | d. Secundaria completa         | <input type="checkbox"/> |
| b. Primaria completa     | <input type="checkbox"/> | e. Técnica/Superior incompleta | <input type="checkbox"/> |
| c. Secundaria incompleta | <input type="checkbox"/> | f. Técnica/Superior completa   | <input type="checkbox"/> |
7. Motivo de hospitalización: \_\_\_\_\_
8. Tiempo de hospitalización: \_\_\_\_\_
9. ¿Alguna vez ha sido destacado al VRAEM?: Sí         No
10. ¿Alguna vez en su vida ha consumido drogas (incluyendo alcohol, drogas y medicamentos sin prescripción médica)?:        Sí         No

## ANEXO D

## Edad de inicio de consumo por droga

Tabla A

*Edad de inicio de consumo por droga*

Consumo de drogas	Edad de inicio		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Consumo de tabaco	49	16.86	2.111
Consumo de alcohol	69	17.13	2.007
Consumo de marihuana	24	17.08	2.125
Consumo de cocaína	11	16.27	2.867
Consumo de PBC	7	16.14	2.410
Consumo de energizantes	37	17.84	2.522

*n = (según lista)*

## ANEXO E

## Percepción de riesgo del consumo de drogas por droga

Tabla B

*Percepción de riesgo del consumo de drogas por droga*

<b>Percepción de riesgo del consumo de drogas</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>Nivel</b>
Percepción de riesgo del consumo de energizantes	1.53	1.235	Riesgo leve
Percepción de riesgo del consumo de alcohol	2.63	0.953	Riesgo moderado
Percepción de riesgo del consumo de tabaco	2.75	1.248	Riesgo moderado
Percepción de riesgo del consumo de PBC	2.76	1.379	Riesgo moderado
Percepción de riesgo del consumo de marihuana	2.81	1.253	Riesgo moderado
Percepción de riesgo del consumo de cocaína	2.82	1.341	Riesgo moderado

*n = 87*

## ANEXO F

**Percepción de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas y prevalencia de vida del consumo de drogas**

**Tabla C***Correlaciones entre la percepción de riesgo y la prevalencia de vida de cada droga*

Consumo de drogas	Percepción de riesgo					
	Tabaco	Alcohol	Marihuana	Cocaína	PBC	Energizantes
Consumo de tabaco	.091	.132	-.019	-.113	-.053	.097
Consumo de alcohol	.033	-.020	-.044	-.069	-.092	.084
Consumo de marihuana	.047	.122	-.181	-.086	-.021	.025
Consumo de cocaína	.114	.065	.024	-.017	.128	.057
Consumo de PBC	.119	.037	-.106	-.058	-.067	.075
Consumo de energizantes	.074	.032	-.075	-.081	.011	.046

*\*p < .05, bilateral***Tabla D***Diferencias en la percepción de riesgo según la prevalencia de vida de cada droga*

Consumo de drogas	Percepción de riesgo					
	Tabaco	Alcohol	Marihuana	Cocaína	PBC	Energizantes
Consumo de tabaco	814.000	771.500	890.000	792.500	854.500	808.000
Consumo de alcohol	456.000	466.000	447.500	429.000	411.000	416.500
Consumo de marihuana	729.500	657.000	599.500	692.000	755.000	751.000
Consumo de cocaína	336.500	371.500	401.000	406.000	327.000	377.500
Consumo de PBC	210.500	258.500	218.500	246.500	241.000	236.000
Consumo de energizantes	866.000	911.000	864.500	858.500	933.500	895.500

*\*p < .05, bilateral*