



Universidad Andina del Cusco
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Psicología



TESIS

Esquemas Desadaptativos Tempranos y Consumo de Sustancias en

Estudiantes de una Universidad de Cusco, 2023

Línea de investigación: Salud mental y Educación Universitaria

Presentado por:

Bach.: Edward Jardy Cama Ramos

(<https://orcid.org/0009-0008-3874-2671>)

Bach.: Juan José Quintana Castro

(<https://orcid.org/0009-0003-2672-2984>)

Para optar el título profesional de psicólogo

Asesor: Mgt. Luis Fernando Gamio Gonzales.

(<https://orcid.org/0000-0003-2447-692X>)

Cusco – Perú

2023



Metadatos

Datos del autor 1	
Nombres y Apellidos	Bach.: Edward Jardy Cama Ramos
DNI	44044857
URL de Orcid	https://orcid.org/0009-0008-3874-2671
Datos del Autor 2	
Nombres y Apellidos	Bach.: Juan José Quintana Castro
DNI	72194585
URL de Orcid	https://orcid.org/0009-0003-2672-2984
Datos del asesor	
Nombres y Apellidos	Mgt. Luis Fernando Gamio Gonzales
DNI	43793076
URL de Orcid	https://orcid.org/0000-0003-2447-692X
Datos del Jurado	
Presidente del jurado (Jurado 1)	
Nombre y apellidos	Ps. Edgar Sánchez Rodríguez
Numero de documento de identidad	23872356
Jurado 2	
Nombre y apellidos	Dr. Ps. Gareth Del Castillo Estrada
Numero de documento de identidad	41884386
Jurado 3	
Nombre y apellidos	Mtra. Ps. Dina Lizbeth Aparicio Jurado
Numero de documento de identidad	42482929
Jurado 4	
Nombre y apellidos	Ps. Roberto Serapio Mejía Rodríguez
Numero de documento de identidad	23873514
Datos de la Investigación	
Línea de investigación de la Escuela Profesional	Salud mental y Educación Universitaria



Esquemas Desadaptativos Tempranos y Consumo de Sustancias en Estudiantes de una Universidad de Cusco, 2023

por Juan José Quintana Castro Edward Jarly Cama Ramos

Fecha de entrega: 08-jun-2023 08:45a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2111770481

Nombre del archivo: Tesis_completa.docx (2.64M)

Total de palabras: 19038

Total de caracteres: 104087

43793076



Universidad Andina del Cusco
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Psicología



Esquemas Desadaptativos Tempranos y Consumo de Sustancias en
Estudiantes de una Universidad de Cusco, 2023

Tesis presentada por:

Bach. Edward Jardy Cama Ramos

Bach. Juan José Quintana Castro

Para optar el título profesional de
psicólogo

Asesor:

Mgt. Luis Fernando Gamio Gonzales.

Orcid:0000-003-2447-692X

Cusco – 2023

43793076



Desadaptativos Tempranos y Consumo de Sustancias en Estudiantes de una Universidad de Cusco, 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

9%

INDICE DE SIMILITUD

9%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.uandina.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
3	repositorio.unu.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.upse.edu.ec Fuente de Internet	< 1%
5	qdoc.tips Fuente de Internet	< 1%
6	novascientia.delasalle.edu.mx Fuente de Internet	< 1%
7	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	< 1%
8	upc.aws.openrepository.com Fuente de Internet	< 1%
9	eprints.uanl.mx Fuente de Internet	


43793076



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Juan José Quintana Castro Edward Jardy Cama Ramos
Título del ejercicio: TESIS
Título de la entrega: Esquemas Desadaptativos Tempranos y Consumo de Sustan...
Nombre del archivo: Tesis_completa.docx
Tamaño del archivo: 2.64M
Total páginas: 109
Total de palabras: 19,038
Total de caracteres: 104,087
Fecha de entrega: 08-jun.-2023 08:45a. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre... 2111770481



[Handwritten signature]
43793076

Derechos de autor 2023 Turnitin. Todos los derechos reservados.



Dedicatoria

A nuestros padres, por habernos dado el impulso de seguir nuestro camino, y a todas esas personas que estuvieron con nosotros demostrando su apoyo.



Agradecimientos

No sólo no hubiéramos sido nada sin ustedes, si no con toda la gente que estuvo a nuestro alrededor desde el comienzo. Algunos siguen hasta hoy. Gracias; totales.



Índice

Capítulo I	1
Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Formulación del Problema	6
1.1.1 <i>Problema General</i>	6
1.1.2 <i>Problemas Específicos</i>	6
1.3 Justificación	7
1.1.3 <i>Conveniencia</i>	7
1.1.4 <i>Relevancia Social</i>	7
1.1.5 <i>Implicancias practicas</i>	8
1.1.6 <i>Valor Teórico</i>	8
1.1.7 <i>Utilidad Metodológica</i>	9
1.4 Objetivos de la Investigación	9
1.1.1 <i>Objetivo General</i>	9
1.1.2 <i>Objetivos Específicos</i>	9
1.5 Delimitación del estudio	10
1.1.3 <i>Delimitación espacial</i>	10
1.1.4 <i>Delimitación temporal</i>	10
1.6 Aspectos Éticos	10
Capitulo II	12
Marco Teórico	12
2.1 Antecedentes de Estudios	12
2.1.1 <i>Antecedentes Internacionales</i>	12
2.1.2 <i>Antecedentes Nacionales</i>	14
2.1.3 <i>Antecedentes a Nivel Local</i>	16
2.2 Bases Teóricas	17
2.2.1 <i>Constructo de Esquemas</i>	17
2.2.2 <i>Esquemas Desadaptativos Tempranos (EDT)</i>	18
2.2.3 <i>Consumo de Sustancias</i>	27
2.2.4 <i>Clasificación de Sustancias</i>	28
2.2.5 <i>Teoría del Consumo de Sustancias</i>	32
2.3 Hipótesis	34
2.3.1 <i>Hipotesis general</i>	34



2.3.2	Hipotesis específicas	34
2.4	Definición Operacional de Variables.....	37
2.5	Definición de Términos Básicos	39
	Capítulo III	40
	Metodología	40
3.1	Alcance de la Investigación	40
3.2	Diseño de Investigación.....	40
3.3	Población de Estudio.....	41
3.4	Muestra	42
3.5	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	43
3.5.1	Técnica	44
3.5.2	Instrumentos.....	44
3.6	Validez y Confiabilidad del Instrumento	45
3.7	Plan de Análisis de Datos.....	46
	Capítulo IV	47
	Resultados de la Investigación	47
4.1	Resultados Respecto a los Objetivos Específicos.....	47
4.2	Resultados Especto al Objetivo General.....	78
	CAPITULO V.....	82
	DISCUSION	82
5.1	Descripción de las Evidencias más Significativas.....	82
5.2	Limitaciones del Estudio.....	83
5.3	Comparación crítica con la literatura existente	83
5.4	Implicaciones del estudio.....	89
	CONCLUSIONES.....	90
	SUGERENCIAS.....	92
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	93
	APENDICE.....	96



Índice de Tablas

Tabla 1.....	42
Descripción de la población.....	42
Tabla 2.....	43
Descripción de la muestra por género.....	43
Tabla 3.....	48
Esquemas desadaptativos Tempranos predominantes en estudiantes de una universidad del Cusco 2023	48
Tabla 4.....	51
Sustancias que consumieron alguna vez en su vida en estudiantes de una Universidad del Cusco, 2023	51
Tabla 5.....	52
Sustancias que consumieron en los últimos 3 meses en estudiantes de una Universidad del Cusco, 2023.	52
Tabla 6.....	53
Sustancias que consumieron en el último mes en estudiantes de una Universidad del Cusco, 2023.....	53
Tabla 7.....	55
Relación entre esquemas desadaptativos tempranos predominantes y la frecuencia de consumo de sustancias en los últimos 3 meses en estudiantes de una universidad del Cusco, 2023.....	55
Tabla 8.....	58
Diferencia del consumo de Tabaco según Sexo en los último 3 meses	58
Tabla 9.....	59
Frecuencia de consumo de Tabaco según Sexo en los último 3 meses	59
Tabla 10.....	59
Diferencia del consumo de bebidas Alcohólicas según Sexo en los último 3	60
Tabla 11.....	61
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas según sexo.....	61
Tabla 12.....	62
Diferencia del consumo de Cannabis según sexo en los último 3 meses	62
Tabla 13.....	63
Frecuencia de consumo de Cannabis según sexo cada 3 meses	63
Tabla 14.....	64
Diferencia del consumo de Cocaína según sexo	64



Tabla 15.....	65
Frecuencia de consumo de Cocaína según sexo	65
Tabla 16.....	66
Diferencia del consumo de anfetaminas según sexo.....	66
Tabla 17.....	67
Frecuencia de consumo de anfetaminas según sexo.....	67
Tabla 18.....	68
Diferencia del consumo de inhalantes según sexo	68
Tabla 19.....	69
Frecuencia de consumo de Inhalantes según sexo	69
Tabla 20.....	70
Diferencia del consumo de tranquilizantes según sexo.....	70
Tabla 21.....	71
Frecuencia de consumo de tranquilizantes según sexo.....	71
Tabla 22.....	72
Diferencia del consumo de alucinógenos según sexo	72
Tabla 23.....	73
Frecuencia de consumo de alucinógenos según sexo	73
Tabla 24.....	74
Diferencia del consumo de opiáceos según sexo	74
Tabla 25.....	75
Frecuencia de consumo de opiáceos según sexo	75
Tabla 26.....	76
Diferencia del consumo de otras sustancias según sexo	76
Tabla 27.....	77
Frecuencia de consumo de otras sustancias según sexo	77
Tabla 28.....	79
Relación entre los esquemas desadaptativos tempranos predominantes y el consumo de sustancias a lo largo de la vida en estudiantes de una universidad del Cusco 2023	80



Índice de Figuras

Figura 1:	37
Esquemas desadaptativos tempranos	37
Figura 2:	38
Consumo de sustancias	38
Figura 3	44
Cuestionario de esquemas de Young	44
Figura 4	44
Ficha Técnica del cuestionario Assist	45
Figura 5	58
Diferencia del consumo de tabaco según Sexo	58
Figura 6	60
Diferencia respecto al alcohol y su consumo según Sexo	60
Figura 7	62
Diferencia del consumo de Cannabis según sexo	62
Figura 8	65
Diferencia del consumo de Cocaína según sexo	65
Figura 9	66
Diferencia del consumo de anfetaminas según sexo	67
Figura 10	68
Diferencia del consumo de inhalantes según sexo	69
Figura 11	71
Diferencia del consumo de tranquilizantes según sexo	71
Figura 12	73
Diferencia del consumo de alucinógenos según sexo	73
Figura 13	75
Diferencia del consumo de opiáceos según sexo	75
Figura 14	77
Diferencia del consumo de otras sustancias según sexo	77



Resumen

El estudio investiga las variables Esquemas Mentales y consumo de sustancias en la población específica de estudiantes de una universidad Cusqueña. El enfoque es descriptivo correlacional; el diseño no experimental. La muestra poblacional consiste en 278 estudiantes de estudiantes. Se aplicó el cuestionario de Esquemas Mentales de Young y el Assist. Los resultados se orientan a relacionar las categorías destacadas de ambas variables. El esquema desadaptativo Metas Inalcanzables tiene asociación moderada con el consumo de cannabis, cocaína, alucinógenos y opiáceos. El esquema Autocontrol Insuficiente se asocia en poca medida al consumo de bebidas alcohólicas, alucinógenos y opiáceos. El esquema Negatividad/Pesimismo se asocia en poca medida al consumo de tabaco, tranquilizantes e inhalantes.

Abstract

The study investigates the variables Mental Schemas and substance use in the specific population of students of a Cusco university. The approach is correlational descriptive; the non-experimental design. The population sample consists of 278 student students. Young's Mental Schemas questionnaire and Assist were applied. The results are aimed at relating the prominent categories of both variables. The maladaptive scheme Unattainable Goals has moderate association with the use of cannabis, cocaine, hallucinogens and opiates. The Insufficient Self-Control scheme is associated to a small extent with the consumption of alcoholic beverages, hallucinogens and opiates. The Negativity/Pessimism scheme is associated to a small extent with the consumption of tobacco, tranquilizers and inhalants.



Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del Problema

Cusco es ampliamente reconocido como tesoro cultural mundial y destaca como centro arqueológico en el continente americano. A través del tiempo, esta ciudad sufrió cambios por su propia naturaleza. Cusco cuenta con la ciudadela de Machu Picchu, una de las siete maravillas del mundo antiguo, así como restos arquitectónicos que denotan una gran diversidad cultural que ahora significa un importante atractivo turístico, destacando esta urbe como una de las capitales más relevantes de Perú y América. El Cusco es una ciudad turística por ende es una ciudad con una diversidad de servicios de consumo, dentro de todo el espectro de servicios el Cusco se caracteriza por tener servicios de diversión tanto para el turismo como para los pobladores de la ciudad.

La Universidad Nacional Diego Quispe Tito es un centro de educación superior de características estatales, fundada por Diego Quispe Tito, artista visual cuya contundente obra atravesó fronteras internacionales, en el año 1533. En el año 2017, la institución logra alcanzar un nuevo grado: la categoría de universidad. En la actualidad cuenta con la facultad de educación artística, restauración y la facultad de artes visuales. Se incluyen dentro de las facultades mencionadas, cinco especialidades que las conforman. La universidad nacional tiene la misión de formar profesionales con un rol activo en la creación y reservaciones la cultura y sus productos artísticos. La universidad nacional Diego Quispe Tito tiene una historia virreinal importante y es reconocida como una de las escuelas de mayor trascendencia en el acontecer histórico colonial a nivel de América. Se caracterizaba por su originalidad y el valor artístico. Una mezcla de la tradición artística occidental, indígena y mestiza expresando su visión del mundo.



La población de estudiantes consta de varones y mujeres en igual proporción; 378 varones y 379 mujeres matriculados en el semestre en curso. La universidad de Bellas Artes Diego Quispe Tito posee tres facultades: Restauración, Pedagogía, Artes Visuales. Cuenta con 2 filiales. Los estudiantes son principalmente de la Provincia de Cusco. Son originarios de provincias en menor grado, puesto que existen facultades de Bellas Artes en provincias de Calca (Calca) y Canchis (Checacupe). Dentro de la población, existen estudiantes originarios de otras ciudades del Perú, quienes acuden a realizar estudios superiores a la universidad en meción dado su prestigio con el que cuenta. Los alumnos tienen un rango de edad comprendido entre los 17 y los 38 años de edad. De diferentes condiciones socioeconomicas y culturales. La institución educativa tiene características inclusivas, atendiendo a una parte de la población a personas con habilidades diferentes, entre ellas dificultades de tipo cognitivas y fisicas, tales como la verbal y auditiva.

Para poder entender al ser humano, es necesario establecer una visión integral en la que cada individuo experimenta diferentes estímulos que permiten comprender el desarrollo personal a través del prisma de su propia existencia, considerando aspectos familiares, culturales, sociales, los que generan un cambio y suelen ser manifestados en las creencias, conductas y actitudes frente a situaciones que vivenciadas. Estas mismas son influenciadas por esquemas que se desarrollaron durante la infancia. Los padres desempeñan una función fundamental en el crecimiento y desarrollo del individuo dada la influencia ejercida a travez de la crianza, cuidado, protección, afecto y enseñanza durante las primeras etapas de vida. Los cuidadores brindan pautas practicas así como valores éticos en las diferentes etapas de la vida de las personas, orientando al individuo según costumbres particulares de cada familia, generando como respuesta un tipo de pensamiento que a su vez genera un conjunto de comportamientos. Los aprendizajes anteriormente mencionados, tienen como consecuencia un patrón aprendido, desde edades tempranas, que es



llamado esquema cognitivo. Cuando estos aprendizajes se dan de manera desfavorable se presentan los esquemas desadaptativos tempranos, donde el individuo será inducido a pensamientos disfuncionales generando una acción ineficaz que causa malestar y se verá reflejado en los modos de afrontamiento frente a situaciones específicas.

El concepto de los esquemas es un elevado contenido emocional de origen pre verbal que se va creando a inicios del primer vínculo del niño con su cuidador, es decir el niño conoce el mundo por la manera que su cuidador lo presenta. (Young & Klosko, Reinventa tu vida, 2012).

Los esquemas mentales tempranos son constructos conceptuales que son desarrollados durante la etapa inicial de vida del individuo acerca de sí mismo, de aquellos que la circundan y del mundo en general, fundamentándose en las vivencias ocurridas durante su relación con otros individuos. Estos constructos se implantan en la psique y se convierten en juicios fundamentales que el individuo sustenta para saber, entender, elegir y actuar. Las trampas vitales, por otro lado, son esos esquemas que no se corresponden con la realidad y conducen a la persona a tener conductas de manera inapropiada. Estos esquemas interfieren en la capacidad de afrontar escenarios incómodos, lo que ocasiona que la persona actúe de manera inadaptada y, disfuncional. (Castro, 2012).

A nivel mundial históricamente las poblaciones y su cultura han introducido las drogas y lo referido al consumo de estas, tanto en un entorno legal como en un entorno ilegal, ocasionando problemas relevantes para la salud pública. Se estima que en la tierra, al respecto de este último año, un aproximado de 275 millones de habitantes fueron usuarios de algún tipo de droga. Entre el 2010 y el 2019, se incrementó el consumo un 22% y se estima en las proyecciones que se incrementará un 11% al 2030 a nivel mundial, en parte debido al aumento poblacional mundial. Se estima un aproximado del 5.5% del total de la población ha sido usuario o consumidor de algún tipo de sustancia durante el transcurso del año último en transcurrir. A su vez, el 13% de la totalidad



de la población, lo que representa la cifra de 36.3 millones de individuos, sufren un trastorno relacionado al consumo de sustancias psicoactivas (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2021).

Según estadísticas nacionales, en referencia a drogas de consumo con características legales, del año 2006 al año 2010 hubo una disminución del 12.3%. En cuanto a drogas ilegales del 2006 al año 2010 hubo un incremento del 0.5%, estos datos se basan en cuanto al consumo y su prevalencia en el transcurso de una temporalidad anual. La autoadministración de sustancias psicoactivas según el tipo en población universitaria entre los años 2009 al 2012 vemos: alcohol 3.3% Incremento, Tabaco 0.94% disminución, Marihuana 1.32% incremento, Cocaína 0.02% incremento, Inhalantes 0.92% disminución. PBC 0.12% incremento (DEVIDA, 2019).

Considerando la urbe cusqueña según el INEI hubo 14 intervenciones por consumo de drogas en el año 2020, e intervenciones por tráfico de drogas 140 en el 2020. En los datos estadísticos sobre las intervenciones por consumo de drogas, se realizaron cuando las personas consumían en un lugar público. No se tiene una data exacta de personas que consumen droga (INEI, 2020). Por otra parte, según el último estudio del Observatorio Peruano de Drogas, que es el organismo encargado de recopilar información sobre el uso y abuso de sustancias adictivas en Perú, el uso de sustancias ilegales en la urbe cusqueña en el año 2019 se situó en el 9,6% de la población encuestada, siendo el cannabis la sustancia más ingerida, seguida por el crack y la cocaína (Mininter.gob.pe, 2019).

El uso de drogas, tanto en un marco legal, así como en un contexto ilegal son una problemática de salud pública que se viene enfrentando a nivel mundial. Esta se puede iniciar en la adolescencia y juventud y traer consecuencias severas que afecten la salud psicológica y fisiológica. Estas consecuencias pueden variar según la sustancia, pero pueden generar efectos no



deseados como, poca coordinación muscular y pérdida de la percepción del dolor, Sudoración, aumento de temperatura, tensión arterial, ritmo cardiaco alterado, etc. También problemas psíquicos como alucinaciones que conlleven un alto riesgo, depresión, ansiedad, psicosis, paranoia, inapetencia, déficit en procesos cognitivos, etc. (Cedro, 2018)

El DSM atribuye que el consumo de sustancias puede producir afectaciones clínicas diversas, abarcando una amplia gama que incluye tanto desde síndromes clínicos directamente relacionados como la intoxicación, el abuso, la dependencia y la abstinencia, así como también otros cuadros clínicos vinculados de forma menos evidente, tales como los trastornos del estado de ánimo, los trastornos sexuales trastornos psicóticos, trastornos de la percepción, ellos incluidos en una lista más amplia. En la práctica todo esto va variar dependiendo de la sustancia, un ejemplo claro es que las personas se exponen a contraer otras enfermedades por el uso agujas usadas al momento de inyectarse alguna sustancia como la heroína y les produce alucinaciones y un deterioro físico. Las personas que consumen alguna clase de droga por primera vez, no comienzan con una dependencia inmediatamente, el proceso es lento y predecible. Generalmente las personas pasan por diferentes fases como la de predisposición, la fase de inicio o de experimentación, a fase de instalación del consumo como habito, la fase de perpetuación del dicho habito al consumo, la fase de adicción en si como características de conducta dependiente, el mantenimiento o deshabituación del uso de sustancias y la fase reiteración o reagudización. (Becoña Iglesias, 2002).

En entrevistas realizadas a estudiantes , ex-estudiantes y docentes de dicha universidad de la facultad de Artes y de Restauración, los sujetos entrevistados indicaron que el consumo de drogas se da en circunstancias sociales y también en contextos artísticos, con objetivos creativos, como el conseguir inspiración.



Por todo lo expuesto llama la atención que no exista un estudio o datos estadísticos que hayan analizado el fenómeno expuesto en los estudiantes de la institución en mención. Es más, verificamos los estudios realizados a nivel nacional y no existe ningún estudio relacionado sobre población artista o de estudiantes de artes y el uso de drogas. No pudimos tener acceso a algún plan integral de prevención y consumo de sustancias que se relacione a la creatividad y al arte en general.

Sabemos que es de suma importancia esta problemática, es por ello que este proyecto de investigación está abocado a describir dicha problemática e identificar con el modelo teórico donde puede iniciar la problemática y dar un mejor entendimiento para así poder plantear un plan integral de prevención y consumo de sustancias relacionadas a la creatividad y al arte en general.

Esperamos que a partir de esta investigación se tome en consideración y sea un punto de partida para mejores intervenciones y planteamientos relacionados a este problema.

1.2 Formulación del Problema

1.1.1 Problema General

¿Existe relación entre los esquemas desadaptativos tempranos predominantes y consumo de sustancias a lo largo de la vida en estudiantes de una Universidad del Cusco 2023?

1.1.2 Problemas Específicos

- a) ¿Cuáles son los esquemas desadaptativos tempranos predominantes en estudiantes de una Universidad del Cusco 2023?
- b) ¿Cuáles son las sustancias que consumieron alguna vez en su vida los estudiantes de una Universidad del Cusco 2023?
- c) ¿Cuáles son las sustancias que consumieron en los últimos 3 meses y el último mes los estudiantes de una Universidad del Cusco 2023?



- d) ¿Cuál es la relación entre los esquemas desadaptativos tempranos predominantes y la frecuencia de consumo de sustancias en los últimos 3 meses en estudiantes de una Universidad del Cusco 2023?
- e) ¿Existe diferencia significativa al comparar la frecuencia de consumo de sustancias entre varones y mujeres en estudiantes de una Universidad del Cusco 2023?

1.3 Justificación

1.1.3 Conveniencia

El estudio resulta pertinente por tener elementos prácticos que permiten investigar las variables psicológicas planteadas y analizar las correlaciones existentes de forma sencilla. Las características geográficas de la población viabilizan la posibilidad del estudio. Del mismo modo, las características cuantitativas del proceso de recolección de información permiten una aplicación ágil.

1.1.4 Relevancia Social

El estudio resulta trascendente para la institución donde será aplicada ya que representa información de valor referida a la salud psicológica y los esquemas mentales de los estudiantes de dicha institución. El estudio pretende revelar información psicológica existente en los sujetos de estudio. Con ello se podrá tener un panorama más claro respecto al grado vulnerabilidad de este grupo humano a determinados peligros y respecto a las características mentales del mismo. Los resultados obtenidos y la información analizada permiten un mayor entendimiento de la población y su mundo mental, así como la posibilidad de crear estrategias de participación preventiva o intervenida para lograr objetividad en el abordaje de la realidad social, tanto en la institución de forma específica, como en la sociedad misma.



La transmisión de la información analizada pretende beneficiar, tanto a los estudiantes que representan la población misma de la investigación, así como a los familiares de los estudiantes, quienes podrán acceder a los resultados hallados y al análisis correspondiente, lo cual permitirá mayor entendimiento por parte de estudiantes de la institución académica en la que reciben formación dichos estudiantes. Del mismo modo, el estudio contribuye a la institución misma, que al visibilizar con más claridad y de forma objetiva las variables. a los profesionales y académicos de las brindar información valiosa tanto a la población de estudio que son los estudiantes, así como posee trascendencia social al afecta investigación radica en el conocimiento de identificar que sustancias consumen y que esquemas desadaptativos tienen mayor probabilidad de conllevar al consumo, al mismo tiempo el abordaje al problema del consumo y la creación de programas que puedan ser aplicados en otras instituciones

1.1.5 Implicancias prácticas

Al proponerse entender el funcionamiento relacionado de ambas variables, consumo de drogas y esquemas mentales tempranos desadaptativos, el estudio brindará un marco teórico conceptual para describir una problemática real. El estudio podrá llegar a incentivar estudios futuros con las mismas variables, variables cercanas o en otros contextos. También, la información hallada y expuesta puede ser utilizada en la elaboración de proyectos preventivos y de intervención.

1.1.6 Valor Teórico

Si bien el marco conceptual actual que se ha desarrollado en torno a los fenómenos de estudio es bastante explicativo, encontramos un vacío teórico al tratar de establecer correlaciones predominantes entre determinados esquemas mentales y el consumo de alguna sustancia de forma específica. La investigación pretende determinar dicha correlación.



En cuanto a los esquemas desadaptativos se conoce como se inicia sin embargo no se encuentran estudios donde se relacionen con el uso de drogas en población estudiantil de educación artística. Solo se conoce estadística general del consumo de sustancias y esquemas desadaptativos en poblaciones universitarios en general, y no de una manera específica. Por todo lo expuesto, este estudio aporta a la caracterización de los esquemas desadaptativos y la relación entre el consumo de sustancias.

1.1.7 Utilidad Metodológica

El estudio apporto con el sustento teórico específico hacia el consumo de sustancias y las trampas viales. Identificando las creencias sobre el consumo de sustancia y los esquemas desadaptativos. Esta investigación puede ser utilizada para futuras investigación en relación a temas sobre consumo de drogas y los esquemas desadaptativos en población artística. Y la vigencia de los instrumentos estandarizados a nivel local.

1.4 Objetivos de la Investigación

1.1.1 Objetivo General

Describir la relación entre esquemas desadaptativos tempranos predominantes y consumo de sustancias a lo largo de la vida en estudiantes de una Universidad del Cusco 2023

1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Describir los esquemas desadaptativos tempranos predominantes en estudiantes de una Universidad del Cusco, 2023.
- b) Describir las sustancias que consumieron alguna vez en su vida los estudiantes de una Universidad del Cusco 2023.



- c) Describir las sustancias que consumieron en los últimos 3 meses y en el último mes los estudiantes de una Universidad del Cusco, 2023.
- d) Describir la relación entre los esquemas desadaptativos tempranos predominantes y la frecuencia de consumo de sustancias en los últimos 3 meses en estudiantes de una Universidad del Cusco 2023.
- e) Comparar la frecuencia de consumo de sustancias entre varones y mujeres en estudiantes de una Universidad del Cusco 2023.

1.5 Delimitación del estudio

1.1.3 Delimitación espacial

La investigación pudo realizarse en las distintas locaciones de la institución en cuestión, la Universidad Nacional Diego Quispe Tito del Cusco. Se ha considerado para el estudio la totalidad de estudiantes de todas las locaciones incluidas en la sede Cusco.

1.1.4 Delimitación temporal

La investigación fue realizada en el periodo comprendido entre los meses de enero y junio del 2023, dándose en enero el inicio del estudio con la fase de proyecto de investigación, continuando con la aplicación del instrumento en febrero y marzo, después, el análisis de datos y resultados en mayo los procedimientos admirativos en el mes de junio del 2023.

1.6 Aspectos Éticos

El estudio fue desarrollado enmarcado según planteamientos éticos de base, respetando el anonimato y características confidenciales para cada participante y no han sido reveladas de forma pública. Previo llenado de cuestionarios, se brindará un documento de “consentimiento informado” donde se le explicará a cada estudiantes las explicaciones y el objetivo de la investigación. En los



pocos casos se manifestó falta de interés en participar en la investigación, el estudiante fue eximido del proceso.



Capítulo II

Marco Teórico

2.1 Antecedentes de Estudios

2.1.1 *Antecedentes Internacionales*

El investigación descrita “Esquemas mal adaptativos tempranos y factores de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de un colegio de Bogotá”(Venegas Garcia & Jaidier Fernandez, 2016), tuvo por finalidad identificar la existente correlación entre la variable esquemas mal adaptativos y los factores de riesgo en el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes; utilizo una muestra de 225 estudiantes entre varones y mujeres, se concluyó que el mayor factor de riesgo de consumir sustancias corresponde en el esquema de abandono/inestabilidad, poseyendo estas personas habilidad para relacionarse socialmente y presentando frecuentemente trastornos psiquiátricos. También indican que no encontraron un alto porcentaje de adolescentes consumidores dentro del estudio.

Refiriéndonos ahora a una investigación de grado titulada “Relación entre esquemas desadaptativos tempranos y rasgos patológicos de la personalidad en pacientes con trastorno por consumo de sustancias del centro de tratamiento de adicciones proyecto Esperanza” (Montesinos Flores, 2018), está tuvo como línea directriz de sus objetivos planteados el analizar la correlación existente entre las variable de Rasgos psicopatológicos de personalidad en la población de estudio y la variable de esquemas desadaptativos tempranos. Se realizó ello en una población especifica de individuos, con funcionalidad deteriorada que al momento de la investigación eran pacientes en un centro de rehabilitación en la ciudad de Cuenca en el País de Ecuador. La institución refirió una muestra de 55 pacientes adictos a sustancias psicotrópicas, ellos con diagnóstico de adicción a estas sustancias y con un proceso psicoterapéutico cursándose. Para el estudio se utilizaron los



instrumentos Cuestionario de esquemas de Young (YSQ-L2) y el Inventario de personalidad del DSM-5 (PID-5). Los datos hallados y el análisis de estos concluyen que el autocontrol consiste en el esquema mental desadaptativo temprano con mayor asociación respecto a los dominios y facetas del PID-5. También se encontró que el EDT Grandiosidad se encuentra vinculado en la población con el de antagonismo y psicoticismo con una relación de significancia moderada. También encontraron correlaciones de magnitud leve entre los esquemas de entrapamiento, abuso/desconfianza y de autosacrificio con las facetas de perseveración, suspicacia, depresión y perfeccionismo rígido.

En un estudio titulado “Factores asociados al consumo de drogas en estudiantes de artes realizado por: (Pavon Leon, Salas Garcia, De san jorge Cardenas, & Cruz Juarez, 2022), indican que participaron 197 estudiantes de edades entre 17 y 55 años y en programas educativos del área de artes. La población femenina representa el 63% de los participantes, y la población masculina fue del 37%. Refieren que, dentro de la ingesta de sustancias legales, el total consumido de tabaco fue 69.3% que consumieron por lo menos una vez en su vida, 41.1% en el último año, y 31.3% en el último mes, en el consumo de alcohol alcanzo a 87.5% que consumieron por lo menos una vez en su vida, 78.6% en el último año, y 78.6% en el último mes. En la ingesta de sustancias ilegales se mira que los estudiantes que consumieron por lo menos una vez en su vida eran: 51% Marihuana, 15.1% alucinógenos, 14.6% drogas medicas sin prescripción o receta médica, 9.4% cocaína, 7.3% metanfetaminas; 2.6% crack, 2.6% solventes inhalables, y el 0.5% heroína. En relación a la ingesta en el último año se encontró, 30.7% marihuana, 9.4% drogas sin indicaciones médicas, 6.8% alucinógenos, 4.2% cocaína y 3.6% metanfetaminas. En el último mes se registró una tendencia similar ya que 18.2% había ingerido marihuana, 3.6% drogas medicas sin prescripción o recetas y el 1% alucinógenos Y llegaron a la conclusión que los factores



psicosociales relacionados eran el funcionamiento familiar, encontrando que con el incremento de ingesta de alcohol ocurre una disminución funcional familiar. Otro factor psicosocial es el uso del tiempo libre, donde observaron un riesgo medio alto. Un factor que es también considerado es la autoestima y que la mayor parte de los estudiantes tienen una autoestima alta, este indicador es aún más elevado cuando los estudiantes no consumen drogas. Otro factor asociado que consideran es la ansiedad que en promedio entre el 52.9% y 57.1% entre los que ingieren drogas legales e ilegales respectivamente. También indican hallarse síntomas de depresión en más del 64% de estudiantes. Otro factor que consideran es el autocontrol que indican que es significativo, entre los que consumen drogas y los no consumidores.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

En una tesis realizada para optar al título de licenciatura en psicología titulada “Esquemas precoces desadaptativos y consumo de riesgo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios” (Alfaro Martínez & Pelaez Vilca, 2021); el objetivo fue establecer si existe una correlación entre consumo riesgoso de drogas y los Esquemas mentales desadaptativos tempranos en la población de estudiantes de la Universidad Católica de Santa María en el año 2019, en formaciones de pregrado, en donde participaron 442 estudiantes. La población masculina participante fue de 41.9%, y respecto a la población femenina, 58%. Las edades cronológicas de los participantes se encontraban en un rango intermedio entre los 17 y 25 años. Concluyeron que los esquemas precoces más predominantes eran el de abandono/inestabilidad y desconfianza/abuso. Los tipos de drogas que presentaron consumo de nivel alto o moderado y de forma prevalente, fueron el alcohol. La población de mujeres presentó principalmente esquemas marcados de abuso/desconfianza/ abandono e inestabilidad emocional en las edades comprendidas entre los 17 años y 19 años de edad cronológica de las participantes. En el rango de 20 a 22 años de edad, predominan los esquemas se suma además de las anteriores categorías, la inhibición



social. Por otra parte, el 93.2% de la muestra representativa del total de la población dio declaraciones de haber sido usuario de alguna droga, sea de forma única excepcional o más frecuente. Respecto al consumo riesgoso, el 24% del total de la población afirma haber desarrollado un consumo riesgoso de una sustancia, y tomando en cuenta el consumo de dos sustancias o más (aunque menos de 6) se menciona el 33.9%.

En un estudio realizado que lleva por título “Esquemas desadaptativos tempranos y expectativas hacia el consumo de alcohol en adolescentes de una institución educativa estatal en Chiclayo” (Fernandez Villalobos, 2019). Tuvo como objetivo describir si existe relación entre esquemas desadaptativos tempranos y expectativas hacia la ingesta del alcohol en adolescentes en un centro educativo estatal de Chiclayo. Donde la población muestra fue de 320 estudiantes de 3° y 5° de secundaria de 14 a 17 años, donde el 46% fueron hombres y el 54% fueron féminas. Concluyen que existe una correlación entre los esquemas desadaptativos y el consumo de alcohol donde predomina la vulnerabilidad y autosacrificio.

Esta tesis realizada para optar al título de licenciatura que lleva como título “Esquemas Mal adaptativos Tempranos en Pacientes Dependientes de Sustancias Psicoactivas en un centro de Rehabilitación de Lima” (Aguirre Campos, 2017). Donde tuvo como objetivo reconocer las diferencias en esquemas mal adaptativos tempranos, según el tipo de droga psicoactivas de dependencia de los residentes de un centro de rehabilitación de lima. Fueron participantes, sujetos masculinos con edades comprendidas entre 18 años de edad y 50, consistiendo en total 70 pacientes. Donde se concluyó que todos los pacientes residentes presentan los 18 esquemas a excepción de los participantes consumidores de la droga cocaína, caracterizándose este grupo por presentar 17 esquemas, configurando la excepción de defectuosidad/vergüenza. También indican



que predominan los esquemas de Vulnerabilidad, Búsqueda de aprobación, pesimismo y autocontrol insuficiente.

2.1.3 Antecedentes a Nivel Local

La investigación en mención fue realizada para el grado de doctor en el área de ciencias sociales. Este estudio es titulado “Socialización religiosa y su relación con la formación de esquemas disfuncionales tempranos de los feligreses de la iglesia evangélica peruana del cusco, 2017” (Morveli Palomino, 2017). Tuvo como objetivo determinar la correlación existente entre el constructor de socialización religiosa y el constructor de formación de esquemas socialización religiosa y el constructor de formación de esquemas funcionales tempranos en los feligreses de la iglesia Evangélica Peruana del Cusco, donde la población total era de 3517 feligreses bautizados con la doctrina religiosa, y la muestra tomada fue de 186 feligreses. En donde afirma que existe relación entre la socialización religiosa y la formación de esquemas disfuncionales lo que significa que sus experiencias vividas por los evangélicos generan influencia en importante medida viéndose afectado su comportamiento suque están orientadas y tienen dirección en función a la funcionalidad negativa o disfuncionalidad, y la adaptación negativa o desadaptación. a la desadaptación y disfuncionalidad; también indica que la dimensión predominante fue de rechazo y desconexión.

En una tesis titulada “Esquemas disfuncionales tempranos en adolescentes beneficiarios del programa de prevención estratégica del delito PPEd Cusco, 2020” (Santos Palomino, 2020), donde tuvo como objetivo explorar los esquemas disfuncionales tempranos que prevalecen en los adolescentes, donde participaron 72 jóvenes que oscilaban entre los 12 y 17 años. Donde concluye que el esquema desadaptativo sobresaliente es el de vulnerabilidad, lo que significa que los adolescentes viven con un desmesurado temor a sufrir alguna afección o que sean dañados en



cualquier instante y experimentar sucesos desfavorables incontrolables, como problemas médicos y emocionales.

En un estudio realizado que lleva por título “El consumo de productos psicoactivos y el rendimiento académico de los estudiantes de la Universidad Andina del Cusco Año semestre 2019-I” (Gabaldi & Delgado Candía, 2019), donde el objetivo fue Exponer el impacto del uso de sustancias psicoactivas en el desempeño académico de los estudiantes jóvenes; la muestra fue en total de 374 estudiantes que hacen uso de diversas variedades de sustancias psicoactivas en los alrededores de la universidad. Donde los resultados dieron evidencia que el 37% consumen alcohol, jóvenes que indican ser católicos son los que más consumen alcohol y otros productos como la marihuana, cocaína con un 72% en comparación con otras religiones, los consumidores de sustancias y alcohol dentro de esta población ven afectados su rendimiento, donde en promedio oscila en 13.8 puntos frente a los que no consumen que en promedio tienen 17 puntos.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 *Constructo de Esquemas*

Los esquemas se emplean en diversas disciplinas que recurren a este concepto. Haciendo un término general se puede decir que un esquema se refiere a una organización, una estructura o un diseño que actúa como un marco o perfil. Dentro del ámbito de la filosofía en la antigua Grecia presentaron principios lógicos en forma de “esquemas inferenciales” (279-206 a.C. Aproximadamente). Según la filosofía de Kant, un esquema es la representación de lo que es compartido por los individuos pertenecientes a una categoría. Además, se emplea en la teoría de conjuntos, la geometría algebraica, el ámbito educativo, el análisis literario y la ingeniería de programación computacional. En el ámbito de la psicología, el concepto de esquema está vinculado a Piaget, quien analizó las características particulares de los esquemas en distintas etapas



del desarrollo cognitivo en los niños. (Young, Klosko, & Weishaar, *Terapia de Esquemas: Guía Práctica*, 2015)

La teoría de Piaget, que refiere a las características cognitivas y el desarrollo de estas. un proceso de construcción continua de ETD iniciadas en la infancia, es un ciclo constante de construcción y reconstrucción, anudándose y reanudándose los estadios o etapas. (Saldarriaga Zambrano, Bravo Cedeño, & Loor Rivadeneira, 2016)

(Young, Klosko, & Weishaar, 2015), Citando a Beck, refiere que utilizo el termino esquemas en un marco psicopatológico, indica que un esquema es un principio organizador global que se configura en la infancia, se mantiene y elabora en el tiempo y en la vida adulta se imponen en las experiencias vitales. A todo esto, se refiere como “Coherencia Cognitiva” a conservar una perspectiva constante acerca de uno mismo y del mundo, incluso si esta perspectiva resulta imprecisa, inadecuada o distorsionada con respecto a la realidad.

Young (1990, 1999) citado por Young et al., (2015) menciona que un esquema desarrollado en la vivencia de la niñez toxica son patrones emocionales y cognitivos contraproducentes que son como un bucle durante la vida. El comportamiento disfuncional de una persona no es parte de un esquema, es una respuesta a un esquema. Por consiguiente “Las conductas son causadas por los esquemas, pero no forman parte intrínseca de ellos”.

2.2.2 *Esquemas Desadaptativos Tempranos (EDT)*

Según Young y Klosko (2012) Citando a W. Winnicott. Refieren que un infante presenta la necesidad de cumplimiento de determinados requerimientos primarios que garanticen condiciones favorables, tales como la relación con los demás, la autopercepción los conceptos que puedan derivar como autoimagen o autoestima, los limites realistas y la seguridad para expresar su mundo interno. Estas necesidades mencionadas tienen un significado decisivo en cuanto al



desarrollo del sujeto. Si logran ser estas satisfechas se prevé una maduración psicológica normal y adecuada al entorno social y sus dinámicas, y si se presentaba un problema grave en alguna de estas necesidades aparecían problemas y a estos problemas los denominaron como esquemas desadaptativos tempranos o trampas vitales.

Un EDT o trampa vital es un esquema que inicia en los primeros años de vida causado por necesidades no resueltas o experiencias negativas que es como un bucle a lo largo de la vida. Comienza en la transmisión de algo por nuestras familias o por otros niños. Los esquemas disfuncionales influyen en nuestra forma de pensar, sentir, comportarnos e interactuar con los demás, Estas mismas poseen tres características fundamentales que nos permiten identificarlas. La primera es que son patrones o temas presentes a lo largo de toda la vida, son autodestructivas y luchan por subsistir. (Young & Klosko, Reinventa tu vida, 2012).

Un EDT puede aparecer en etapas iniciales del ciclo vital, signifique ello los años de infante, de niño o de adolescente. Aparece como una representación de la realidad del contexto del niño o adolescente, este suele visualizarse en la vida adulta, cuando el individuo sigue repitiendo el EDT en las interacciones con otras personas. Los EDT y el modo desadaptado de afrontamiento del individuo suelen tener síntomas crónicos como características mentales ligadas a cuadros de depresión y cuadros de ansiedad, trastornos de naturaleza psicósomática, así como e consumo riesgoso de sustancias psicoactivas. (Young, Klosko, & Weishaar, 2015)



2.2.2.1 Orígenes de los Esquemas (EDT). Para Young los EDT se originan de las necesidades emocionales insatisfechas en la infancia combinado al temperamento innato de cada individuo. Así mismo le da importancia a la crianza saludable del niño para así poder potenciar su temperamento y hacerlo funcional. Estas necesidades emocionales se dan a lo largo de la infancia y adolescencia del individuo. Cabe resaltar que no existe una relación necesariamente causal y determinante en cuanto a la presencia que en un sujeto tenga un EDT que este haya sido originado causa de experiencias infantiles de maltrato y directamente un trauma. de un trauma o maltrato infantil, pero que en mayoría son causados por eventos experimentados negativamente y que se presentaron de forma regular y repetitiva en el transcurso de su adolescencia, etapa infante o niñez. Los EDT se desarrollan en cinco dimensiones y a su vez se dividen en dieciocho categorías:

A. Desconexión y rechazo: Durante la etapa de la niñez, el individuo requiere un ambiente estable en la familia que le proporcione sentimientos de seguridad y un contexto en el cual los padres hagan su presencia visible y previsible, ello quiere decir en el aspecto emocional como físico. En este entorno, se promueve el respeto mutuo y se fomentan debates constructivos que se mantienen enmarcados en entendimiento racional. Además, se garantiza la seguridad y bienestar de todos los involucrados, evitando así eventos y contextos que pongan en peligro la vida del niño o dejarle solo por largos periodos de tiempo. Los individuos que presentan los rasgos mencionados, presentan también dificultades para establecer un tipo de apego que brinde seguridad; muchos de ellos tuvieron infancias traumáticas.

- **Abandono/inestabilidad:** Se caracteriza por el sentimiento de pronta e inevitable pérdida de las personas importantes y la sensación subjetiva de quedarse solo para siempre, ya sea porque sienten que se morirán, rechazarán o se alejarán de él, esto les provoca un



sentimiento de desesperación, les resulta en extremo complicado que otras personas no se alejen él y que les extrañen cuando se ausentan.

- **Desconfianza/abuso:** Se caracteriza por el sentimiento de ser víctima de conductas abusivas. Se mezclan de manera compleja algunos sentimientos como el miedo, la pérdida, el dolor y la cólera. La persona experimenta en sus relaciones humanas una vivencia dolorosa, nada relajante, piensa que son peligrosas e impredecibles, se sienten víctimas y propensas a que se aproveche de su vulnerabilidad, tiene creencias y percepciones de ser heridos y vulnerados, y piensan que personas se aprovechan de ellas, que estas pueden llegar a herirlas y a utilizarlas. Les resulta complicado confiar hasta en las personas más cercanas.
- **Privación emocional:** Se caracteriza por la sensación de que no le entienden o escuchan y no es debidamente satisfecho el deseo de conexión emocional, lo identifican en tres tipos: Primero, la negligencia en el cuidado o directamente su privación. (falta de atención de recepción de afecto); ausencia de empatía (la carencia de escucha o comprensión) y ausencia o privación de elementos que brinden protección a la persona (ausencia de pautas o determinación de parte de otros sujetos, externos).
- **Imperfección/vergüenza:** Se caracteriza cuando la persona se siente defectuosa e imperfecta en el plano interno, creyendo que si otro individuo pudiera conocerle de forma auténtica, sería imposible que esta persona externa le quiera o le valore, si no que más bien está preparado para el rechazo. Existe inseguridad respecto a demás personas y vergüenza referida a uno mismo culpa, comparaciones e hipersensibilidad a la crítica, inseguridad relativa a los demás, o vergüenza relativa a los propios defectos. Culpa.



- **Aislamiento Social/Alienación:** Se caracteriza por un sentimiento de desconexión y alejamiento del resto del mundo, lo que incluye tanto la esfera social como la familiar. Las personas que experimentan este estado tienen la creencia de ser diferentes a los demás, lo que puede contribuir a su sensación de aislamiento. Asimismo, se destaca que estas personas suelen tener un fuerte deseo de encontrar un lugar donde se sientan aceptadas e integradas, lo que puede llevar a una impaciencia en su búsqueda.

B. Deterioro en autonomía y ejecución: La autonomía implica la capacidad de distanciarnos de nuestros padres y de desenvolvernos de manera independiente en el mundo, vivir una vida orientada hacia nuestros propios objetivos y directrices, sin depender del apoyo o la dirección de nuestros padres. El individuo necesita haber sido estimulado para ser responsable, realizar juicios precisos, fomentar la exploración de la vida y la interacción con compañeros, haberle demostrado que el mundo es seguro y cómo protegerse en él.

- **Dependencia/Incompetencia:** Se caracteriza por la incapacidad de la persona para afrontar las tareas diarias sin asistencia externa, necesitando un respaldo constante, busca una figura sólida en la cual apoyarse para que dirija su vida, no se atreve a tomar acciones por cuenta propia.

- **Vulnerabilidad:** Esta condición se distingue por el constante temor de que ocurra un desastre en cualquier momento, ya sea de origen natural, delictivo, médico o financiero. La persona no experimenta una sensación de seguridad en el mundo y sus miedos excesivos y poco realistas controlan su vida, consumiendo su energía en busca de algún grado de certeza. Estos temores pueden centrarse en enfermedades, preocupaciones financieras, robos, miedo a volar o a los terremotos.



- **Apego Confuso y/o inmaduro:** Se caracteriza porque la persona suele relacionarse o sobre implicarse de estar involucrado con personas importantes para él (generalmente los padres), descuida su propia individualidad. y/o su desarrollo social. Creen que un individuo no puede funcionar sin el otro, carecen de un sentido claro de identidad y/o de la dirección que puedan tomar.
- **Fracaso:** Se caracteriza porque la persona sostiene la creencia de que experimentará fracasos inevitables en ámbitos como la escuela, el trabajo y el deporte, la persona cuando se compara con sus amigos y compañeros, se siente fracasado. La persona percibe una carencia de inteligencia, incompetencia, falta de talento o ausencia de logros en su vida.

C. Límites deficitarios: Un individuo necesita tener límites realistas esto se desarrolla a través de la comunicación dentro de la familia para establecer con éxito los límites y las normas, tener límites realistas implica establecer restricciones apropiadas en nuestra propia conducta, tanto interna como externamente. Esto implica comprender y considerar las necesidades de los demás, al mismo tiempo que equilibramos nuestras propias necesidades con las de los demás. También implica ejercer suficiente autocontrol y disciplina para alcanzar nuestras metas. Durante la infancia, los padres del individuo enfatizaron las consecuencias de nuestras acciones, lo que fortaleció su capacidad de autocontrol y disciplina realista. Esto implica que los padres del individuo establecieron límites adecuados y no le brindaron una excesiva permisividad o libertad, sino que le inculcaron valores de responsabilidad. Asimismo, le enseñaron a respetar las diferentes perspectivas de los demás y a ser sensible ante las necesidades de los demás. Adquirieron la habilidad de evitar causar perjuicios innecesarios a los demás y de respetar sus derechos y libertades. Las personas dentro de esta dimensión pueden presentar un déficit para cooperar,



cumplir con los compromisos, respetar los derechos de otras personas, no tienen la capacidad de contener impulsos.

- **Grandiosidad/Autorización:** Se caracteriza porque las personas experimentan una sensación de superioridad y se consideran especiales, insistiendo en tener, decir o hacer todo lo que desean de forma inmediata. Ignoran las consideraciones de los demás sobre lo que es razonable o factible, así como el tiempo, la paciencia y el esfuerzo necesario. En ocasiones pueden ser excesivamente demandantes o dominantes tienen muy poca empatía o la carecen por completo.
- **Insuficiente Autocontrol:** Se caracteriza porque el individuo se le dificulta tener el autocontrol y una intolerancia de la frustración. Le resulta enormemente desafiante controlar la manifestación de sus emociones e impulsos, evitan sentirse incómodos y en ese sentido evitan tener conflictos.

D. Dirigido por las necesidades de los demás: Un individuo necesita auto expresarse, esta es la necesidad de ser libres de expresar lo que necesitamos, lo que sentimos, caben aquí todas las tendencias que permite y fomenta nuestra naturaleza. Este punto conlleva la implicancia de creer que las necesidades de otros tienen igual importancia que las nuestras y el reconocimiento de que existe espontaneidad y libertad, pero en un marco que no permitiría el ser inhibido sin regulación social. Los sujetos que comunican sus necesidades, es decir, se auto expresan, mediante esta conducta generan otras implicancias consecuentes, como la regulación en cuanto al tiempo de trabajo y de competencia, ya que suelen generarse descansos para destinar tiempo a actividades de ocio y diversión. En la infancia el individuo tendría que haber sido estimulado e incitado a arribar a descubrimientos respecto a sus preferencias, cuya inclinación se da naturalmente. Ello conlleva a que los deseos propios y las necesidades propias cobren importancia al momento de realizar una



toma de decisiones y estos individuos puedan comunicar su mundo interno emocional y expresar un amplio rango de emociones, que tengan características negativas y afecten en alguna medida, no pueda perjudicar de forma significativa a demás individuos. Las personas de esta dimensión deben ser alentadas a mantener el equilibrio entre una perspectiva lúdica de realizar actividades y perder la inhibición social. Los objetivos de estas personas están orientados a evitar un castigo o favorecer la aprobación y buscar sentir conexión emocional.

- **Subyugación:** Se caracteriza porque el individuo se somete a que otras personas le inspeccionen con tal de evitar castigos, enojo, o abandono de todas las demás personas. En este esquema generalmente el individuo siente que sus necesidades y emociones carecen de validez e importancia. Estas se pueden presentar en dos formas: donde la persona suprime sus propios deseos, se le denomina las necesidades de subyugación. Y cuando la persona reprime sus emociones, especialmente la ira, a esto se le denomina las emociones de subyugación.
- **Autosacrificio:** Se caracteriza porque el individuo interpone la necesidad de las demás personas sobre la suya, para evitar sentirse culpable, o evitar el dolor ajeno, establecer un lazo emocional con una persona que perciben como dependiente. La persona tiene la sensación de que no están siendo satisfechas sus necesidades y esto conlleva a aun resentimiento.
- **Búsqueda de aprobación/búsqueda de reconocimiento:** Se caracteriza porque la persona está en anhelando el reconocimiento y/o la aprobación de las demás personas, en este esquema la persona se preocupa excesivamente de su estatus social, de la apariencia que tiene frente a las demás personas, el dinero, el éxito para el reconocimiento o la aprobación, lo que hace que tome decisiones nada satisfactorias para sí mismo.



E. Sobre vigilancia he inhibición: Un individuo tiene la necesidad de relacionarse con los demás por ello debe cumplir con ciertos requisitos para que estos sean sanos como ejemplo el anhelo de recibir amor, empatía, cariño, atención, respeto, comprensión y orientación para avanzar en la vida. Hay dos formas de interactuar con las personas. La primera implica cercanía emocional y generalmente se establece con la familia, la pareja y los buenos amigos, quienes son los vínculos más íntimos. La segunda forma abarca nuestras relaciones sociales, el sentido de pertenencia y la integración en la sociedad. Este último tipo de relación se forma en grupos de amigos y en la sociedad. Esta necesidad no satisfecha suele presentarse como impulsos espontáneos donde suprimen sus sentimientos, donde se esfuerzan por mantener sus reglas internas, aunque estas les cause infelicidad, tensión. Suelen transmitir pesimismo y preocupación con temor a que en cualquier momento su vida se arruine, y por ese motivo mantenerse alerta en todo momento.

- **Negatividad/Pesimismo:** Se caracteriza porque el individuo tiene expectativas de que en cualquier momento van a empeorar las cosas, minimizan los aspectos positivos, prestan mayor atención a los aspectos negativos. Las personas con este esquema tienen un miedo a cometer errores que les pueda conllevar un fracaso, humillación, o sentirse atrapados en una situación negativa. Tienen una preocupación desmedida y exageran a los posibles resultados negativos, lo que hace que se mantengan hiper vigilantes e indecisos.
- **Inhibición Emocional:** Se caracteriza porque el individuo se limita a tener una comunicación espontanea, o actuar en relación a sus sentimientos, para evitar se criticado o perder el control de sus impulsos. Las demás personas suelen verlos como planos, coartados, distantes o fríos. Las personas suelen inhibirse en las áreas de: ira, impulsos



positivos, expresar sus vulnerabilidades, racionalizar al punto que pasan por alto sus emociones.

- **Metas Inalcanzables:** Se caracteriza porque el individuo tiene la sensación que debe esforzarse mucho para cumplir con ciertos estándares internos, a fin de evitar la vergüenza o la desaprobación, las personas con este esquema son muy críticos consigo mismo lo que conlleva a que ejerzan presión sobre si mismos y los demás, generalmente todo esto se presenta como: ser meticuloso, establecer objetivos inflexibles en diversas áreas de la vida, estándares morales, culturales o religiosos excesivamente elevados e inalcanzables; preocupación por la eficiencia y el paso del tiempo.
- **Castigo:** Se caracteriza porque el individuo tiene la creencia de que cada individuo debe ser sancionado por los errores que comete. Suelen estar amargados y no soportar a todos aquellos individuos que no están en sus expectativas incluyéndose a sí mismos. También se les hace muy difícil perdonar errores y no aceptar los errores humanos o comprender las intenciones de las personas.

2.2.3 *Consumo de Sustancias*

Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Hace mención de que el consumo de sustancias implica la acción de consumir o administrar una sustancia. química que un individuo ejecuta en sí mismo con fines de alterar su estado mental. Esta práctica puede involucrar el uso de sustancias legales como el alcohol y el tabaco, así como sustancias ilegales como la cannabis y la cocaína y otras drogas. El consumo excesivo de algún tipo de sustancia, provoca en el sistema de recompensa del cerebro una activación vinculada a la producción de recuerdos y al refuerzo de comportamientos. La activación del sistema de recompensa es tan intensa que el individuo ignora sus actividades normales.



La OMS realiza un informe respecto a las amenazas para la salud a nivel global, en el año 2009. En este, se expone y evidencia que el consumo de sustancias ocupa un lugar importante dentro de los primeros 20 factores que ponen en peligro la vida y la capacidad funcional. El abuso de estas sustancias puede provocar problemas legales, sociales y económicas como un factor de riesgo. Del mismo modo afecta en la esfera social y familiar del individuo. A nivel global se ha detectado que la tendencia al consumo nocivo de sustancias se encuentra en una curva de ascenso. Con ello, los riesgos y perjuicios derivados crecen también de manera exponencial.

Existe una relación secuencial continua entre el consumo de sustancias y los riesgos asociados. Esta se presenta en distintos posibles grados de afectación, que pueden darse riesgo de nivel bajo, moderado o alto. El riesgo se dimensiona en función de la frecuencia de consumo y del grado nocivo consecuente de este. La dependencia a una sustancia implica una carga de enfermedad de dimensiones importantes y está asociada en mayor grado a un riesgo de consumo alto y es más evidente para la detección del profesional clínico. Sin embargo, resulta de interés notar que el consumo de riesgo, aunque no dependiente, genera una carga adicional en los sistemas de salud.

2.2.4 Clasificación de Sustancias

A) Tabaco. El tabaco y sus productos derivados representan el mayor número de fallecimientos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, lo cual evidencia un importante desafío en términos de salud pública. Involucra un riesgo de sufrir complicaciones de salud a largo plazo, como hipertensión arterial, diabetes y problemas respiratorios como el asma. El tabaco puede ser masticado o aspirado, pero generalmente su consumo se da al fumarse. Los individuos expuestos al humo del tabaco en su entorno también pueden tener perjuicios y afecciones de salud.



B) Alcohol. Significa un frecuente factor de riesgo sanitario, asociándose a enfermedades prematuras y daño de calidad de vida. Los riesgos asociados al consumo de alcohol implican sobre todo problemas sociales, que consisten en la ruptura con esferas laborales, académicas, familiares y sociales. Una particularidad del consumo nocivo de alcohol en usuarios que ya generaron tolerancia y dependencia a la sustancia a través de un consumo frecuente en un periodo extenso de tiempo es el cuadro de abstinencia que en casos severos puede incluir el delirium tremens, cuyos síntomas generan un malestar intenso que acarrea inclusive un riesgo vital. Este implica ansiedad, temblores, sudoración, dolores de cabeza, hipertensión, alucinaciones, convulsiones, diarrea, náusea, vómito, dificultad para dormir, cefaleas, presión arterial alta, percepciones sensoriales alteradas y episodios de convulsiones.

C) Cannabis. Es la droga ilegal que registra el consumo masivo de mayor índice a nivel global. La probabilidad de riesgo de muerte por intoxicación de cannabis es prácticamente inexistente, y solo implica peligro vital real al combinarse con otras sustancias. Es posible que la severidad de algunas complicaciones existentes pueda incrementarse en caso de enfermedades preexistentes tales como la presión alta, ciertos tipos de cáncer y patologías pulmonares y cardíacas.

D) Cocaína. Es una sustancia psicoactiva con propiedades estimulantes asociadas a problemas físicos y mentales severos, puede provocar complicaciones tóxicas y resultar en un fallecimiento repentino debido a su capacidad para estimular el sistema cardiovascular, que está asociada al consumo de esta droga además a comportamientos impulsivos y peligrosos para los usuarios tales como conductas sexuales de riesgo, apuestas o el uso de otros estimulantes en contextos nocivos. El grado de dependencia a esta sustancia es potencialmente de nivel muy alto, tanto por la potente alteración del sistema nervioso que genera como por la corta durabilidad de sus efectos, lo que



conlleva al consumo múltiple y frecuente en los consumidores y que genere tolerancia y dependencia en cortos periodos de tiempo.

E) Anfetaminas. Dentro de los estimulantes considerados en este grupo se encuentran la anfetamina, el MDMA la metanfetamina, la dexanfetamina. EL riesgo asociado implica el consumo de sustancias múltiples, así como el descuido de las esferas sociales y laborales, Se dañan las células del cerebro, pueden verse afectadas las condiciones alimenticias y de nutrición de los consumidores, ocasionando consecuencias físicas y psicológicas como incrementar la irritabilidad del individuo consumidor o desencadenar cuadros de ansiedad y depresión.

F) Inhalantes. En este apartado se agrupan las sustancias susceptibles a ser consumida por vía de inhalación, aunque las el consumo de las variedades incluida puedan generar distintas acciones farmacológicas. El proceso de aspiración puede realizarse aspirando de un recipiente o de una bolsa de plástico. Las sustancias de uso más frecuente son: tolueno contenido en pegamentos o disolventes, benzina contenida en lacas, aerosoles, solventes para pintura, gasolina. Son de uso menos frecuente en algunas comunidades el óxido nitroso y el nitrito de almidón. Esta categoría de sustancias es consumida sobre todo por la población joven debido a su fácil acceso. Las complicaciones de su administración en cantidades importantes pueden incluir desorientación, pronunciación inarticulada, temblores, alucinaciones. En menores dosis existe solamente la presencia dolores de cabeza, náuseas, vómitos y diarrea. En altas dosis, el consumo de inhalantes puede ocasionar un infarto o coma.

G) Sedantes y pastillas para dormir. Se incluyen en esta categoría las benzodiazepinas y compuestos relacionados, sin embargo, se excluye a los neurolépticos. La lista de medicamentos mencionados es: flunitrazepam, clonazepam, zolpidem, midazolam, diazepam, alprazolam, temazepam y fenobarbital. Se recetan tanto para trastornos mentales como la ansiedad o



alteraciones del estado de ánimo, insomnio, como para aliviar síntomas físicos como dolor muscular, convulsiones, cuadros de abstinencia o aquellos ocasionados por procedimientos quirúrgicos. para facilitar el sueño, manejar la ansiedad u otros trastornos del estado de ánimo, tratar el trauma, prepararse para procedimientos quirúrgicos, aliviar los síntomas de abstinencia de ciertas sustancias, controlar las convulsiones y aliviar el dolor muscular. Algunos ejemplos de sedantes y pastillas para dormir son zolpidem, midazolam, alprazolam, clonazepam, fenobarbital, diazepam, temazepam y flunitrazepam. Si bien estas sustancias tienen un uso médico, la administración inadecuada de estos, tanto en frecuencia como en dosis pueden ocasionar problemas de salud. La tolerancia y dependencia se desarrollan en un período de tiempo sorprendentemente corto. Los síntomas de abstinencia abarcan manifestaciones graves como insomnio, ansiedad, depresión, sudoración, fiebre, náuseas, vómitos e incluso convulsiones. Es improbable la muerte por sobredosis por consumo de sedantes. Sin embargo, el riesgo se ve incrementado si se combina con otras sustancias.

H) Alucinógenos. La categoría alucinógenos incluye tanto psicotrópicos naturales como sintéticos. Incluye: el LSD (dietilamina de ácido lisérgico), hongos psicotrópicos (psilocina y psilocibina), Ketamina, PCP (fenciclidina) y mezcalina. Estas sustancias distorsionan la percepción de la realidad y causan alteración sensorial, lo que producen alucinaciones. Se afecta el pensamiento y el estado de ánimo. Los alucinógenos en su mayoría tienen tendencia a no generar dependencia, por lo que el uso suele ser experimental y ocasional en lugar de frecuente y dependiente. Existe la probabilidad de despertar el espectro de las enfermedades psicóticas y la esquizofrenia con el uso reiterativo de alucinaciones, sin embargo, las consecuencias psicológicas no implican un riesgo estadísticamente alto, y las secuelas suelen limitarse a episodios de flashback temporales e inocuos.



Opiáceos. Los opiáceos son depresores del sistema nervioso. Existen derivados legales, como algunos analgésicos potentes, caso de la morfina, la codeína, la metadona buprenorfina, la petidina (meperidina), el dextropropoxifeno y el oxycodone. Existen también derivados ilegales, como la heroína y el opio. La heroína puede administrarse de forma aspirada, Sin embargo, al inyectarse produce un efecto de mayor inmediatez e intensidad, que puede implicar riesgo de muerte, sobre todo al combinar con otro tipo de sustancias.

I) Otras drogas. Las sustancias que no hayan sido incluidas en las categorías anteriores quedan consideradas en el presente apartado. Se consideran aquí tanto drogas farmacológicas como la gamahidroxibutirato (GHB), al igual que otras sustancias de diseño como Kava, datira, khat, caféina y nuez moscada etc. Muchas de estas sustancias producen efectos similares al alcohol y a las benzodiazepinas, tanto en cuanto al componente de síntomas de intoxicación como al componente de abstinencia después de haber sido generada la dependencia.

2.2.5 Teoría del Consumo de Sustancias

El acto de consumir en exceso cualquier droga que fuera, provoca en el sistema de recompensa del cerebro una activación vinculada a la producción de recuerdos y al refuerzo de comportamientos. La activación del sistema de recompensa es tan intensa que el individuo ignora sus actividades habituales. El uso perjudicial de sustancias y la conducta de drogodependencia ya no están pautadas solamente por la tolerancia y abstinencia, si no que importa la conducta de búsqueda de sustancia y su posterior administración. Las propiedades de regulación de conducta que tienen las sustancias psicoactivas son; como reforzador positivo, como estímulo discriminativo interno y como elemento aversivo. Corresponde indicar además que en el circuito cerebral de refuerzo pueden haber ocurrido neuro adaptaciones que tengan como consecuencia la búsqueda de sustancias tóxicas y su consumo persistente en el tiempo.



Para (Becoña Iglesias, 2002), el consumo de sustancias involucra un proceso de varias facetas y características complejas, de larga duración y predecible en ocasiones, donde el describe 4 fases del consumo de drogas, que son las siguientes:

- a) **Fase de Experimentación:** Durante esta etapa, la persona experimenta con la droga por primera vez, generalmente por curiosidad o influencia social. La cantidad consumida suele ser pequeña y el consumo es esporádico.
- b) **Fase de Uso Social:** En esta etapa, el consumo de drogas se vuelve más frecuente y regular para el individuo y se utiliza en situaciones sociales, como fiestas o reuniones. El individuo puede empezar a consumir en mayor cantidad y con mayor frecuencia.
- c) **Fase de Abuso:** Durante esta etapa, la ingesta de sustancias se vuelve más problemático y el individuo comienza a experimentar consecuencias negativas en su vida personal, social y laboral. El consumo se vuelve más compulsivo y el individuo puede tener dificultades para controlar su consumo.
- d) **Fase de Dependencia:** Esta es la etapa donde la persona se vuelve dependiente de la droga y experimenta síntomas porque dejó de consumir a estos síntomas se le conoce como abstinencia. La ingesta se vuelve una prioridad principal y puede tener un impacto significativo de la salud física como mental de la persona, así como sus relaciones interpersonales y su desempeño laboral y responsabilidades sociales.

Es relevante resaltar que no todas las personas que consumen drogas experimentarán todas estas etapas, y que la velocidad y la intensidad con que se experimenta cada fase puede variar según el individuo y la droga que se consuma. Además, la prevención temprana y la intervención temprana en las fases iniciales pueden ayudar a evitar la progresión a fases posteriores de consumo y dependencia.



Resulta complejo explicar la vulnerabilidad de los efectos psicoactivos de la ingesta de drogas que presentan algunos individuos a diferencia de otros. Inciden en ello factores psicosociales, genéticos, de personalidad, ambientales, etc. En lo que respecta a los elementos del entorno y las interacciones sociales, el autor destaca que la ingesta de drogas suele darse en contextos de socialización y puede estar influenciado por la disponibilidad y accesibilidad de las drogas en el entorno. También se señala la importancia del grupo de pares y de la cultura del consumo en el desarrollo de la adicción. Además, se subraya la importancia de la familia y la educación en el ámbito de la prevención, debido a su influencia significativa y tratamiento de las drogodependencias.

2.3 Hipótesis

2.3.1 Hipotesis general

H1: Existe relación entre los Esquemas Desadaptativos Tempranos predominantes y el Consumo de Sustancias a lo largo de la vida en una Universidad de Cusco, 2023.

H0: No existe relación entre los Esquemas Desadaptativos Tempranos predominantes y el Consumo de Sustancias a lo largo de la vida en una Universidad de Cusco, 2023.

2.3.2 Hipotesis específicas

a. H1: Existe relación entre esquemas desadaptativos tempranos predominantes y la frecuencia de consumo de sustancias en los últimos 3 meses en estudiantes de una Universidad de Cusco, 2023.

H0: No existe relación entre esquemas desadaptativos tempranos predominantes y la frecuencia de consumo de sustancias en los últimos 3 meses en estudiantes de una Universidad de Cusco, 2023.



b. H1: Existe relación entre la frecuencia de consumo de tabaco entre varones y mujeres en estudiantes de una Universidad del Cusco, 2023.

H0: No existe relación entre la frecuencia de consumo de tabaco entre varones y mujeres en estudiantes de una Universidad del Cusco, 2023.

c. H1: Existe relación entre la frecuencia de consumo de alcohol entre varones y mujeres en estudiantes de una Universidad del Cusco, 2023.

H0: No existe relación entre la frecuencia de consumo de alcohol entre varones y mujeres en estudiantes de una Universidad del Cusco, 2023.

d. H1: Existe relación entre la frecuencia de consumo de cannabis entre varones y mujeres en estudiantes de una Universidad del Cusco, 2023.

H0: No existe relación entre la frecuencia de consumo de cannabis entre varones y mujeres en estudiantes de una Universidad del Cusco, 2023.

e. H1: Existe relación entre la frecuencia de consumo de cocaína entre varones y mujeres en estudiantes de una Universidad del Cusco, 2023.

H0: No existe relación entre la frecuencia de consumo de cocaína entre varones y mujeres en estudiantes de una Universidad del Cusco, 2023.

f. H1: Existe relación entre la frecuencia de consumo de anfetaminas entre varones y mujeres en estudiantes de una Universidad del Cusco, 2023.

H0: No existe relación entre la frecuencia de consumo de anfetaminas entre varones y mujeres en estudiantes de una Universidad del Cusco, 2023.

g. H1: Existe relación entre la frecuencia de consumo de inhalantes entre varones y mujeres en estudiantes de una Universidad del Cusco, 2023.



H0: No existe relación entre la frecuencia de consumo de inhalantes entre varones y mujeres en estudiantes de una Universidad del Cusco, 2023.

- h. H1: Existe relación entre la frecuencia de consumo de tranquilizantes entre varones y mujeres en estudiantes de una Universidad del Cusco, 2023.

H0: No existe relación entre la frecuencia de consumo de tranquilizantes entre varones y mujeres en estudiantes de una Universidad del Cusco, 2023.

- i. H1: Existe relación entre la frecuencia de consumo de alucinógenos entre varones y mujeres en estudiantes de una Universidad del Cusco, 2023.

H0: No existe relación entre la frecuencia de consumo de alucinógenos entre varones y mujeres en estudiantes de una Universidad del Cusco, 2023.

- j. H1: Existe relación entre la frecuencia de consumo de opiáceos entre varones y mujeres en estudiantes de una Universidad del Cusco, 2023.

H0: No existe relación entre la frecuencia de consumo de opiáceos entre varones y mujeres en estudiantes de una Universidad del Cusco, 2023.

- k. H1: Existe relación entre la frecuencia de consumo de otras sustancias entre varones y mujeres en estudiantes de una Universidad del Cusco, 2023.

H0: No existe relación entre la frecuencia de consumo de otras sustancias entre varones y mujeres en estudiantes de una Universidad del Cusco, 2023.



2.4 Definición Operacional de Variables

Figura 1:

Esquemas desadaptativos tempranos

h	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Valor
Esquemas desadaptativos Tempranos	Un Esquema Desadaptativo es un patrón que se inicia en la infancia y se repite durante toda la vida. Empieza como algo que nos transmiten nuestras familias u otros niños. Estas trampas vitales nacen de las necesidades primordiales insatisfechas que en total son 6 necesidades primordiales y estas a la vez se dividen en once trampas vitales	Desconexión y rechazo	Abandono/inestabilidad:	2, 20, 38, 56, 74 3, 21, 39, 57, 75 1, 19, 37, 55, 73 5, 23, 41, 59, 77 4, 22, 40, 58, 76	1= Totalmente falso 2= La mayoría de las veces Falso 3= Mas verdadero que falso 4=En ocasiones verdadero 5= La mayoría de las veces verdadero 6= Me describe perfectamente
			Desconfianza/ Abuso		
			Privación Emocional		
			Imperfección/ Vergüenza		
		Deterioro en Autonomía y Ejecución	Aislamiento Social/ Alienación	4, 22, 40, 58, 76	
			Dependencia/Incompetencia	7, 25, 43, 61, 79	
			Vulnerabilidad	8, 26, 44, 62, 80	
		Limites deficitarios	Apego Confuso y/o inmaduro	9, 27, 45, 63, 81	
			Fracaso	6, 24, 42, 60, 78	
		Dirigido por las necesidades de los demás	Grandiosidad/Autorización	14, 32, 50, 68, 86	
			Insuficiente Autocontrol	15, 33, 51, 69, 87	
			Subyugación	10, 28, 46, 64, 82	
		Sobre vigilancia he inhibición	Autosacrificio	11, 29, 47, 65, 83	
			Búsqueda de aprobación/búsqueda de reconocimiento	16, 34, 52, 70, 88	
			Negatividad/Pesimismo	17, 35, 53, 71, 89	
			Inhibición Emocional	12, 30, 48, 66, 84	
			Metas Inalcanzables	13, 31, 49, 67, 85	
	Castigo	18, 36, 54, 72, 90			



Figura 2:

Consumo de sustancias

Variable	Definición operacional	Sustancia	Frecuencia	Ítems	Valor
Consumo problemático de sustancias	Es el acto de administración de una sustancia química que un individuo ejecuta en sí mismo con fines de alterar su estado mental. Se da en un contexto de conductas disfuncionales y perjudiciales tanto a nivel individual como social y representa un problema de salud pública. El consumo excesivo de algún tipo de sustancia compromete la activación del sistema de recompensa y afecta la normalidad del individuo.	Tabaco	Nunca	1a, 2a, 3a, 4a, 5a, 6a, 7a	0-3
			No en los últimos 3 meses		Riesgo Bajo
			1 ó 2 veces en últimos 3 meses		4-26
			Mensualmente		Riesgo Moderado
			Semanalmente		27+
		Diaria o casi diariamente	Riesgo Alto		
		Bebidas alcohólicas	Nunca	1b, 2b, 3b, 4b, 5b, 6b, 7b	0-10
			No en los últimos 3 meses		Riesgo Bajo
			1 ó 2 veces en últimos 3 meses		11-26
			Mensualmente		Riesgo Moderado
			Semanalmente		27+
		Diaria o casi diariamente	Riesgo Alto		
		Cannabis	Nunca	1c, 2c, 3c, 4c, 5c, 6c, 7c	0-3
			No en los últimos 3 meses		Riesgo Bajo
			1 ó 2 veces en últimos 3 meses		4-26
			Mensualmente		Riesgo Moderado
			Semanalmente		27+
		Diaria o casi diariamente	Riesgo Alto		
		Cocaína	Nunca	1d, 2d, 3d, 4d, 5d, 6d, 7d	00-3
			No en los últimos 3 meses		Riesgo Bajo
			1 ó 2 veces en últimos 3 meses		4-26
			Mensualmente		Riesgo Moderado
			Semanalmente		27+
		Diaria o casi diariamente	Riesgo Alto		
		Anfetaminas	Nunca	1e, 2e, 3e, 4e, 5e, 6e, 7e	0-3
			No en los últimos 3 meses		Riesgo Bajo
			1 ó 2 veces en últimos 3 meses		4-26
			Mensualmente		Riesgo Moderado
Semanalmente	27+				
Diaria o casi diariamente	Riesgo Alto				
Inhalantes	Nunca	1f, 2f, 3f, 4f, 5f, 6f, 7f	0-3		
	No en los últimos 3 meses		Riesgo Bajo		
	1 ó 2 veces en últimos 3 meses		4-26		
	Mensualmente		Riesgo Moderado		
	Semanalmente		27+		
Diaria o casi diariamente	Riesgo Alto				
Sedantes	Nunca	1g, 2g, 3g, 4g, 5g, 6g, 7g	0-3		
	No en los últimos 3 meses		Riesgo Bajo		
	1 ó 2 veces en últimos 3 meses		4-26		
	Mensualmente		Riesgo Moderado		
	Semanalmente		27+		

Alucinógenos	Diaria o casi diariamente	1h, 2h, 3h, 4h, 5h, 6h, 7h	Riesgo Alto
	Nunca		0-3
	No en los últimos 3 meses		Riesgo Bajo
	1 ó 2 veces en últimos 3 meses		4-26
	Mensualmente		Riesgo Moderado
	Semanalmente		27+
Opiáceos	Diaria o casi diariamente	1i, 2i, 3i, 4i, 5i, 6i, 7i,	Riesgo Alto
	Nunca		0-3
	No en los últimos 3 meses		Riesgo Bajo
	1 ó 2 veces en últimos 3 meses		4-26
	Mensualmente		Riesgo Moderado
	Semanalmente		27+
Otros	Diaria o casi diariamente	1j, 2j, 3j, 4j, 5j, 6j, 67j, 7j, 8	Riesgo Alto
	Nunca		0-3
	No en los últimos 3 meses		Riesgo Bajo
	1 ó 2 veces en últimos 3 meses		4-26
	Mensualmente		Riesgo Moderado
	Semanalmente		27+



2.5 Definición de Términos Básicos

Esquema: Es un constructo usado por diferentes disciplinas. Dentro de la psicología un esquema es un conjunto de experiencias vividas en constante cambio que inicia en la infancia (Young, Klosko, & Weishaar, Terapia de Esquemas: Guia Practica, 2015)

Esquemas Mentales: Son patrones emocionales y cognitivos de un individuo que infieren su percepción de mundo y sentido de vida. Se basan en experiencias infantiles. (Young & Klosko, Reinventa tu vida, 2012)

Trampas vitales: Esquemas mentales disfuncionales. Generan conductas desadaptativas como un bucle a lo largo de nuestras vidas. (Young & Klosko, Reinventa tu vida, 2012)

Consumo de sustancias: Administración de una sustancia química que un individuo ejecuta en sí mismo con fines de alterar su estado mental. (OMS, 2011)

Consumo nocivo de sustancias: Conducta del consumidor de categoría de riesgo moderado o alto.



Capítulo III

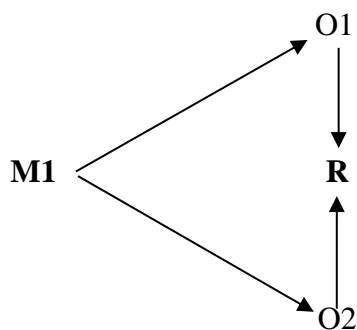
Metodología

3.1 Alcance de la Investigación

Dado el enfoque y objetivo de este estudio podemos decir que es una investigación descriptiva correlacional, con el propósito de analizar la correlación entre dos categorías y describir su relación, explorando conceptos o variables en un momento específico, a veces mediante correlaciones y en otras ocasiones a través de la identificación de relaciones causales (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 2006), donde describe fenómenos de correlación, propiedades y características; Mediante la identificación de patrones o tendencias en una población en general o en sujetos individuales, Con el objetivo de examinar los esquemas desadaptativos y la ingesta de sustancias entre los estudiantes de la Universidad Nacional Diego Quispe Tito del Cusco.

3.2 Diseño de Investigación

El planteamiento del estudio pretende ser una investigación de naturaleza no experimental y de diseño transversal, ya que no se manipulan variables y se limita a describir el fenómeno en cuestión. Además, se recopilarán datos estadísticos en un único momento mediante la aplicación de un instrumento de evaluación. (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 2006)





Donde:

M1: Estudiantes de una Universidad de Cusco

O1: Esquemas Desadaptativos Tempranos Predominantes en Estudiantes de una Universidad de Cusco.

O2: Consumo de Sustancias a lo largo de la vida en Estudiantes de una Universidad de Cusco

R: Correlación entre Esquemas Desadaptativos Tempranos Predominantes y consumo de Sustancias a lo largo de su vida en estudiantes de una Universidad de Cusco.

3.3 Población de Estudio

Este estudio descriptivo correlacional se centra en la población de estudiantes de una universidad en Cusco, con un tamaño total de muestra de 757 estudiantes, como se indica en la tabla 1.

La población consta de varones y mujeres en proporción casi igual; 378 varones y 379 mujeres matriculados en el semestre en curso. La institución posee tres facultades: Restauración, Pedagogía, Artes Visuales. Cuenta con 2 filiales. Los estudiantes son principalmente de la Provincia de Cusco. Son originarios de provincias en menor grado, puesto que existen facultades de Bellas Artes en provincias de Calca (Calca) y Canchis (Checacupe). Dentro de la población, existen estudiantes originarios de otras ciudades del Perú, quienes acuden a realizar estudios superiores a la universidad en meción dado su prestigio con el que cuenta. Los alumnos tienen un rango de edad comprendido entre los 17 y los 38 años de edad. De diferentes condiciones socioeconomicas y culturales. La institución educativa tiene características inclusivas, atendiendo a una parte de la población a personas



con habilidades diferentes, entre ellas dificultades de tipo cognitivas y físicas, tales como la verbal y auditiva.

Tabla 1

Descripción de la población

Grupo	<i>F</i>	%	Población masculina	Población femenina
Estudiantes Total	757	100%	378	379

3.4 Muestra

Se seleccionó una muestra de 278 estudiantes de manera aleatoria y probabilística, con el propósito de describir la correlación entre los esquemas desadaptativos tempranos y el consumo de sustancias en ambos géneros en esta investigación.

Dado que se utilizó una muestra probabilística simple, se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * (Z_{1-\alpha})^2 * p * q}{(N - 1) * e^2 + (Z_{1-\alpha})^2 * p * q}$$
$$n = \frac{757 * (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}{757 * 5^2 + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

Donde:



$Z_{1-\alpha}$: 1.96 (Nivel de confianza 95%)

p : 0.5 (50% área bajo la curva)

q : 0.5 (50% como bajo la curva)

e : 5 (5% de error muestral)

N : 757 (Población absoluta)

n : 278 (muestra)

Tipificación de la Muestra

En la tabla 2 se presenta la composición de género de la muestra de estudiantes de una universidad en Cusco. Se destaca que el 50.7% de la muestra corresponde a mujeres, mientras que el 49.93% corresponde a hombres.

Tabla 2

Descripción de la muestra por género

Grupo	<i>F</i>	%
Estudiantes Varones	120	43.2%
Estudiantes Mujeres	158	56.8%
Total, Estudiantes	278	100 %

3.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Se utilizará el Cuestionario de Young y Prueba de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)



3.5.1 Técnica

Se efectuó los diferentes tramites mediante la mesa de partes de la Universidad nacional Diego Quispe Tito del Cusco. Se obtuvo la autorización necesaria y se contó con las facilidades pertinentes para llevar a cabo esta investigación.

3.5.2 Instrumentos

Figura 3

Cuestionario de esquemas de Young

Ficha técnica del Cuestionario de esquemas de Young – Tercera Edición YSQ-S3

Nombre Original	: Young Schema Questionnaire – Short From, 3rd Edition (Young,2005)
Autor	: Jeffrey Young
Año de Publicación	: 2005
Adaptación al español	: Cid y Torrubia
Adaptación Peruana	: Matute Cruces Andrea Alessandra - 2019
Evalúa	: Esquemas desadaptativos Tempranos
Numero de Ítems	: 70
Administración	: Individual/Colectiva
Significación	: Evalúa esquemas de Young

Figura 4



Ficha Técnica del cuestionario Assist

Nombre Original : Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST V.3.1)

Autor : Organización Mundial de la Salud

Año de Publicación : 2011

Adaptación al español : Organización Mundial de la Salud

Numero de Ítems : 8 reactivos para 10 sustancias

Administración : Individual/Colectiva

Significación : Evalúa Consumo de sustancias

3.6 Validez y Confiabilidad del Instrumento

El cuestionario de Esquemas de Young-S3 (Young Schema Questionnaire-Short Form,3rd Edition)

Fue creado el 2005, adaptado a la versión en español por Cid y Torrubia para posteriormente ser adaptado a Perú por (Matute Cruces, 2019), en su estudio sobre las propiedades psicométricas del cuestionario, se examinaron diversas características y métricas relacionadas. En el estudio realizado, se estableció que las pruebas de validez de contenido se llevaron a cabo a través de la evaluación de expertos y utilizando el coeficiente V de Aiken con valor de 0.80, se utilizó un nivel de significancia de $p < 0.05$ para evaluar la confiabilidad del instrumento. Los resultados mostraron una confiabilidad satisfactoria de los ítems, con puntuaciones entre 0.70 y 0.90 según el coeficiente Omega. Se tomaron 2 grupos para la validez del instrumento, el cual fue un grupo clínico y no clínico. La validez del instrumento fue establecida en Lima – Perú.



Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (Assist V.3.1)

La escala fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2011. Para evaluar la validez del instrumento, se decidió utilizar una prueba de test-retest en los años 1997 y 1998, seguida de una segunda evaluación en 2000 y 2022, con el objetivo de determinar su confiabilidad, también se llevó a cabo un análisis de validez concurrente en 1047 participantes de América Latina y Europa, en el cual se encontró una consistencia con coeficientes superiores a 0.80 y correlaciones significativas con otros instrumentos similares, como ASI-LITE, AUDIT y RTQ, con coeficientes de correlación que variaron entre 0.59 y 0.88. Además, se obtuvo evidencia de validez de constructo con coeficientes de correlación que oscilaron entre 0.48 y 0.76, y se demostró una adecuada validez discriminante entre el uso, abuso y dependencia de sustancias. Además, como parte de la investigación, se realizó una prueba piloto en la cual se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.82. la prueba piloto se realizó en la misma población con 10 personas.

3.7 Plan de Análisis de Datos

Los resultados obtenidos fueron analizados utilizando los programas Excel y SPSS 25. Se realizó el procesamiento de los datos para obtener frecuencias y porcentajes que se ajusten a los objetivos del estudio.



Capítulo IV

Resultados de la Investigación

A continuación, se presentan los resultados que abordan los objetivos planteados en el primer capítulo del estudio, empezando por los objetivos específicos y finalizando con la respuesta al objetivo general.

4.1 Resultados Respecto a los Objetivos Específicos

A continuación, se exponen los resultados presentados en línea con los objetivos específicos planteados, los resultados presentados abarcan la identificación de los esquemas desadaptativos predominantes y el análisis de las sustancias que han sido consumidas en algún momento. Los resultados obtenidos engloban la investigación de la relación entre los esquemas desadaptativos predominantes y la frecuencia de consumo de sustancias, así como la comparación de la frecuencia de consumo de sustancias entre varones y mujeres.



Tabla 3

Esquemas desadaptativos Tempranos predominantes en estudiantes de una universidad del Cusco 2023

Esquemas desadaptativos tempranos	Muy bajo		Bajo		Medio		Alto		Muy alto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Privación emocional	94	33.81	90	32.37	59	21.22	33	11.87	2	0.72
Abandono/inestabilidad	89	32.02	87	31.29	55	19.78	34	12.23	13	4.67
Desconfianza/abuso	62	22.30	113	40.65	63	22.66	36	12.95	4	1.44
Aislamiento social	59	21.22	126	45.32	67	24.10	26	9.35	0	0
Imperfección/vergüenza	120	43.16	78	28.06	57	20.50	12	4.32	11	3.96
Fracaso	110	39.57	78	28.06	51	18.34	35	12.59	4	1.44
Dependencia/incompetencia	106	38.13	106	38.13	54	19.42	10	3.60	2	0.72
Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	75	26.98	92	33.09	70	25.18	30	10.79	11	3.96
Apego confuso/Yo inmaduro	115	41.37	108	38.85	38	13.67	17	6.12	0	0
Subyugación	88	31.65	108	38.85	55	19.78	27	9.71	0	0
Autosacrificio	37	13.31	112	40.29	95	34.17	28	10.07	6	2.16
Inhibición emocional	58	20.86	82	29.50	91	32.73	38	13.67	9	3.24
Metas inalcanzables	15	5.40	72	25.90	125	44.96	63	22.66	3	1.08
Grandiosidad/Autorización	49	17.63	98	35.25	101	36.33	26	9.35	4	1.44
Autocontrol insuficiente	46	16.55	104	37.41	82	29.50	44	15.83	2	0.72
Búsqueda de aprobación	67	24.10	93	33.45	87	31.29	22	7.91	9	3.24
Negatividad/Pesimismo	66	23.74	80	28.78	72	25.90	53	19.06	7	2.51
Castigo	89	32.01	93	33.45	65	23.38	28	10.07	3	1.08

Como se puede apreciar en la tabla 3, en el esquema de privación emocional, el 33.81% de la población manifiesta un nivel muy bajo, el 32.37% se encuentra en la categoría de nivel bajo, el 21.22% en la categoría de nivel medio, y el 11.87% en la categoría de nivel alto, según se muestra en los datos de la tabla, por otro lado, el 0.72% de los participantes



muestra un nivel muy alto, de acuerdo a los resultados presentados. En cuanto al esquema de abandono/inestabilidad, se observa que el 32.02% presenta un nivel muy bajo, mientras que el 31.29% se encuentra en nivel bajo. Además, el 19.78% muestra un nivel medio y el 12.23% se sitúa en nivel alto, mientras que el 4.67% cuenta con un nivel muy alto. Así mismo, en el esquema desconfianza/abuso el 22.30% tiene un nivel muy bajo, un 40.65% en nivel bajo, el 22.66% en nivel medio, el 12.95% en nivel bajo, mientras que el 1.44% cuenta con un nivel muy alto. En el esquema aislamiento social, el 21.22% tiene un nivel muy bajo, un 45.32% en nivel bajo, el 24.10% en nivel medio, el 9.35% en nivel bajo, mientras que nadie manifestó un nivel muy alto. En el esquema imperfección/vergüenza, el 43.16% tiene un nivel muy bajo, un 28.06% en nivel bajo, el 20.50% en nivel medio, el 4.32% en nivel bajo, mientras que el 3.96% cuenta con un nivel muy alto. En lo que respecta al esquema de fracaso, el 39.57% tiene un nivel muy bajo, un 28.06% en nivel bajo, el 18.34% en nivel medio, el 12.59% en nivel bajo, mientras que el 1.44% cuenta con un nivel muy alto. En el esquema dependencia/incompetencia, el 38.13% tiene un nivel muy bajo, un 38.13% en nivel bajo, el 19.42% en nivel medio, el 3.60% en nivel bajo, mientras que el 0.72% cuenta con un nivel muy alto. En el esquema vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad, el 26.98% tiene un nivel muy bajo, un 33.09% en nivel bajo, el 25.18% en nivel medio, el 10.79% en nivel bajo, mientras que el 3.96% cuenta con un nivel muy alto. En el esquema apego confuso/yo inmaduro, el 41.37% tiene un nivel muy bajo, un 38.85% en nivel bajo, el 13.67% en nivel medio, el 6.12% en nivel bajo, mientras que nadie presentó un nivel muy alto. En el esquema de subyugación, el 31.65% tiene un nivel muy bajo, un 38.85% en nivel bajo, el 19.78% en nivel medio, el 9.71% en nivel bajo, mientras que nadie manifestó un nivel muy alto. En el esquema de autosacrificio, el 13.31% tiene un nivel muy bajo, un 40.29% en nivel bajo, el 34.17% en nivel medio, el 10.07% en nivel bajo, mientras que el 2.16% cuenta con un nivel



muy alto. En el esquema inhibición emocional, el 20.86% tiene un nivel muy bajo, un 29.50% en nivel bajo, el 32.73% en nivel medio, el 13.67% en nivel bajo, mientras que el 3.24% cuenta con un nivel muy alto. En el esquema metas inalcanzables, el 5.40% tiene un nivel muy bajo, un 25.90% en nivel bajo, el 44.96% en nivel medio, el 22.66% en nivel bajo, mientras que el 1.08% cuenta con un nivel muy alto. En el esquema grandiosidad/autorización, el 17.63% tiene un nivel muy bajo, un 35.25% en nivel bajo, el 36.33% en nivel medio, el 9.35% en nivel bajo, mientras que el 1.44% cuenta con un nivel muy alto. En el esquema autocontrol insuficiente, el 16.55% tiene un nivel muy bajo, un 37.41% en nivel bajo, el 29.50% en nivel medio, el 15.83% en nivel bajo, mientras que el 0.72% cuenta con un nivel muy alto. En el esquema búsqueda de aprobación, el 24.10% tiene un nivel muy bajo, un 33.45% en nivel bajo, el 31.29% en nivel medio, el 7.91% en nivel bajo, mientras que el 3.24% cuenta con un nivel muy alto. En el esquema negatividad/pesimismo, el 23.74% tiene un nivel muy bajo, un 28.78% en nivel bajo, el 25.90% en nivel medio, el 19.06% en nivel bajo, mientras que el 2.51% cuenta con un nivel muy alto. En el esquema castigo, el 32.01% tiene un nivel muy bajo, un 33.45% en nivel bajo, el 23.38% en nivel medio, el 10.07% en nivel bajo, mientras que el 1.08% cuenta con un nivel muy alto.

En función de los datos analizados, se encontró que los esquemas que manifiestan niveles más altos en comparación a otros, son los esquemas de metas inalcanzables, autocontrol insuficiente y negatividad pesimismo.



Tabla 4

Sustancias que consumieron alguna vez en su vida en estudiantes de una Universidad del Cusco, 2023

Sustancias	NO		SÍ	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	155	55.76	123	44.24
Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	57	20.5	221	79.5
Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	209	75.18	69	24.82
Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	255	92.73	23	7.27
Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	270	97.12	8	2.88
Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	234	84.17	44	15.83
Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, frankimazin/alprazolam/xanas, orfidal/lorazepan, etc.)	223	80.21	55	19.78
Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	264	94.96	14	5.04
Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina, etc.)	271	97.48	7	2.52
otros	271	97.48	7	2.52

La tabla 4 proporciona una descripción detallada de los porcentajes correspondientes a la población de estudio que ha consumido la sustancia indicada alguna vez en la vida. Otros 2.52%, Opiáceos 2.52%, Alucinógenos 5.04%, Tranquilizantes, 19.78%, Inhalantes 15.83%, Anfetaminas 2.88%, Cocaína 7.27, Cannabis 24.82%, Alcohol 79.5%, Tabaco 44.24%.



Tabla 5

Sustancias que consumieron en los últimos 3 meses en estudiantes de una Universidad del Cusco, 2023.

Porcentaje de consumo de los últimos 3 meses		
	<i>f</i>	%
Tabaco	105	37.77%
Bebidas		
Alcohólicas	225	80.94%
cannabis	64	23.02%
cocaína	14	5.04%
anfetaminas	6	2.16%
Inhalantes	33	11.87%
Tranquilizantes	30	10.79%
Alucinógenos	10	1.80%
Opiáceos	5	1.80%
Otros	2	0.72%

La tabla 5 presenta un desglose detallado de los porcentajes correspondientes a la población de estudio, que ha consumido sustancias en los últimos 3 meses. Tabaco 37.77%, Bebidas Alcohólicas 80.94%, Cannabis 23.02%, Cocaína 5.04%, anfetaminas 2.16%, Inhalantes 11.87%, Tranquilizantes 10.79%, Alucinógenos 1.80%, Opiáceos 1.80%, Otros 0.72%.



Tabla 6

Sustancias que consumieron en el último mes en estudiantes de una Universidad del Cusco, 2023.

Porcentaje de los que consumieron mensualmente		
	<i>f</i>	%
Tabaco	24	8.63%
Bebidas		
Alcohólicas	60	21.58%
cannabis	17	6.12%
cocaína	7	2.52%
anfetaminas	0	0%
Inhalantes	4	1.44%
Tranquilizantes	5	1.80%
Alucinógenos	0	0%
Opiáceos	0	0%
Otros	0	0%

La distribución de los porcentajes de la población de estudio se encuentra en la tabla 6, donde se presentan los detalles correspondientes que han consumido sustancias en el último mes. Tabaco 8.63%, Bebidas Alcohólicas 21.58%, Cannabis 6.12%, Cocaína 2.52%,



anfetaminas 0%, Inhalantes 1.80%, Tranquilizantes 1.80%, Alucinógenos 0%, Opiáceos 0%,
Otros 0%.



Tabla 7

Relación entre esquemas desadaptativos tempranos predominantes y la frecuencia de consumo de sustancias en los últimos 3 meses en estudiantes de una universidad del Cusco, 2023

Frecuencia de consumo de sustancias en los últimos 3 meses	Esquemas desadaptativos predominantes					
	Metas inalcanzables		Autocontrol insuficiente		Negatividad/Pesimismo	
	Rho de Spearman	Sig. Bilateral p-valor	Rho de Spearman	Sig. Bilateral p-valor	Rho de Spearman	Sig. Bilateral p-valor
Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0.0338	0.5741	0.0882	0.1423	0.0862	0.1518
Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0.0054	0.9279	0.0849	0.158	-0.028	0.6412
Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	-0.1712	0.0042	-0.1059	0.07787	-0.2213	0.0001996



Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	-0.1179	0.0494	-0.068	0.2584	-0.1304	0.02973
Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	-0.0146	0.8081	0.0513	0.3941	0.0788	0.1902
Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	-0.0173	0.774	0.1979	0.000907	0.0731	0.2242
Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, trankimazin/alprazolam/xanas, orfidal/lorazepan, etc.)	0.0532	0.377	0.1257	0.03623	0.112	0.06213
Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	-0.0605	0.3144	-0.0186	0.7571	-0.0609	0.3119
Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina, etc.)	-0.1541	0.0101	-0.0395	0.5117	-0.0818	0.1737



Otros	-0.0995	0.0978	-0.0455	0.4499	-0.0361	0.5485
-------	---------	--------	---------	--------	---------	--------

Según la tabla 7, el esquema metas inalcanzables tiene una relación entre la frecuencia de consumo de sustancias en los últimos 3 meses y los datos presentados. con sustancias como el cannabis, la cocaína y los opiáceos, rechazando así las hipótesis nulas de no correlación, debido a que el p-valor de tales relaciones es menor a 0.05, sin embargo, según el coeficiente de correlación Rho de Spearman, se puede observar que las correlaciones son inversas pero muy pequeñas para considerarse realmente significativas.

En el esquema autocontrol insuficiente, se observa un p-valor menor a 0.05 que rechaza las hipótesis nulas en su relación con la frecuencia de consumo de sustancias los últimos tres meses con sustancias como los inhalantes y tranquilizantes, pero mediante el coeficiente Rho de Spearman se puede apreciar que las relaciones son de tipo directa pero muy pequeñas para ser consideradas de relevancia.

En el esquema negatividad/pesimismo, se puede apreciar que la variable tiene relación con las sustancias del cannabis y la cocaína, siendo estas relaciones inversas pero muy débiles según el coeficiente Rho de Spearman, aunque se rechazan las hipótesis nulas de no asociación debido a resultados en el p-valor, menores a 0.05.



Tabaco

Tabla 8

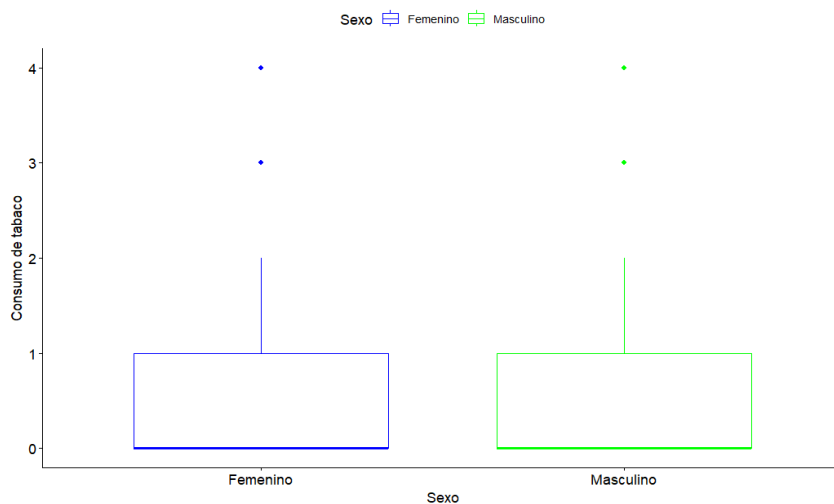
Diferencia del consumo de Tabaco según Sexo en los último 3 meses

Prueba estadística	P-valor
Prueba de Wilcoxon para muestras independientes	0.05007

En función al resultado del p-valor, se concluye que respecto al consumo de tabaco y según sexo no existen diferencias, pues el resultado no es inferior a 0.05, por lo cual se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Figura 5

Diferencia del consumo de tabaco según Sexo



Desacuerdo a los resultados obtenidos en la tabla 8, viendo el p-valor encontrado, se concluye que, en cuanto al consumo de tabaco y según sexo, no hay presencia de



diferencias, pues el resultado no es inferior a 0.05. Lo cual también se evidencia en la figura 1.

Tabla 9

Frecuencia de consumo de Tabaco según Sexo en los último 3 meses

Frecuencia de consumo	Femenino		Masculino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Nunca	106	67.09	67	55.83
1 o 2 veces	31	19.62	31	25.83
Cada mes	14	8.86	10	8.33
Cada semana	3	1.9	7	5.83
A diario	4	2.53	5	4.17
Total	158	100	120	100

Según la tabla 9, Respecto al consumo de Tabaco, la frecuencia diaria en población masculina es de 4.17%, y en población femenina, del 2.53%. La frecuencia semanal es de 5.83% en población masculina y 1.9% en población femenina. La frecuencia mensual es de 8.33% en población de hombres y 8.86% en población de mujeres. Respecto al uso de marihuana en frecuencia de los 3 meses recientes, la población masculina representa un 25.83%, mientras que la población femenina es de 19.62%. El 55.83% de la población masculina, y el 67.09% de la población femenina que no ha presentado consumo en los 3 meses recientes.

Alcohol

Tabla 10



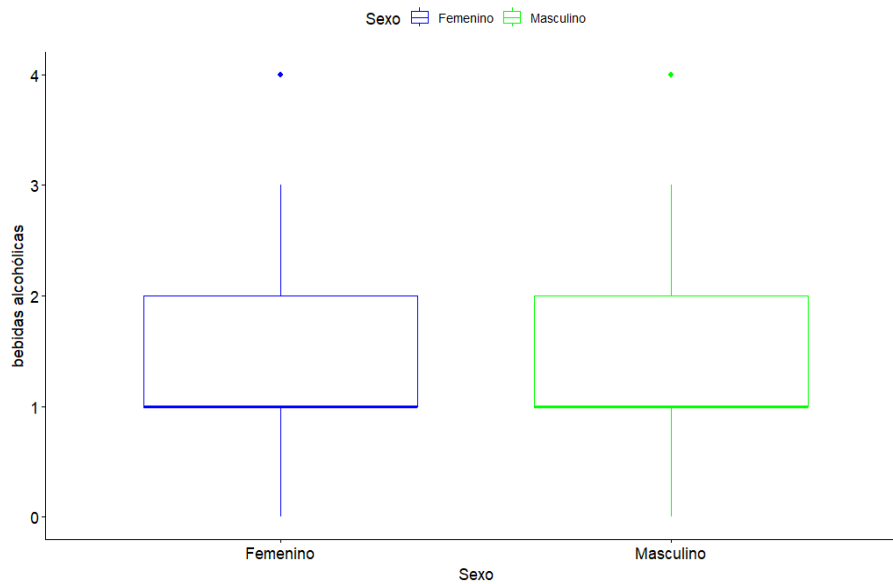
Diferencia del consumo de bebidas Alcohólicas según Sexo en los último 3 meses

Prueba estadística	P-valor
Prueba de Wilcoxon para muestras independientes	0.08442

En función al resultado del p-valor, se concluye que no hay diferencias en el consumo de alcohol según sexo, pues el resultado es mayor a 0.05, por lo cual se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Figura 6

Diferencia respecto al alcohol y su consumo según Sexo





En función al resultado de la tabla 10, viendo el p-valor encontrado, se concluye que no hay diferencias respecto al consumo de alcohol según sexo, pues el resultado no es inferior a 0.05. Lo cual también se evidencia en la figura 2.

Tabla 11

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas según sexo

Frecuencia de consumo	Femenino		Masculino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Nunca	28	17.72	25	20.83
1 o 2 veces	67	42.41	64	53.33
Cada mes	44	27.85	16	13.33
Cada semana	18	11.39	12	10
A diario	1	0.63	3	2.5
Total	158	100	120	100

Según la tabla 11, Respecto al consumo de alcohol, la frecuencia diaria en población masculina es de 2.5%, y en población femenina, del 0.63%. La frecuencia semanal es de 10% en población masculina y 11.39% en población femenina. La frecuencia mensual es de 13.33% en población masculina y 27.85% en población femenina. Respecto al ocasional de ingerir bebidas alcohólicas en los 3 meses últimos, la población masculina representa un 53.33%, mientras que la población femenina es de 42.41%. El 20.83% de la población masculina, y el 17.72% de la población femenina no se ha autoadministrado alcohol en los 3 meses recientes.



Cannabis

Tabla 12

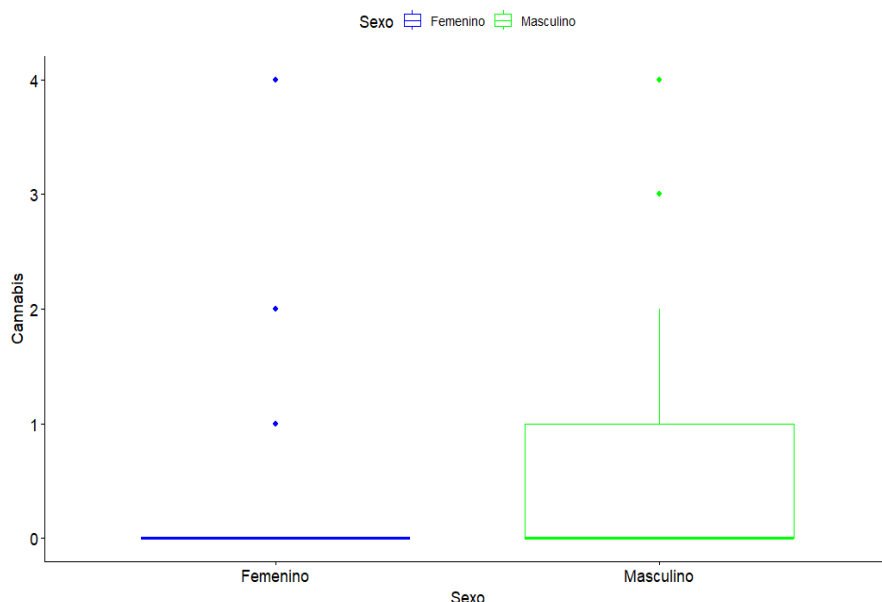
Diferencia del consumo de Cannabis según sexo en los último 3 meses

Prueba estadística	P-valor
Prueba de Wilcoxon para muestras independientes	0.02166

En función al resultado del p-valor, se concluye que sí hay diferencias en el consumo de cannabis según sexo, ya que el resultado es menor a 0.05, por lo cual se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

Figura 7

Diferencia del consumo de Cannabis según sexo



En función al resultado de la tabla 12, viendo el p-valor encontrado, se concluye que, si hay diferencias en el consumo de cannabis según sexo, ya que el resultado es menor 0.05. Lo cual también se evidencia en la figura 3.

Tabla 13

Frecuencia de consumo de Cannabis según sexo cada 3 meses

Frecuencia de consumo	Femenino		Masculino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Nunca	129	81.65	85	70.83
1 o 2 veces	18	11.39	17	14.17
Cada mes	9	5.7	8	6.67
Cada semana	0	0	8	6.67
A diario	2	1.27	2	1.67



Total	158	100	120	100
-------	-----	-----	-----	-----

Según la tabla 13, Respecto al consumo de cocaína, la frecuencia diaria en población masculina es de 0%, y en población femenina, del 0%. La frecuencia semanal es de 0% en población masculina y 0% en población femenina. La frecuencia mensual es de 4.17% en población masculina y 1.27% en población femenina. Respecto al consumo que ocurre ocasionalmente de la sustancia cocaína en los 3 meses de reciente acontecer, la población masculina representa un 5.83%, mientras que la población femenina es de 0%. El 90% de la población masculina, y en el 98.73% que representa la población femenina, en los tres meses últimos, no se ha hecho uso de cocaína por parte de esta población.

Cocaína

Tabla 14

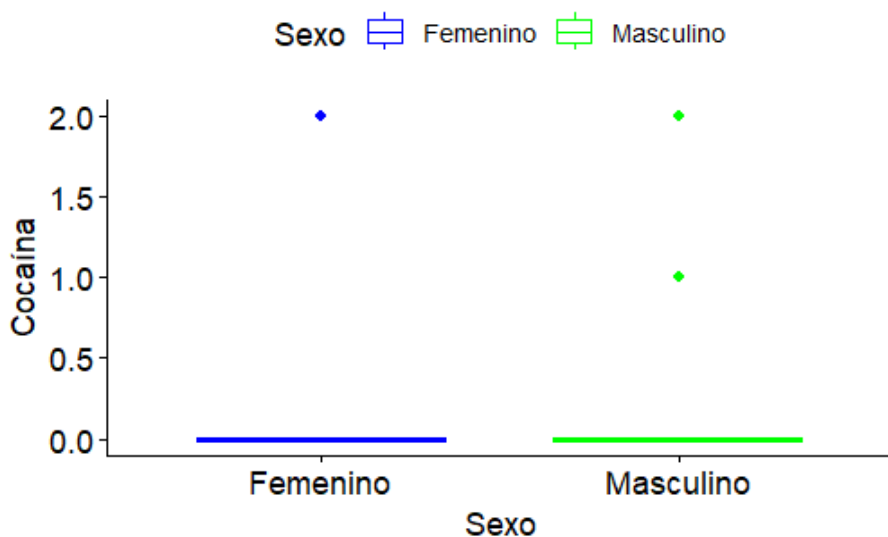
Diferencia del consumo de Cocaína según sexo

Prueba estadística	P-valor
Prueba de Wilcoxon para muestras independientes	0.001108

En función al resultado del p-valor, se concluye que sí hay diferencias en el consumo de cocaína según sexo, ya que el resultado es menor a 0.05, por lo cual se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

Figura 8

Diferencia del consumo de Cocaína según sexo



En función al resultado de la tabla 14, viendo el p-valor encontrado, se concluye que, si hay diferencias en el consumo de cocaína según sexo, pues el resultado es menor 0.05. Lo cual también se evidencia en la figura 4.

Tabla 15

Frecuencia de consumo de Cocaína según sexo

Frecuencia de consumo	Femenino		Masculino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Nunca	156	98.73	108	90
1 o 2 veces	0	0	7	5.83
Cada mes	2	1.27	5	4.17
Cada semana	0	0	0	0
A diario	0	0	0	0



Total	158	100	120	100
-------	-----	-----	-----	-----

Según la tabla 13, Respecto al consumo de cocaína, la frecuencia diaria en población masculina es de 0%, y en población femenina, del 0%. La frecuencia semanal es de 0% en población masculina y 0% en población femenina. La frecuencia mensual es de 4.17% en población masculina y 1.27% en población femenina. Respecto al ocasional de consumo de cocaína en los últimos 3 meses, la población masculina representa un 5.83%, mientras que la población femenina es de 0%. El 90% de la población masculina, y el 98.73% de la población femenina no ha consumido cocaína en los últimos 3 meses.

Anfetaminas

Tabla 16

Diferencia del consumo de anfetaminas según sexo

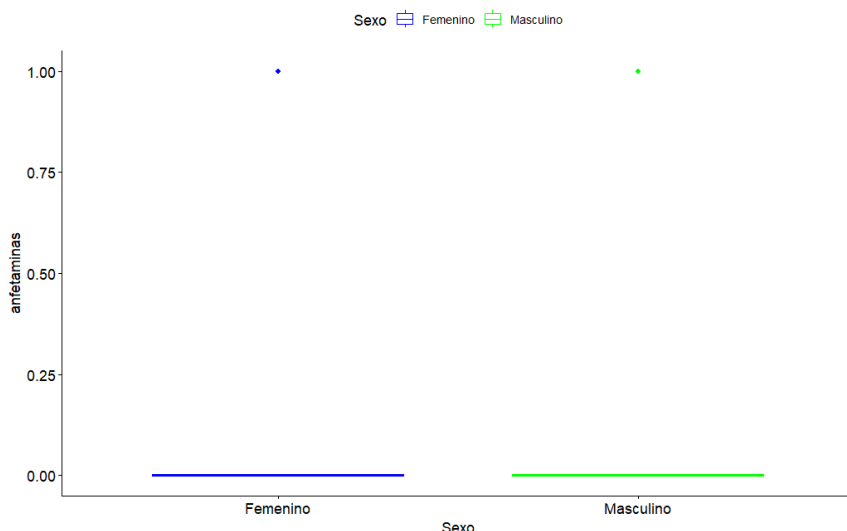
Prueba estadística	P-valor
Prueba de Wilcoxon para muestras independientes	0.2421

En función al resultado del p-valor, se concluye que no hay diferencias en el consumo de anfetaminas según sexo, ya que el resultado es mayor a 0.05, por lo cual se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Figura 9



Diferencia del consumo de anfetaminas según sexo



En función al resultado de la tabla 16, viendo el p-valor encontrado, se concluye que no hay diferencias en el consumo de anfetaminas según sexo, pues el resultado no es inferior a 0.05. Lo cual también se evidencia en la figura 5

Tabla 17

Frecuencia de consumo de anfetaminas según sexo

Frecuencia de consumo	Femenino		Masculino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Nunca	156	98.73	116	96.67
1 o 2 veces	2	1.27	4	3.33
Cada mes	0	0	0	0
Cada semana	0	0	0	0
A diario	0	0	0	0



Total	158	100	120	100
-------	-----	-----	-----	-----

Según la tabla 17, Respecto al consumo de Anfetaminas, la frecuencia diaria en población masculina es de 0%, y en población femenina, del 0%. La frecuencia semanal es de 0% en población masculina y 0% en población femenina. La frecuencia mensual es de 0% en población masculina y 0% en población femenina. Respecto al ocasional de consumo de anfetaminas en los últimos 3 meses, la población masculina representa un 3.33%, mientras que la población femenina es de 1.27%. El 96% de la población masculina, y en lo que respecta al 98.73% , que representa a la población femenina, en la temporalidad de los recientes 3 meses, no existe consumo de anfetaminas.

Inhalantes

Tabla 18

Diferencia del consumo de inhalantes según sexo

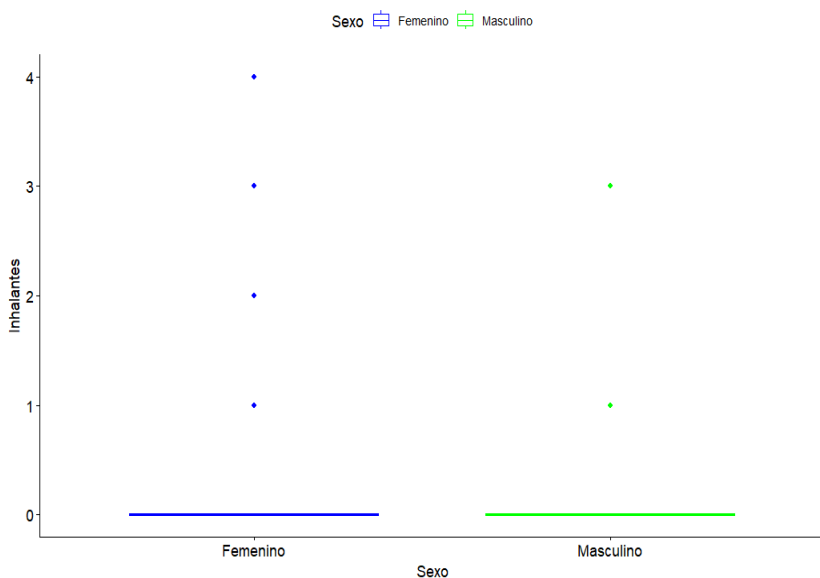
Prueba estadística	P-valor
Prueba de Wilcoxon para muestras independientes	0.01591

En función al resultado del p-valor, se concluye que sí hay diferencias en el consumo de inhalantes según sexo, ya que el resultado es menor a 0.05, por lo cual se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

Figura 10



Diferencia del consumo de inhalantes según sexo



En función al resultado de la tabla 18, viendo el p-valor encontrado, se concluye que, si hay diferencias en el consumo de inhalantes según sexo, pues el resultado es menor 0.05. Lo cual también se evidencia en la figura 6

Tabla 19

Frecuencia de consumo de Inhalantes según sexo

Frecuencia de consumo	Femenino		Masculino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Nunca	133	84.18	112	93.33
1 o 2 veces	14	8.86	7	5.83
Cada mes	4	2.53	0	0
Cada semana	4	2.53	1	0.83
A diario	3	1.9	0	0



Total	158	100	120	100
-------	-----	-----	-----	-----

Según la tabla 19, Respecto al consumo de Inhalantes, la frecuencia diaria en población masculina es de 0%, y en población femenina, del 1.9%. La frecuencia semanal es de 0.83% en población masculina y 2.53% en población femenina. La frecuencia mensual es de 0% en población masculina y 2.53% en población femenina. Respecto al ocasional de consumo de inhalantes en los últimos 3 meses, la población masculina representa un 5.83%, mientras que la población femenina es de 8.86%. El 93.33% de la población de hombres, y el 84.18% de la población de mujeres no ha usado inhalantes en los últimos 3 meses.

Tranquilizantes

Tabla 20

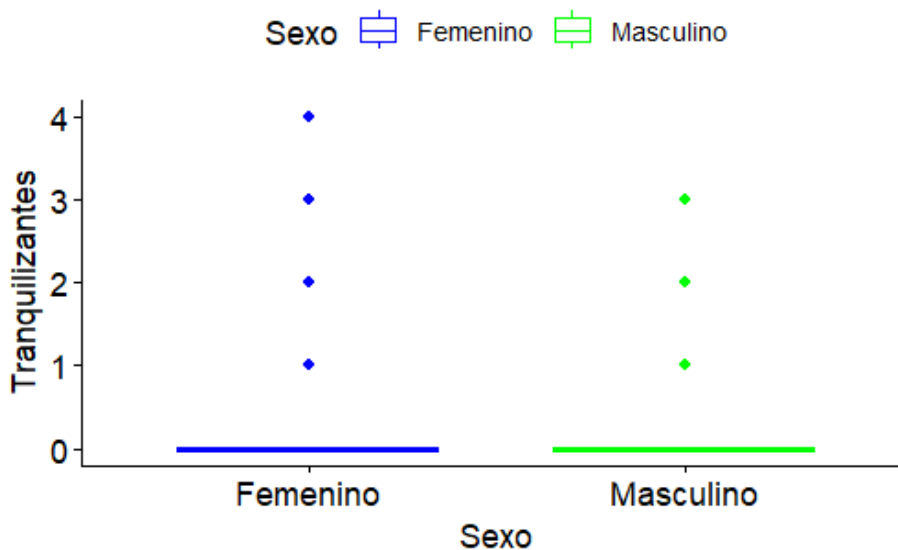
Diferencia del consumo de tranquilizantes según sexo

Prueba estadística	P-valor
Prueba de Wilcoxon para muestras independientes	0.1169

En función al resultado del p-valor, se concluye que no hay diferencias en el consumo de tranquilizantes según sexo, ya que el resultado es mayor a 0.05, por lo cual se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Figura 11

Diferencia del consumo de tranquilizantes según sexo



En función al resultado de la tabla 20, viendo el p-valor encontrado, se concluye que no hay diferencias en el consumo de tranquilizantes según sexo, pues el resultado no es inferior a 0.05. Lo cual también se evidencia en la figura 7.

Tabla 21

Frecuencia de consumo de tranquilizantes según sexo

Frecuencia de consumo	Femenino		Masculino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Nunca	137	86.71	111	92.5



1 o 2 veces	11	6.96	5	4.17
Cada mes	3	1.9	2	1.67
Cada semana	2	1.27	2	1.67
A diario	0	0	5	4.17
Total	158	100	120	100

Según la tabla 21, Respecto al consumo de tranquilizantes, la frecuencia diaria en población masculina es de 4.17%, y en población femenina, del 0%. La frecuencia semanal es de 1.67% en población masculina y 1.27% en población femenina. La frecuencia mensual es de 1.67% en población masculina y 1.9% en población femenina. Respecto al ocasional de consumo de tranquilizantes en los últimos 3 meses, la población masculina representa un 4.17%, mientras que la población femenina es de 6396%. El 92.5% de la población masculina, y el 86.71% de la población femenina no ha usado tranquilizantes en la temporalidad de los 3 meses recientes.

Alucinógenos

Tabla 22

Diferencia del consumo de alucinógenos según sexo

Prueba estadística	P-valor
--------------------	---------

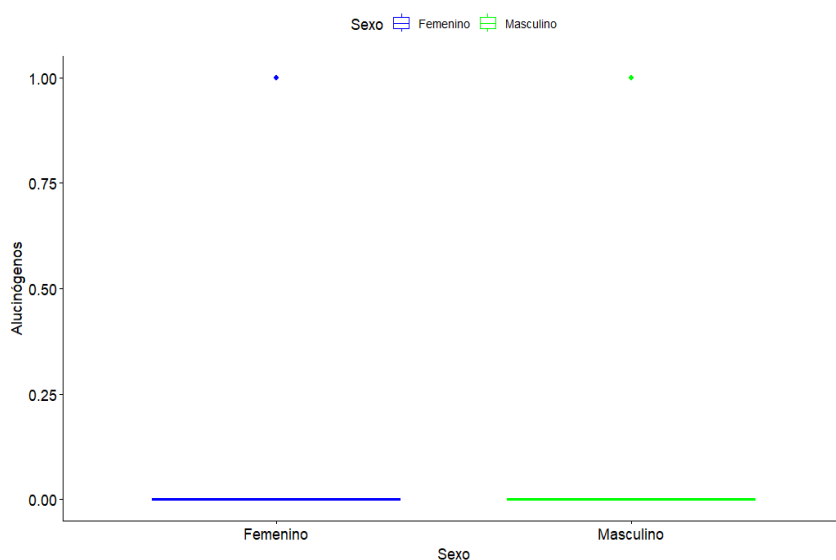


Prueba de Wilcoxon para	
muestras independientes	0.839

En función al resultado del p-valor, se concluye que no hay diferencias en el consumo de alucinógenos según sexo, ya que el resultado es mayor a 0.05, por lo cual se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Figura 12

Diferencia del consumo de alucinógenos según sexo



En función al resultado de la tabla 22, viendo el p-valor encontrado, se concluye que no hay diferencias en el consumo de alucinógenos según sexo, pues el resultado no es inferior a 0.05. Lo cual también se evidencia en la figura 8

Tabla 23

Frecuencia de consumo de alucinógenos según sexo



Frecuencia de consumo	Femenino		Masculino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Nunca	152	96.2	116	96.67
1 o 2 veces	6	3.8	4	3.33
Cada mes	0	0	0	0
Cada semana	0	0	0	0
A diario	0	0	0	0
Total	158	100	120	100

Según la tabla 23, Respecto al consumo de alucinógenos, la frecuencia diaria en población masculina es de 0%, y en población femenina, del 0%. La frecuencia semanal es de 0% en población masculina y 0% en población femenina. La frecuencia mensual es de 0% en población masculina y 0% en población femenina. Respecto al ocasional de consumo de alucinógenos en los últimos 3 meses, la población masculina representa un 3.33%, mientras que la población femenina es de 3.8%. El 96.67% de la población masculina, y el 96.2% de la población femenina no ha autoadministrado las drogas alucinógenas en los 3 meses recientes.

Opiáceos

Tabla 24

Diferencia del consumo de opiáceos según sexo

Prueba estadística	P-valor
--------------------	---------

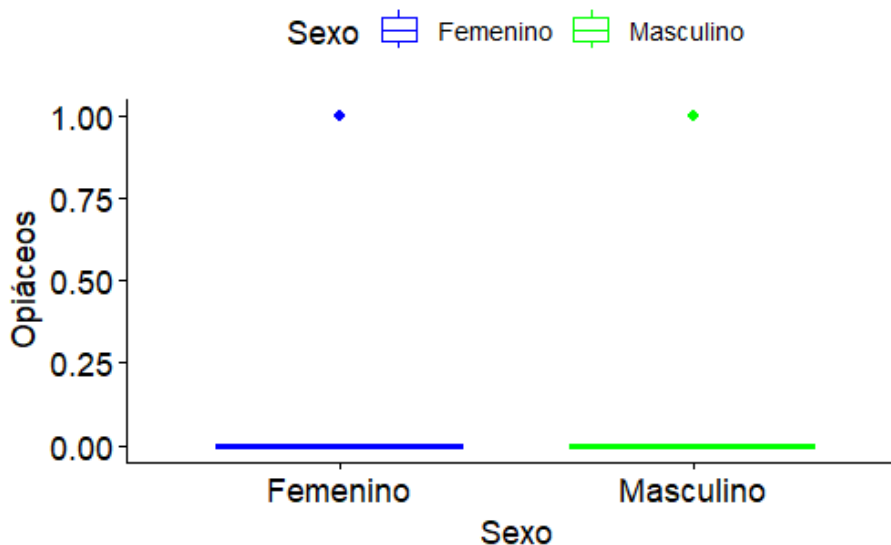


Prueba de Wilcoxon para	
muestras independientes	0.09457

En función al resultado del p-valor, se concluye que no hay diferencias en el consumo de opiáceos según sexo, ya que el resultado es mayor a 0.05, por lo cual se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Figura 13

Diferencia del consumo de opiáceos según sexo



En función al resultado de la tabla 24, viendo el p-valor encontrado, se concluye que no hay diferencias en el consumo de bebidas alcohólicas según sexo, pues el resultado no es inferior a 0.05. Lo cual también se evidencia en la figura 9

Tabla 25

Frecuencia de consumo de opiáceos según sexo



Frecuencia de consumo	Femenino		Masculino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Nunca	157	99.37	116	96.67
1 o 2 veces	1	0.63	4	3.33
Cada mes	0	0	0	0
Cada semana	0	0	0	0
A diario	0	0	0	0
Total	158	100	120	100

Según la tabla 25, Respecto al consumo de opiáceos, la frecuencia diaria en población masculina es de 0%, y en población femenina, del 0%. La frecuencia semanal es de 0% en población masculina y 0% en población femenina. La frecuencia mensual es de 0% en población masculina y 0% en población femenina. Respecto al ocasional de consumo de opiáceos en los últimos 3 meses, la población masculina representa un 3.33%, mientras que la población femenina es de 0.63%. El 96.67% de la población masculina, y el 99.37% de la población femenina no ha consumido opiáceos en los últimos 3 meses.

Otras Sustancias

Tabla 26

Diferencia del consumo de otras sustancias según sexo

Prueba estadística	P-valor
--------------------	---------

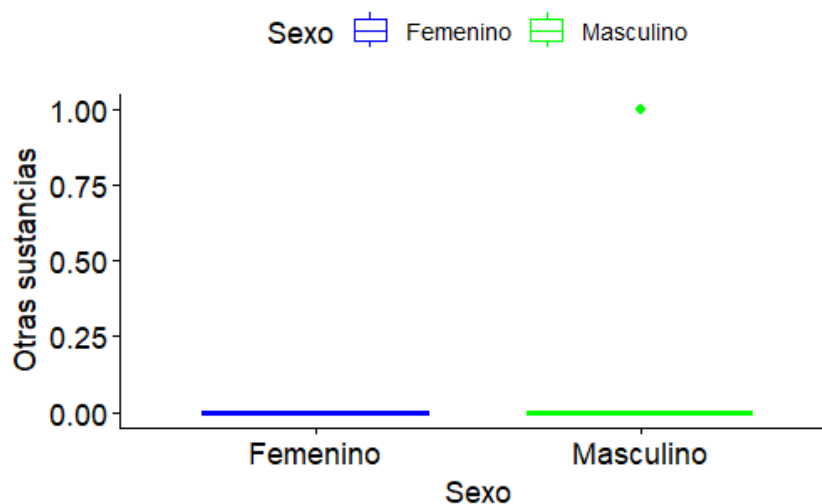


Prueba de Wilcoxon para	
muestras independientes	0.1051

En función al resultado del p-valor, se concluye que no hay diferencias en lo que respecta al uso de sustancias de otro tipo, ello según deferencias de grupo por género, ya que el resultado es mayor a 0.05, por lo cual se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Figura 14

Diferencia del consumo de otras sustancias según sexo



En función al resultado de la tabla 26, viendo el p-valor encontrado, se concluye que no hay diferencias en el consumo de otras sustancias según sexo, pues el resultado no es inferior a 0.05. Lo cual también se evidencia en la figura 10.

Tabla 27

Frecuencia de consumo de otras sustancias según sexo



Frecuencia de consumo	Femenino		Masculino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Nunca	158	100	118	98.33
1 o 2 veces	0	0	2	1.67
Cada mes	0	0	0	0
Cada semana	0	0	0	0
A diario	0	0	0	0
Total	158	100	120	100

Según la tabla 27, Respecto al consumo de otras sustancias, la frecuencia diaria en población masculina es de 0%, y en población femenina, del 0%. La frecuencia semanal es de 0% en población masculina y 0% en población femenina. La frecuencia mensual es de 0% en población masculina y 0% en población femenina. Respecto al ocasional de consumo de otras sustancias en los últimos 3 meses, la población masculina representa un 1.67%, mientras que la población femenina es de 0%. El 98.33% de la población de hombres, y el 100% de la población de mujeres no se ha autoadministrado otras sustancias en los últimos 3 meses.

4.2 Resultados Especto al Objetivo General

En esta sección, se presentan los hallazgos alcanzados con respecto principal objetivo del estudio, que se centra en la relación existente entre esquemas precoces disfuncionales predominantes y el consumo de sustancias a lo largo de la vida en población de estudiantes universitarios de una institución específica de Cusco, 2023.



Tabla 28



Relación entre los esquemas desadaptativos tempranos predominantes y el consumo de sustancias a lo largo de la vida en estudiantes de una universidad del Cusco 2023

Consumo de sustancias a lo largo de la vida	Esquemas desadaptativos tempranos predominantes					
	Metas Inalcanzables		Autocontrol Insuficiente		Negatividad/Pesimismo	
	P-valor	V-Cramer	P-valor	V-Cramer	P-valor	V-Cramer
Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0.2866	0.134	0.06084	0.18	0.04775	0.186
Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0.2507	0.135	0.04064	0.170	0.105	0.154
Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0.01529	0.210	0.2028	0.146	0.1532	0.155
Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0.01901	0.207	0.1698	0.153	0.2561	0.139
Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0.6461	0.094	0.3989	0.120	0.09257	0.169
Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0.7467	0.083	0.1609	0.154	9.15E-05	0.292
Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, frankimazin/alprazolam/xanas, orfidal/lorazepan, etc.)	0.2304	0.137	0.08975	0.157	0.00765	0.193
Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0.03083	0.196	0.01948	0.205	0.06807	0.177
Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina, etc.)	0.01097	0.217	0.01725	0.208	0.6594	0.093
Otros	0.5369	0.106	0.6626	0.092	0.8886	0.064

Según la tabla 28, el esquema desadaptativo temprano metas inalcanzables, tiene asociación con el consumir alguna vez a lo largo de la vida sustancias como el cannabis, la



cocaína, los alucinógenos y los opiáceos, debido a que su p-valor es menor a 0.05, lo cual genera un rechazo de la hipótesis nula y aceptación de la alterna, según la cual existe correlación entre las variables; sin embargo dichas relaciones son de un nivel muy bajo, lo cual se visualiza mediante la V de Cramer, siendo valores que no sobrepasan a un índice de 0.3, el cual permitiría determinar un asociación moderada.

Así mismo, según la tabla 28 el esquema desadaptativo temprano autocontrol insuficiente se asocia con el consumir alguna vez a lo largo de la vida, como bebidas alcohólicas, alucinógenos y opiáceos; rechazándose las hipótesis nulas en dichos puntos, ya que tales asociaciones tienen un p-valor menor a 0.05; sin embargo, la relación de las variables es muy pequeña, pues según sus índices en la V de Cramer.

Finalmente, el esquema Negatividad/pesimismo, cuenta con asociaciones con un p-valor menor a 0.05 en su interacción con haber consumido alguna vez sustancias como el tabaco, los tranquilizantes y los inhalantes; rechazando de esa forma las hipótesis nulas, pero según la V de Cramer se observa que el nivel de relación entre las variables es muy pequeño.



CAPITULO V

DISCUSION

5.1 Descripción de las Evidencias más Significativas

Se describen a continuación los hallazgos más relevantes. Primordialmente, existe relación entre el esquema desadaptativo metas inalcanzables, y el consumo de cannabis, cocaína, alucinógenos y opiáceos. Así mismo, el esquema autocontrol insuficiente se asocia en poca medida al consumo de alcohol, alucinógenos y opiáceos. Asimismo, el esquema Negatividad/pesimismo, se asocia en pequeña medida con el consumo de tabaco, tranquilizantes e inhalantes.

Los esquemas precoces que se hallan en esta población de estudio con predominancia son el de metas inalcanzables, el autocontrol insuficiente y el esquema negatividad/pesimismo, presentando niveles altos en comparación al resto de esquemas respecto a la población de estudio.

El consumo de sustancias psicoactiva que pudo darse en algún momento de la vida, que se presentó en la población, muestra el uso de, tranquilizantes en 19.78%, de inhalantes en 15.83%, de cannabis en 24.82%, de alcohol en 79.5%, de tabaco en 44.24%. Las sustancias que se consumieron en los últimos tres meses en la población muestran son Tranquilizantes 10.79%, de Inhalantes 11.87%, de Cannabis 23.02%, de Bebidas Alcohólicas 80.94%, de Tabaco 37.77%, en cuanto al uso de sustancias en el mes transcurrido recién por arte de la población, muestra son de Cannabis 6.12%, de Bebidas Alcohólicas 21.58%, de Tabaco 8.63%. (Becoña Iglesias, 2002) indica que las sustancias psicoactivas y el consumo de estas comprenden un proceso complejo, de larga duración y predecible en ocasiones describe 4 fases del consumo: de experimentación, de uso social, de abuso, de dependencia. Importa



resaltar que no todos los individuos que consumen drogas pasarán por todas estas fases, y que la velocidad y la intensidad con que se experimenta cada fase puede variar según el individuo y la droga que se consuma, en los resultados del estudio se torna evidente que hay una gran diferencia de los que consumieron alguna vez en su vida y los que consumieron en los últimos 3 meses y último mes.

5.2 Limitaciones del Estudio

Considerando la presencia de restricciones en el desarrollo investigativo, se presentaron dificultades para acceder a la población debido a la disponibilidad horaria de los estudiantes y la dispersión geográfica de las diferentes sedes universitarias, lo que en algunos casos requería una reprogramación de la realización de los cuestionarios, la división de grupos para dos sesiones de aplicación por la cantidad de estudiantes, y la interrupción del llenado de encuestas al presentarse alguna actividad académica urgente planteada por el docente.

5.3 Comparación crítica con la literatura existente

A continuación, se analizan las asociaciones encontradas según los resultados obtenidos.

(Venegas Garcia & Jaider Fernandez, 2016), realizaron un estudio para determinar la correlación entre factores de riesgo en el uso de drogas psicoactivas por adolescentes. El estudio concluyó que el mayor factor de riesgo de consumir sustancias corresponde al EDT de inestabilidad, vinculado a factores como habilidades sociales y patologías de carácter psiquiátrico. Pese a que las relaciones halladas son de mediana intensidad predominantemente, se considera que estos hallazgos podrían actuar como detonantes de circunstancias desventajosas en el futuro. Sin embargo, se aclara que es limitada la posibilidad de generalizar resultados por haberse realizado en la investigación en solamente un colegio perteneciente a la ciudad. resultados es limitada debido a que la muestra solo se



limitó a un colegio de la ciudad, por lo que no se pueden garantizar los mismos hallazgos en diferentes factores y contextos. Implicaciones del estudio En contraste con este estudio de Venegas, la presente investigación concluye los ETD de Metas Inalcanzables, autocontrol insuficiente y negatividad/pesimismo como mayores factores de riesgo de consumir sustancias. Detallando: Se hallaron correlaciones bajas existentes entre el EDT de metas inalcanzables con el consumo de Cannabis (correlación negativa), de cocaína (correlación negativa) y de opiáceos (correlación positiva). Se hallaron correlaciones bajas existentes entre el EDT de Autocontrol Insuficiente y el consumo de Tranquilizantes y de inhalantes. Finalmente, se halló la correlación entre el ETD de negativismo/pesimismo y el consumo de Cannabis. De los hallados resultados, es posible concluir que: El consumo de cannabis y de cocaína guarda una correlación negativa con el EDT de metas inalcanzables; ello debido a que la autoadministración de dichas sustancias se realiza con el fin de aplacar incomodidades emocionales propias de características mentales relacionadas a objetivos de vida de difícil cumplimiento.

(Montesinos Flores, 2018), investigó teniendo como objetivo explorar la correlación entre rasgos patológicamente clínicos y ETD en pacientes con diagnósticos de adicción a drogas psicotrópicas, y estando la población internada en un programa de rehabilitación en un centro de la ciudad de Cuenca, Ecuador. Se halla que el esquema que mayor asociación presenta con los dominios y las facetas del PID-5 es el esquema de autocontrol y que hay relaciones moderadas entre el ETD de derecho/grandiosidad con los dominios de antagonismo y rasgos psicóticos. Además, se encontraron correlaciones entre los esquemas y las facetas del PID-5 que o resultan usadas en cuanto a conformación de los dominios de dicho test. Estas correlaciones se relacionan con los ETD de abuso/desconfianza, entrapamiento y autosacrificio, así como con los dominios, donde se encontraron relaciones



de leve magnitud. Los resultados del estudio de Montesinos previamente mencionado y los de la investigación presente son posibles de comparar solo de forma relativa, puesto que el primer estudio tiene como población a pacientes adictos e institucionalizados, y la investigación desarrollada estudia a una población académica, es decir, funcional. Habiendo relativizado la comparación planteada, ambos estudios tienen en común que encuentran presente el ETD de autocontrol insuficiente en consumidores de sustancias.

(Pavon Leon, Salas Garcia, De san jorge Cardenas, & Cruz Juarez, 2022), llevaron a cabo una investigación para encontrar factores psicosociales relacionados con el uso de sustancias en estudiantes de arte. Se encuestó a 197 estudiantes de entre 17 y 55 años que se encontraban en programas educativos del área de artes. El 63% de los encuestados consistía en población femenina, y el 37%, población masculina. Se encontró que el consumo de tabaco fue del 69.3% en algún momento de sus vidas, 41.1% en el último año y 31.3% en último mes. El consumo de alcohol fue del 87.5% en algún momento de sus vidas, 78.6% en los últimos doce meses y 78.6% en los últimos treinta días. En cuanto al uso de drogas ilegales, el 51% había consumido cannabis en algún momento durante el transcurso de su vida, el 15.1% alucinógenos, el 14.6% drogas medicas sin prescripción, el 9.4% cocaína, el 7.3% metanfetaminas, el 2.6% crack, el 2.6% solventes inhalables y el 0.5% heroína. Ambos estudios, el aquí expuesto y el previamente mencionado ejecutado por Pavón comparten características poblacionales similares; son estudiantes de artes. Las características de consumo de poblaciones tan parecidas, difieren de forma relativa del siguiente modo. En cuanto a porcentaje de consumo. Tabaco: 69.3 (en la investigación en mención), 44.24 (en la investigación realizada). Alcohol: 87.5, 79.5. Cannabis: 51, 24.82. Alucinógenos: 15.1, 5.04. Cocaína: 9.4, 7.27.



(Alfaro Martinez & Pelaez Vilca, 2021), examinaron la correlación entre el consumo riesgoso de drogas y la presencia de ETD en estudiantes universitarios. Los autores encontraron que los esquemas precoces más predominantes eran el de abandono/inestabilidad y desconfianza/abuso, y las sustancias de consumo que presentaron prevalencia más significativa a nivel moderado y alto fueron la marihuana el tabaco, los sedantes y el alcohol. Además, hubo diferencias en los esquemas predominantes según el rango de edad y las características propias de género. Se encontró que el 83.9% de la muestra presentaba Un ETD por lo menos y se evidenció relación estadísticamente significativa entre ciertos esquemas y las variables de tipo demográficas y sociales de facultad de estudio, de edad, de género. Finalmente, concluyeron que el género masculino presentó una prevalencia ligeramente mayor respecto a la declaración de haber consumido al menos una sustancia alguna vez. A diferencia de este estudio, los esquemas predominantes hallados en el estudio son los de metas inalcanzables, autocontrol insuficiente y pesimismo negatividad, mas no los de abandono/inestabilidad y desconfianza/abusos hallados por Alfaro. Respecto a sustancias de consumo, ambas investigaciones coinciden en señalar como sustancias prevalentes al alcohol, tabaco y cannabis. El estudio aquí presentado tiene como cuarta sustancia de mayor consumo los inhalantes. Los resultados de Alfaro más bien indican a los sedantes como cuarta sustancia de consumo prevalente. En cuanto al consumo prevalente por género, los resultados de Alfaro resultan generales y engloban todas las sustancias en una categoría, concluyendo finalmente que existe un consumo prevalente de la población masculina, El estudio realizado aquí más bien distingue el consumo prevalente de cada sustancia según género. En lo referido al uso de sustancias, anfetaminas, tranquilizantes, alcohol, alucinógenos, tabacos opiáceos y otras sustancias, no existe diferencia significativa en cuanto consumo diferenciado por



género. En lo referente al uso de la sustancia Cannabis y cocaína, existe prevaecía de consumo por parte del género masculino. En cuanto al consumo de sustancias.

(Fernandez Villalobos, 2019), en la investigación que realizo indica que el 46% eran varones y el 54% eran mujeres. Los resultados demostraron la existencia de la correlación entre variables de los ETD de autosacrificio y vulnerabilidad, y las expectativas referidas al consumo de licor. Por otro lado, observó una correlación entre los esquemas de inhibición, vulnerabilidad, desconfianza y autosacrificio con la expectativa de deterioro cognitivo y estados negativos relacionados al consumo de alcohol. Villalobos considera los ETD de Vulnerabilidad, autosacrificio, inhibición y desconfianza como aquello de predominancia en la población, mientras que el estudio expuesto aquí, se consideran los esquemas de metas inalcanzables, autocontrol insuficiente y negativismo pesimismo como los más relevantes estadísticamente en la población. Villalobos relaciona los esquemas predominantes hallados con el consumo de alcohol, mientras la investigación aquí presente no relaciona el consumo de alcohol con tendencia a presentar ETD

(Aguirre Campos, 2017), en su investigación concluyó que todos los pacientes presentan los 18 esquemas a excepción de los que consumieron cocaína, mientras que en la investigación presente, no se encuentran excepciones de presencia DE EDT EN consumidores de cocaína Además, Aguirre encontró que predominan los esquemas de Búsqueda de aprobación, ,Vulnerabilidad, autocontrol y pesimismo, mientras que en el estudio aquí realizado los esquemas predominantes son los de Pesimismo, metas inalcanzables, y autocontrol insuficiente.

(Morveli Palomino, 2017), en su investigación indica que el conjunto de situaciones experimentadas en el contexto religioso evangélico en los años vitales iniciales genera influencia en el comportamiento después, orientado este a la desadaptación y



disfuncionalidad. Además, se identificaron dimensiones distintas de esquemas precoces, siendo predominante el rechazo y la desconexión, seguida de la de intulación/grandiosidad y la de auto sacrificio. Se concluye que existe una significancia en la correlación, estudiada en la población de feligreses pertenecientes a la iglesia evangélica, en Cusco, entre el desarrollo de esquemas desadaptativos precoces y la socialización religiosa. Mientras Morveli encuentra en su población de estudio, una comunidad religiosa, presencia predominante de esquemas de desconexión y rechazo, Autorización/grandiosidad, y autosacrificio, la investigación expuesta halló en su población de estudio, estudiantes de artes, esquemas mentales predominantes distintos: metas inalcanzables, autocontrol insuficiente y Negatividad pesimismo.

(Santos Palomino, 2020), en la investigación que realiza indica que el esquema desadaptativo que muestra predominancia es el de vulnerabilidad, Además, se encontraron diferencias según sexo, lugar de procedencia y entorno familiar en el que viven. y los esquemas mentales que presentan predominancia son el de vulnerabilidad y el de inestabilidad/abandono. Santos encuentra predominante el de vulnerabilidad y el de abandono/inestabilidad, mientras que el estudio presentado encuentra como esquemas predominantes metas inalcanzables, autocontrol insuficiente, negatividad pesimismo.

(Gabaldi & Delgado Candia, 2019), indica en el estudio que desarrolló, que el 37% de los estudiantes consumían alcohol y que la población de jóvenes católicos eran los que más consumían alcohol y otros productos como la marihuana y la cocaína con un 72% en comparación con otros grupos religiosos. Los consumidores de alcohol y otras drogas presentaron un promedio de 13.8 puntos en su rendimiento académico, en comparación con los que no consumían, que obtuvieron un promedio de 17 puntos. A diferencia del estudio expuesto por Gabaldi, los investigadores hallaron predominancia de consumo de alcohol en



un 80.72 %, de Marihuana en un 23.02% y de cocaína en un 5.04%, en contraposición de la población de estudio de Gabaldi, en el que existe una predominancia de 37% en consumo de alcohol, y 72% en cocaína y marihuana.

5.4 Implicaciones del estudio

Viendo en consideración los resultados encontrados, el departamento de bienestar universitario y de psicología debería planificar un descarte en salud mental, rasgos de personalidad y esquemas mentales tempranos desadaptativos en la comunidad estudiantil. Del mismo modo, la evaluación poblacional del consumo de sustancias y si este tiene un alcance de riesgo leve o moderado.



CONCLUSIONES

Primera: Se evidencia una relación existente entre los esquemas mentales precoces y el consumo de algún tipo de sustancia psicoactiva alguna vez a lo largo de la vida. Siendo que, el esquema desadaptativo metas inalcanzables, tiene asociación moderada con el consumo de cannabis, cocaína, alucinógenos y opiáceos. Así mismo, el esquema autocontrol insuficiente se asocia en poca medida con el consumo de licor, alucinógenos y opiáceos. También, el esquema Negatividad/pesimismo, se asocia en pequeña medida con el consumo de tabaco, tranquilizantes e inhalantes.

Segunda: Los ETD que se encuentran de forma predominante en la población en la cual se realizó la investigación, son el de metas inalcanzables, el autocontrol insuficiente y el esquema negatividad/pesimismo, presentando niveles altos en comparación al resto de esquemas respecto a la población de estudio.

Tercera: El consumo sustancias o de algún tipo de estas, en algún momento de la vida, que se presentó en la población, muestra el de opiáceos en 2.52%, de alucinógenos en 5.04%, de tranquilizantes en 19.78%, de inhalantes en 15.83%, de anfetaminas en 2.88%, de cocaína en 7.27%, de cannabis en 24.82%, de alcohol en 79.5%, de tabaco en 44.24%, y de 2.52% respecto a otras sustancias. El consumo con mayor significancia estadística es el de alcohol y tabaco.

Cuarta: Las sustancias que se consumieron en los últimos tres meses en la población muestra son de Opiáceos 1.80%, de Alucinógenos 1.80%, de Tranquilizantes 10.79%, de Inhalantes 11.87%, de Anfetaminas 2.16%, Cocaína 5.04%, de Cannabis 23.02%, de Bebidas Alcohólicas 80.94%, de Tabaco 37.77%, y de 0.72% respecto a otras sustancias. En cuanto al consumo en el transcurso del mes reciente, en la población se muestra: de Opiáceos 0%, de Alucinógenos 0%, de Tranquilizantes 1.80%, de Inhalantes 1.44%, de Anfetaminas 0%,



Cocaína 2.52%, de Cannabis 6.12%, de Bebidas Alcohólicas 21.58%, de Tabaco 8.63%, y de 0% respecto a otras sustancias. Siendo el consumo de licor, de tabaco y de cannabis los más relevantes.

Quinta: El esquema metas inalcanzables está relacionado con características de frecuencia de consumo de sustancia los 3 meses transcurridos últimos en el tiempo, en sustancias como el cannabis, la cocaína y los opiáceos, siendo correlaciones negativas pero muy pequeñas. Respecto al esquema autocontrol insuficiente, se observó relación con el consumo de inhalantes y tranquilizantes, siendo relaciones de tipo directa de nivel bajo. Finalmente, el esquema negatividad/pesimismo tiene relación con sustancias como el cannabis y la cocaína, siendo relaciones inversas, pero bastante bajas

Sexta: Existen diferencias entre la frecuencia de consumo de sustancias entre varones y mujeres los últimos 3 meses, evidenciándose que, las diferencias se dan en sustancias como cannabis, cocaína, e inhalantes; siendo los varones quienes presentan mayor consumo en cannabis y cocaína, pero el mayor consumo de inhalantes se da en la población femenina.



SUGERENCIAS

Primera: Se sugiere al director de la Comisión Organizadora de la Universidad diego Quispe Ttito, implementar un departamento de psicología dada la necesidad de toda institución (directivos, personal docente, administrativos y estudiantes), de contar psicólogos para desarrollar actividades con características inclusivas, abordaje en problemas personales, familiares y psicosociales además de temas de salud mental, soporte emocional y orientación psicopedagógica.

Segunda: Se sugiere a los directores universitarios implementar programas preventivos - promocionales que permita una intervención y apoyo psicopedagógico en bien de la población estudiantil por el evidente interés de los estudiantes en temas de salud mental que se mostró en el transcurso de la investigación.

Tercera: Se sugiere a la investigación mayor detalle en los resultados. Si bien, por temas de extensión y de objetivos investigativos, se han vinculado solo categorías principales de ambas variables, se sugiere explorar a profundidad cada una de ellas como exige un estudio correlacional. Nótese que la complejidad sugerida cobra correspondencia a un estudio de postgrado.

Cuarta: Se sugiere realizar el estudio añadiendo características comparativas de la población según la facultad y especialidad a la que pertenecen dentro la Universidad de Bellas Artes.

Quinta: Se sugiere realizar investigaciones de naturaleza longitudinal para ver el proceso de Consumo en el tiempo y la permanencia de características psicológicas durante el curso de estudio de la carrera profesional.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aguirre Campos, H. H. (2017). *Esquemas maladaptativos Tempranos en Pacientes Dependientes de Sustancias Psicoactivas Internados en un Centro de Rehabilitacion de Lima*. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Alfaro Martinez, J. E., & Pelaez Vilca, A. S. (2021). *Esquemas Precoces desadaptativos y consumo de riesgo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios*. Arequipa: Universidad catolica de Santa Maria.
- Becoña Iglesias, E. (2002). *Bases Cientificas de la Prevencion de las Drogodependencias*. Madrid: Imprenta Nacional del Boletin Oficial del Estado.
- Castro, A. L. (05 de Octubre de 2012). *Psicologia "Persona, Empresa y Sociedad*.
Obtenido de <http://psicologiamejoratuvida.blogspot.com/2012/10/esquemas-maladaptativos-tempranos.html>
- Cedro. (2018). El Problemas de las drogas en el Perú. *Cedro*, 205.
- Centroacciones. (Febrero de 2019). <https://centroaccion.es>. Obtenido de <https://centroaccion.es/drogas-influyen-creatividad/#:~:text=El%20consumo%20de%20drogas%20bloquea,a%20ideas%20nuevas%20y%20creativas>
- DEVIDA. (2019). *Programa Presupuestal de Prevencion y tratamiento del consumo de drogas 2019*. Lima: DEVIDA.
- Fernandez Villalobos, M. A. (2019). *Esquemas desadaptativos tempranos y expectativas hacia el consumo de alcohol en adolescentes de una institucion educativa estatal de chiclayo*. Pimentel - Chiclayo: Universidad Señor de Sipan.



- Gabaldi, E. d., & Delgado Candia, S. S. (26 de Diciembre de 2019). El consumo de productos psicoactivos y el rendimiento academico de los estudiantes de la Universidad Andina del Cusco año semestre 2019-I. *Revista Cientifica Integracion*. Obtenido de <https://revistas.uandina.edu.pe/index.php/integracion/article/view/210>
- INEI. (2020). *Trafico de Drogas*. Obtenido de Instituto nacional de estadistica e informatica: <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/drug-dealing/>
- Mininter.gob.pe. (2019). *Ministerio del interior gobierno del Perú*. Obtenido de Observatorio peruano de drogas: <https://www.mininter.gob.pe/portal/web/cod/observatorio-peruano-de-drogas>
- Montesinos Flores, N. C. (2018). *Relacion entre esquemas desadaptativos tempranos y rasgos patologicos de la personalidad en pacientes con trastorno por consumo de sustancias del centro de tratamiento de adicciones proyecto esperanza*. Cuenca: Universidad del Azuay.
- Morveli Palomino, A. R. (2017). *Socializacion religiosa y su relacion con la formacion de esquemas disfuncionales tempranos de los feligreses de la iglesia evangelica Peruana del cusco, 2017*. Puno: Universidad Nacional del Altiplano.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2021). *Informe Mundial sobre las Drogas 2021 de UNODC: Los efectos de la pandemia aumentan los riesgos de las drogas, mientras la juventud subestima los peligros del cannabis*. Vienna: UNODC.
- OMS. (2011). *La prueba de deteccion de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)*. Washington D.C.: Organizacion Panamericana de la Salud.
- Pavon Leon, P., Salas Garcia, B., De san jorge Cardenas, X., & Cruz Juarez, A. (2022). Factores asociados al consumo de drogas en estudiantes de artes. *Nova Scientia*, 29.



Psiquiatria, A. A. (2013). Manual Diagnostico y Estadistico de Trastornos Mentales DSM-

5. En A. A. Psiquiatria, *Manual Diagnostico y Estadistico de Trastornos Mentales DSM-5*. Panamericana S.A.

Saldarriaga Zambrano, P., Bravo Cedeño, G., & Loor Rivadeneira, M. (Julio de 2016). La

teoria constructivista de Jean Piaget y su significacion para la pedagogia contemporánea. *Dominio de las ciencias*, 137.

Santos Palomino, J. A. (2020). *Esquemas disfuncionales tempranos en adolescentes*

beneficiarios del programa de prevencion estrategica del delito PPED Cusco, 2020. Cusco: Universidad Andina del Cusco.

Venegas Garcia, D., & Jaider Fernandez, J. (2016). *Esquemas Maladaptativos Tempranos y*

Factores de Riesgo DE consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes de un Colegio de Bogota. Bogota: Fundacion universitaria Los Libertadores.

Young, J., & Klosko, J. (2012). *Reinventar tu vida*. Barcelona: Paidós Iberica S.A.


Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2015). *Terapia de Esquemas: Guia Practica*.

Bilbao: DESCLÉE DE BROUWER S.A.



APENDICE

A. Permiso para realizar las encuestas de trabajo de investigación.

**ESCUELA SUPERIOR AUTONOMA DE BELLAS ARTES "DIEGO QUISPE TITO DEL CUSCO"**
LEY N°24400 DE AUTONOMIA, LEY N°29292 DE GRADOS Y TITULOS

UNIVERSIDAD NACIONAL "DIEGO QUISPE TITO"
LEY N°30597 DE DENOMINACION, LEY N°30851 DE APLICACION, LEY N°30220 LEY UNIVERSITARIA

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Cusco, de 06 de Diciembre del 2022.

Carta N° 002.2022/UNDQT/VPA-DDA

Señores:
Bachilleres Edward Jardy CAMA RAMOS y
Juan José QUINTANA CASTRO,
ESTUDIANTES DE LA CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO..

Ciudad.-

Asunto : **PERMISO PARA REALIZAR ENCUESTAS
PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.**

Ref. : **MEMORÁNDUM N°1566-2022-UNDQT/
PCO-VPA.
EXPEDIENTE: N°3433-2022.**

De mi mayor consideración:


Es grato dirigirme a ustedes, para manifestarles que habiendo recepcionado ésta Dirección del Departamento Académico vuestro expediente de la referencia el mismo que solicitan Permiso para realizar trabajo de investigación titulado "ESQUEMAS DESADAPTATIVOS TEMPRANOS Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DIEGO QUISPE TITO DEL CUSCO, 2022", y teniendo conocimiento del documento emitido por la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de vuestra universidad.

Razón por la que este Despacho **contando con la autorización** emitida por la Vicepresidencia Académica de nuestra Casa Superior de Estudios, el mismo que da a conocer a fin de que se les **brinde las facilidades para que ustedes pueda aplicar el instrumento (encuesta) en los estudiantes de nuestra universidad** y de esta manera puedan desarrollar el trabajo de investigación en mención.

Sin otro en particular, hago propicia la ocasión para manifestarles mi estima personal.

Atentamente,

MLA/DDA
mjmdc/
Archv.

**UNIVERSIDAD NACIONAL
DIEGO QUISPE TITO**
Miguel Ángel Quispe Tito
DIRECTOR ACADÉMICO (e)

Sede Central: Calle Marques Nº 271 - Cusco - Perú - Telf: (084) 262062 - Fax: (084) 224432
Filial Trapecio Andino - Chacabuco: Calle Túpac Amaru s/n. Telf.: 776720 - Canchis - Cusco
Filial Valle Sagrado de los Incas - Calca: Jr. Ucayali s/n. Telf.: 202156 - Calca - Cusco



B. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es dirigida por Juan José Quintana Castro y Edward Jardy Cama Ramos, Bachilleres de la carrera de Psicología de la Universidad Andina del Cusco. El propósito de esta investigación es conocer los esquemas tempranos desadaptativos y el consumo de sustancias y realizar la relación que existe entre ellas. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder unas afirmaciones que se le presentará en 2 cuestionarios.

La participación de usted es completamente voluntaria e igualmente, puede retirarse de la misma en cualquier momento sin que eso lo perjudique de alguna forma.

Los resultados obtenidos en este estudio serán completamente confidenciales, esta investigación tiene un fin estrictamente académico y de investigación, es por ello la importancia que responda con la mayor sinceridad posible. Si tiene alguna duda en algunos enunciados, puede preguntar en cualquier momento.

Título de la Investigación

Esquemas Desadaptativos Tempranos y Consumo de Sustancias en estudiantes de una Universidad del Cusco. 2022.

Luego de haber sido informado(a):

- Confirmando que he leído y comprendido la información para participar en la investigación de Juan José Quintana Castro y Edward Jardy Cama Ramos.
- Entiendo que mi participación es voluntaria y que soy libre de retirarme en cualquier momento de la investigación.
- Entiendo que los datos que proporcionare durante el estudio serán confidenciales.
- Estoy de acuerdo en permitir que los datos recogidos se utilicen con fines académicos.

Nombre del Participante:

.....

Fecha:

Firma del Participante



C. Cuestionario de Young

CUESTIONARIO DE ESQUEMAS (YSQ-S3)
Young J.
[Adaptación Peruana]

Nombre: Sexo: (M)(F)
Estado Civil: Edad: 19..... Ciclo o Semestre en curso: IV.....

Instrucciones: A continuación, encontrará una lista de frases que una persona puede utilizar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida el grado de exactitud con que te describe durante el último año. Cuando no esté seguro, base su respuesta en lo que emocionalmente sienta, no en lo que piense que es verdad.

Algunas frases hacen referencia a las relaciones con sus padres o con sus parejas. Si alguna de las personas ha fallecido, por favor responda a esos ítems basándose en sus relaciones cuando estaban vivas. Si en la actualidad no tiene pareja, pero tuvo parejas en su pasado, por favor responda al ítem basándose en la relación de pareja más reciente y significativa.

Escoja la puntuación más elevada desde 1 a 6 que le describe y escriba el número en el espacio que se encuentra antes de la frase:

ESCALA DE PUNTUACIONES

1 = Totalmente falso	4 = En ocasiones verdadero
2 = La mayoría de veces falso	5 = La mayoría de veces verdadero
3 = Más verdadero que falso	6 = Me describe perfectamente

1	2	La mayor parte de mi vida, no he tenido a nadie que me cuide, con quién compartir o que se preocupe verdaderamente de las cosas que me ocurren.
2	6	Me siento aferrado a las personas a las que estoy muy unido porque tengo miedo de que me abandonen.
3	6	Presiento que la gente se aprovechará de mí.
4	1	No me aceptan en ningún lugar.
5	5	Ningún hombre/mujer que yo desee podría amarme cuando viese mis defectos.
6	6	Casi nada de lo que hago en el trabajo (o en la escuela) está tan bien hecho como lo que otras personas pueden hacer.
7	4	No me siento capaz de arreglármelas por mí mismo en las cosas de cada día.
8	6	No puedo escapar a la sensación de que algo malo va a ocurrir.
9	5	No he sido capaz de independizarme de mis padres, en la medida en que las otras personas de mi edad parecen haberlo hecho.
10	6	Pienso que, si hago lo que quiero, sólo me encontraré problemas.
11	5	Soy el que normalmente acabo cuidando de las personas cercanas a mí



1 = Totalmente falso	4 = En ocasiones verdadero
2 = La mayoría de veces falso	5 = La mayoría de veces verdadero
3 = Más verdadero que falso	6 = Me describe perfectamente

12	6	Soy demasiado tímido para expresar sentimientos positivos hacia los demás (p. ej., afecto, preocupación...).
13	4	Tengo que ser el mejor en la mayoría de las cosas que hago; no puedo aceptar ser el segundo mejor.
14	1	Me es muy difícil aceptar un "no" como respuesta cuando quiero algo de los demás.
15	6	Parece que no pueda disciplinarme para acabar tareas rutinarias o aburridas.
16	5	Tener dinero y conocer a personas importantes me hace sentir valioso.
17	6	Incluso cuando las cosas parecen ir bien, siento que es una cosa temporal.
18	4	Si cometo un error, merezco ser castigado.
19	2	En general, las personas no han estado a mi lado para darme cariño, apoyo y afecto.
20	4	Necesito tanto a los demás que me preocupa perderlos.
21	6	Siento que no puedo bajar la guardia cuando estoy con otras personas, si no ellos me harán daño intencionadamente.
22	1	Soy básicamente diferente de las otras personas.
23	6	Nadie que yo desee, querría estar cerca de mí si me conociese realmente.
24	4	Soy incompetente cuando se trata de rendir en cualquier tarea.
25	4	Me veo a mí mismo como una persona dependiente, en lo que se refiere al funcionamiento de cada día.
26	6	Siento que en cualquier momento podría ocurrir un desastre (natural, criminal, financiero o médico).
27	2	Mi padre y/o mi madre se involucran demasiado en mi vida y mis problemas, y yo en la suya.
28	6	Siento que no tengo otra opción que ceder ante los deseos de los demás, de lo contrario se vengarán de mí o me rechazarán de alguna manera.
29	2	Soy una buena persona porque pienso más en los demás que en mí mismo.
30	6	Me resulta embarazoso tener que expresar mis sentimientos a los demás.
31	5	Intento hacer las cosas lo mejor que puedo; no puedo aceptar un "bastante bien".
32	1	Soy especial y no tendría que aceptar muchas de las restricciones que se les imponen a las otras personas.



1 = Totalmente falso	4 = En ocasiones verdadero
2 = La mayoría de veces falso	5 = La mayoría de veces verdadero
3 = Más verdadero que falso	6 = Me describe perfectamente

33	6	Si no puedo alcanzar un objetivo, me siento fácilmente frustrado y renuncio a él.
34	4	Los elogios son más valiosos para mí, si los demás se dan cuenta.
35	6	Si algo bueno ocurre, me preocupo porque es probable que algo malo le siga.
36	3	Si no lo intento con toda mis fuerzas, supondría ser un perdedor.
37	6	Gran parte de mi vida, no me he sentido especial para nadie.
38	6	Me preocupa que las personas a las que me siento unido me dejen o me abandonen.
39	5	Es sólo una cuestión de tiempo el que alguien me traicione.
40	4	No me siento unido a nadie, soy un solitario.
41	2	No merezco el amor, la atención y el respeto de los demás.
42	3	La mayoría de las personas están más capacitadas que yo en temas de trabajo y de rendimiento.
43	4	No tengo sentido común.
44	5	Me preocupa que me puedan atacar.
45	2	Es muy difícil para mis padres (o para alguno de ellos) y para mí ocultarnos intimidades, sin sentirnos traicionados o culpables.
46	2	En las relaciones, dejo que la otra persona tome la iniciativa.
47	1	Estoy tan ocupado haciendo cosas por las personas que me importan, que me queda poco tiempo para mí mismo.
48	6	Me es difícil ser cálido y espontáneo.
49	4	Debo cumplir todas mis responsabilidades.
50	1	Odio que me limiten o que no se me deje hacer lo que yo quiero.
51	2	Lo paso mal cuando tengo que sacrificar gratificaciones inmediatas para conseguir un objetivo a largo plazo.
52	4	Si no recibo mucho cariño de los demás, me siento menos importantes.
53	5	No puedes tener tanto cuidado, casi siempre algo irá mal.
54	6	Si no hago un buen trabajo, sufriría las consecuencias.



1 = Totalmente falso	4 = En ocasiones verdadero
2 = La mayoría de veces falso	5 = La mayoría de veces verdadero
3 = Más verdadero que falso	6 = Me describe perfectamente

55	4	La mayor parte de mi vida, no he tenido a nadie que realmente me escuchase, me comprendiese o que conectase con mis verdaderas necesidades y sentimientos.
56	6	Cuando siento que alguien que me importa va a alejarse de mí o se aparta de mí, me desespero.
57	5	Soy bastante desconfiado respecto a los motivos de los demás.
58	4	Me siento alejado o aislado del resto de personas.
59	5	Siento que no soy simpático.
60	6	No tengo tantas aptitudes en el trabajo como la mayoría de las personas.
61	2	No se puede confiar en mi juicio en las situaciones cotidianas.
62	6	Me preocupa perder todo mi dinero y acabar en la miseria.
63	2	A menudo siento como si mis padres (o uno de ellos) estuviesen viviendo a través de mí; no tengo una vida propia.
64	1	Siempre dejo que los demás decidan por mí, de manera que no sé lo que verdaderamente quiero para mí mismo.
65	6	Siempre he sido el que escucha los problemas de los demás
66	5	Me controlo tanto que las personas piensan que no tengo emociones o que soy insensible.
67	6	Siento una presión constante para lograr y dar las cosas por acabadas.
68	2	Siento que no tendría por qué seguir las normas básicas ni los convencionalismos que los demás siguen.
69	2	No consigo obligarme a hacer aquellas cosas que no me divierten, incluso cuando sé que son para mi propio beneficio.
70	2	Si hago comentarios en una reunión o me presentan en situaciones sociales, es importante para mí obtener el reconocimiento y la admiración.
71	5	No importa lo duro que trabaje, me preocupa que me pueda arruinar y perderlo casi todo.
72	4	No importa si cometo un error. Cuando me equivoco, debo pagar las consecuencias.
73	6	Raramente he tenido a una persona fuerte o sabia que me diese un buen consejo o que me guiase cuando no estaba seguro de lo que hacer.
74	6	Algunas veces estoy tan preocupado por la posibilidad de que las personas me deje que les aparto de mí.



1 = Totalmente falso	4 = En ocasiones verdadero
2 = La mayoría de veces falso	5 = La mayoría de veces verdadero
3 = Más verdadero que falso	6 = Me describe perfectamente

75	6	Normalmente estoy al acecho de las intenciones ocultas de los demás.
76	4	Siempre me siento poco integrado en los grupos.
77	5	En mí hay demasiadas cosas básicas que son inaceptables, como para poder abrirme a los demás.
78	5	No tengo tanta inteligencia como la mayoría de las personas en lo que se refiere al trabajo (o los estudios).
79	6	No confío en mi habilidad para resolver los problemas que van surgiendo en el día a día.
80	6	Me preocupa estar empezando a sufrir una enfermedad grave, aunque ningún médico me ha diagnosticado nada importante.
81	4	A menudo siento que no tengo una identidad independiente de las de mis padres o pareja.
82	6	Tengo muchas dificultades para exigir que mis derechos sean respetados y que mis sentimientos sean tenidos en cuenta.
83	5	Las personas me ven como alguien que hace demasiadas cosas para los demás y no las suficientes para sí mismo.
84	1	La gente me ve como alguien emocionalmente rígido.
85	4	No me permito eludir fácilmente mis responsabilidades o buscar excusas para mis errores.
86	5	Siento que lo que tengo que ofrecer es de un mayor valor que lo que pueden aportar los demás.
87	3	Raramente he sido capaz de mantenerme firme en mis propósitos.
88	2	Muchos halagos y cumplidos me hacen sentir una persona valiosa.
89	6	Me preocupa que una decisión equivocada me puede llevar al desastre.
90	2	Soy una mala persona que merece ser castigada.



D. Cuestionario de Assist

OMS – ASSIST V3.0

Organización Mundial de la Salud (2011)

Se le realizará las siguientes preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas.

Algunas de las sustancias incluídas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por distintos motivos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

Pregunta 1

A lo largo de su vida, ¿Cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo para usos NO-MÉDICOS)	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	

e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, frankimazin/alprazolam/xanax, orfidal/torazepam, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>
j. Otros - especifique:	

Pregunta 2

¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>			
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>			
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>				
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>				
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>				
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>				



	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, trankimazin/alprazolam/xanas, orfidal/lorazepam, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>				
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>				
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>				
j. Otros – especifique:					

	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, trankimazin/alprazolam/xanas, orfidal/lorazepam, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>				
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>				
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>				
j. Otros – especifique:					

Pregunta 4

	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (droga o drogas de consumo) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?					
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>				
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>				
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>				
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>				
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>				
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>				

Pregunta 3

	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir?					
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>			
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>				
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>				
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>				
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>				
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>				



	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
B. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, trankimazin/alprazolam/xanas, orfidal/lorazepam, etc.)	X				
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	X				
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina, etc.)	X				
j. Otros – especifique:					

	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
B. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, trankimazin/alprazolam/xanas, orfidal/lorazepam, etc.)	X				
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	X				
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina, etc.)	X				
j. Otros – especifique:					

Pregunta 6

	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de droga(s)?					
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X				
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)		X			
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	X				
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	X				
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X				
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	X				

Pregunta 5

	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (droga(s))?					
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		X			
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	X				
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	X				
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	X				
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X				
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	X				



	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, trankimazin/alprazolam/xanas, orfidal/lorazepan, etc.)			
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)			
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina, etc.)			
j. Otros – especifique:			

Pregunta 7

	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir droga(s) y no lo ha logrado?			
a. Tabaco (cigarrillos, cigarrros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)			
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)			
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)			
d. d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)			
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)			
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)			
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, trankimazin/alprazolam/xanas, orfidal/lorazepan, etc.)			
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)			

	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina, etc.)			
j. Otros – especifique:			

Pregunta 8

	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (únicamente para usos no médicos)			



E. Evidencia fotográfica







