

Milton Rojas Valero



Consumo de drogas psicoactivas en un colectivo de púberes y adolescentes Pautas y tendencias



Psicólogo, psicoterapeuta, estudios de Maestría en Drogodependencias (Universidad Peruana Cayetano Heredia), Miembro Fundador y Encargado del programa "Lugar de Escucha" de CEDRO. Entrenamiento en "La Casa", Bogotá, Colombia; DAYTOP INC., New York., y "Villa Renata" en Lido, Venecia, Italia. Docencia en la Maestría Iberoamericana On-Line en Drogodependencias (OEA-CICAD/UNED), Profesor invitado: Pontificia Universidad Católica del Perú y Federico Villarreal. Ha publicado investigaciones, libros, artículos en revistas científicas del país y del extranjero. Ganador del Premio de Psicología, Área Salud, del Colegio de Psicólogos del Perú-1999. Primer Presidente de la Sociedad Peruana de Psicólogos en Conductas Adictivas.


El programa Lugar de Escucha-CEDRO brinda un servicio de consejo psicológico y médico psiquiátrico en casos de consumo de drogas. Desde hace 15 años viene atendiendo a través de cuatro modalidades:

1. Telefónico (dos líneas de emergencia),
2. Presencial (cara-cara),
3. On-Line (e-mail y chat) y
4. Consejería itinerante (en colegios de zonas de alto riesgo).

En la intervención presencial, las intervenciones están caracterizados por la inducción, consejo psicológico, sesiones motivacionales, evaluación psicológica, psiquiátrica y, en casos, derivación en función del perfil clínico y necesidades. El equipo transdisciplinar de Lugar de Escucha de CEDRO desarrolla sus acciones desde una perspectiva Humanista y Cognitivo.



NACIONES UNIDAS
Oficina contra la Droga y el Delito





Consumo de drogas psicoactivas
en un colectivo de
púberes y adolescentes

Pautas y tendencias

Milton Rojas Valero

2,005





Primera Edición : junio 2005
Tiraje : 1,000 ejemplares

ISBN:
9972-634-07-8

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2005-3969

Impreso en el Perú en la Imprenta Diseño Gráfico

Cuidado en la Edición: Ana Patricia Velasco S.



ÍNDICE

- AGRADECIMIENTOS	5
- PRESENTACIÓN	7
- PROLOGO	9
- EQUIPO TERAPÉUTICO	11
- INTRODUCCIÓN	15
- Antecedentes de investigaciones	17
· Aspectos epidemiológicos	
· Estudios psicosociales, culturales y clínicos en adolescentes	
· La marihuana: La sustancia psicoactiva ilegal más consumida por todos los grupos etéreos	
· Estudios sobre la dinámica relacional de los y las adolescentes en el grupo de iguales o del par	
· Estructura u contexto de los grupos	
- Metodología de la investigación	41
- Objetivo	
· Diseño	
· Participantes	
· Instrumentos	
· Procedimiento	
- Características de la Muestra	43
- Resultados	51
- Discusión	59
- Perfil del adolescente consumidor que acude al servicio “Lugar de Escucha” de CEDRO	77
- Conclusiones	79
- Sugerencias	81
- ANEXOS	83
- REFERENCIAS	91

AGRADECIMIENTOS

Al representante de la Oficina contra la Droga y el Delito (ONUDD) de las Naciones Unidas, señor Aldo Lale-Demoz, y a Isabel Palacios, Oficial Nacional de Programa Reducción de la Demanda de Naciones Unidas, por la confianza y el apoyo a la presente publicación

A Carmen Masías, Jaime Arias, Edwin Peñaherrera y Luis S. Espinoza por la revisión, sugerencias y bibliografía.

Al equipo terapéutico de “Lugar de Escucha” de CEDRO.

PRESENTACIÓN

La Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD) tiene la satisfacción de haber colaborado con CEDRO en la producción del presente estudio sobre “Consumo de drogas psicoactivas en un colectivo de púberes y adolescentes atendidos en el programa “Lugar de Escucha””.

Valoramos el programa “Lugar de Escucha” y otros servicios comunitarios que CEDRO y otras organizaciones no gubernamentales brindan al pueblo peruano, porque reflejan el firme compromiso que existe en el país de hacerle frente al problema de las drogas de manera más eficiente.

CEDRO es una institución de larga trayectoria que se destaca a nivel nacional e internacional. En el año 2004, CEDRO compitió exitosamente con sus pares de más de un centenar de países del mundo y recibió el Premio a las Organizaciones de la Sociedad Civil otorgado conjuntamente por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, el Gobierno de Austria y la Alcaldía de la Ciudad de Viena. Dicho premio pone de manifiesto que las organizaciones de la sociedad civil efectivamente juegan un papel inestimable en la lucha de los pueblos contra la droga y el delito.

Los estados reconocen que la salud de los jóvenes y de los adolescentes es un elemento crucial para el progreso de la humanidad y para el desarrollo sostenible. Por ello, el Perú y muchos países latinoamericanos han realizado estudios epidemiológicos sobre el uso indebido de drogas, en muchos casos con el apoyo de ONUDD. No cabe duda que tales instrumentos contribuyen sustancialmente a la definición de políticas para la reducción de la demanda de drogas.

Sin embargo, son muy pocos los estudios que han explorado los factores y las características psicológicas, sociales, culturales y familiares de los adolescentes que ya son dependientes de sustancias psicoactivas. Asimismo, aún existe poca precisión acerca de los factores que entran en juego en la iniciación del consumo de estas sustancias, de cuáles son las drogas de entrada, o sobre la edad del primer consumo, entre otros.

Ante esta necesidad, el equipo de “Lugar de Escucha” de CEDRO, liderado por Milton Rojas, ha llevado a cabo el presente estudio. Ellos han sistematizado y analizado la información de 502 casos clínicos que fueron atendidos. La importancia de este estudio radica en el hecho que aporta información cualitativa y significativa acerca de factores que intervienen en el adolescente para iniciar el consumo y vincularse de manera dependiente con las drogas.

Si bien los resultados del estudio no se pueden generalizar a toda la población adolescente, hay hallazgos importantes que contribuirán a la identificación de soluciones viables y a la formulación de mejores programas orientados a reducir la demanda de drogas.

El estudio muestra datos interesantes, como la disminución de la edad de inicio de consumo. Por ejemplo, hay púberes que se inician en el consumo de tabaco a los 9,3 años, de los inhalantes a los 10,9 años, y de la marihuana a los 11,6 años. Así mismo, el 32.5% de los menores comenzó su consumo por presión de sus compañeros y amigos, siendo la marihuana la droga de inicio para el 50.4% de estos adolescentes.

El hecho de haber encontrado que el inicio del consumo de drogas se produce a menor edad respecto a las edades registradas en estudios epidemiológicos cuantitativos y en otros estudios, sin duda, contribuirá a un diseño más eficiente programas preventivos.

Reafirmamos nuestra experiencia y convicción que los programas de reducción de la demanda han de estar basados en investigaciones continuas, tanto cuantitativas como cualitativas, que nos permitan conocer la índole, la magnitud y las tendencias de los problemas del consumo de drogas en el país. En tal sentido, consideramos que el presente estudio será un instrumento de trabajo importante para CEDRO y para el estado peruano.

Aldo Lale-Demoz
Representante de ONUDD en el Perú y Ecuador.

PROLOGO

Resulta alarmante que en el ámbito del uso indebido de sustancias psicoactivas las edades de inicio sean cada vez más tempranas. Ello nos lleva, como institución que tiene el quehacer preventivo, a explorar de manera cuantitativa y cualitativa, la situación de consumo de niños, púberes y adolescentes, así como estudiar los comportamientos y circunstancias de este sector poblacional joven.

A través de esta publicación podemos comprender mejor los perfiles clínicos y sociales de este grupo de consumidores.

“Lugar de Escucha”, programa de CEDRO con más de 15 años de existencia ha sido el canal más apropiado para llevar a cabo el estudio que este texto presenta: 502 participantes niños, púberes y jóvenes han sido atendidos y estudiados con total confidencialidad y respeto. Los resultados del estudio han de servir para mejorar y articular políticas y acciones preventivas de intervención temprana.

Asimismo el estudio sugiere la necesidad de afrontar de forma diferenciada el uso de sustancias, sin dejar de lado acciones generales que apuntan a reforzar hábitos y conductas saludables en este grupo etáreo.

Otra cuestión que deja ver el estudio es la necesidad de considerar el enfoque de género, como una variable que muy probablemente pueda incrementar los logros en el campo de la prevención.

Por todo lo expresado, los invito a leer con visión crítica y una actitud abierta este texto y a contribuir con sus hallazgos en la acción que realizan.

Alejandro Vassilaqui
Director Ejecutivo
CEDRO

EQUIPO TERAPÉUTICO:

Milton Rojas Valero. Psicólogo, psicoterapeuta, con estudios de Maestría en Drogodependencias (Universidad Peruana Cayetano Heredia), miembro fundador del programa de atención en casos de consumo de drogas “Lugar de Escucha” de CEDRO y actual encargado.

Patricia Giraldo Waagner.- Psicóloga, con estudios de Maestría en drogodependencias (Universidad Peruana Cayetano Heredia), psicoterapeuta, con especialización en evaluación y diagnóstico psicológico en el hospital Hermilio Valdizan e instituto IPSICOC

Luis Espinoza Paul.- Psicólogo, psicoterapeuta, con especialización en adicciones en el hospital Víctor Larco Herrera y en el instituto IPSICOC.

María Calvo Luna.- Psicóloga, psicoterapeuta, con especialización en evaluación y diagnóstico psicológico en el hospital Hermilio Valdizán.

Rosana Ñaupari Jara.- Médica psiquiatra, con estudios de maestría en drogodependencias (Universidad Peruana Federico Villarreal), especialización en adicciones y miembro del equipo terapéutico del pabellón 18 del Hospital Víctor Larco Herrera.

Alonso Vergara Tassara.- Psicólogo, diplomado en drogodependencias (DEVIDA/Colegio de Psicólogos).

INTERNOS DE PSICOLOGIA CLÍNICA

Vanesa Oviedo (Universidad Nacional Mayor de San Marcos)
Lorena Claux Freitas (Universidad Peruana Cayetano Heredia)
Jean Perry Garay (Universidad Femenino Sagrado Corazón)
Joshua González (Universidad Peruana Unión)

Consumo de drogas psicoactivas en un colectivo de púberes y adolescentes. Pautas y tendencias

RESUMEN

La presente investigación tiene por finalidad examinar un conjunto de características y datos de una muestra de 502 adolescentes consumidores y consumidoras de drogas psicoactivas, cuyas edades fluctúan entre 12 y 20 años, quienes fueron atendidos en el programa “Lugar de Escucha” de la institución CEDRO de Lima, Perú.

La presión del grupo de pares o amigos es un factor gravitante en la iniciación de drogas lícitas e ilícitas en la muestra estudiada. La marihuana es la droga de entrada en la mitad de la población y el 45% tuvo como motivo de consulta el consumo de la misma sustancia. Asimismo se registró que un 0,9% de los casos (5 sujetos) que admitieron haberse iniciado en las drogas a través del éxtasis. Las edades promedio del primer consumo para el tabaco y el alcohol fueron 9,3 y 10,2 años respectivamente. Finalmente, el 67,3% de los adolescentes proceden de familias nucleares, con 4 a 5 miembros, aspecto que sin duda se convierte en otro dato relevante

Consumption of drugs in adolescents. Patterns and tendency

SUMMARY

The present research has as purpose the study of characteristics and data of a sample group of 502 adolescents, users of drugs between 12 and 20 years old, which were attended in the Program “Lugar de Escucha” at CEDRO Institution in Lima, Peru.

The pressure on the adolescent by his/her group of friends is a very important aggravating factor in the initiation of legal or ilegal drugs use in the group studied. Marihuana is the initiation drug in half of the sample studied and 45% of the cases were for the consumption of it. Likewise, 0.9% of the registered cases (5) admitted to have initiated their consumption of drugs with ecstasy. The average ages of the first consumption for tobacco and alcohol were 9.3 and 10.2 years old respectively. Finally, 67.3% of the adolescents come from a nuclear family, with 4 to 5 members, aspect, that without doubt, becomes another important data.



INTRODUCCIÓN

El uso y abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes se puede entender, de manera más general, como una alternativa de afrontamiento (coping) a los problemas personales (Au y Donaldson, 2000), asumiendo también que se usan drogas, entre otras razones, para "responder" a las necesidades personales o para sentir la pertenencia a un grupo (Clerici, 1996).

Otras investigaciones (Bergmark y Andersson, 1999; Clerici, 1996; O'Donoghue y Rabin, 1999; Donovan y Rosengren, 1999; Perkinson, 1997; Washton, 1995, entre otros), han demostrado que, entre los adolescentes, las motivaciones más frecuentes para el uso de drogas psicoactivas son las siguientes: se "encuentran" consigo mismo fácilmente; constituye un medio rápido y sencillo de sentirse a gusto, permite que se sientan mejor aceptados en su círculo de relaciones entre pares; y percepción de tener la capacidad de auto controlar los sentimientos desagradables modificándolos o reduciendo la ansiedad y la depresión, así como aminorar las tensiones acarreadas por las presiones existenciales.

Para muchos adolescentes experimentar, a través del consumo de drogas psicoactivas, representa un rito obligado al atravesar por la adolescencia como fase de individualización. De hecho, se puede clasificar a la mayor parte de estos adolescentes en categorías como "experimentador" o "consumidor ocasional" (Beschner, 1985; Rojas V. 2000-B) o "consumidor intermitente".

En este sentido los adolescentes, frecuentemente influidos por sus pares o coetáneos, hacen uso de sustancias de manera ocasional y no siempre

desarrollan conducta adictiva (Rojas V. 2000-B).

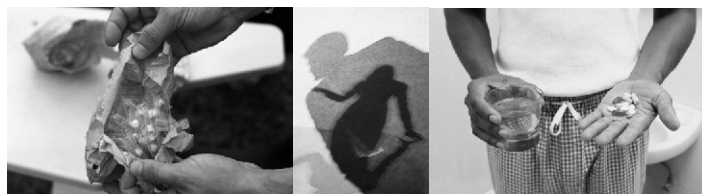
Sin embargo, para aquellos adolescentes que presentan personalidades más complejas, que pueden ir hasta la patología, el consumo de sustancias constituye, a menudo, la única alternativa válida para enfrentarse a los problemas personales como en el caso de los adultos.

En nuestro medio los programas de tratamiento tradicionales para los trastornos debidos al abuso y la dependencia a Sustancias Psicoactivas (en adelante SPAs) que en su mayoría están destinados a los adultos, consideramos que pueden ser ineficaces en el caso de los púberes y adolescentes.

Ahora bien, la presente investigación tiene por objetivo explorar y determinar características psicológicas, sociales, culturales y familiares en una población de adolescentes consumidores de drogas que acudieron al servicio de consejería “Lugar de Escucha” del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO).

El déficit notorio de investigaciones respecto al consumo de drogas en pre adolescentes y adolescentes fue el motivo central para desarrollar el presente trabajo. Del mismo modo, examinar cuáles son los factores que entran en juego en la iniciación del uso de sustancias, y; evaluar cuáles son las drogas de entrada y las edades del primer consumo. Igualmente los datos que indican edades de inicio en el consumo cada vez más tempranos, la incursión en el consumo de drogas nuevas y la necesidad del diseño de metodologías de intervención temprana justamente en esta población.

Por otro lado, se intenta examinar los mecanismos a través de los cuales los adolescentes acceden a recibir consulta y se intenta evaluar acerca de la motivación de cambio de conducta respecto al consumo de drogas psicoactivas.



ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES

Aspectos epidemiológicos

Considerando la literatura epidemiológica peruana contemporánea (**CONTRADROGAS, 1999; MINEDU Y PNUFID, 1999; CEDRO, Rojas A. y Castro de la Mata, 1998 y MINEDU-DEVIDA-ONUD-CEDRO, 2004**) y los conversatorios sobre abuso y dependencia de sustancias o drogas psicoactivas en púberes y adolescentes, se ha establecido que la edad de inicio del uso de drogas, generacionalmente tiene una diferencia notoria.

En la investigación del **MINISTERIO DE EDUCACIÓN-PNUFID (1999)** mientras los profesores de educación primaria manifiestan haberse iniciado en el consumo de alcohol entre los 16.83 y los 19.43, los niños de educación primaria tienen un promedio de edad de inicio en la misma sustancia, que se ubica en los 8.81 años de edad. Por tanto, se puede decir que existe una tendencia decreciente en la edad de inicio para los próximos años, lo cual es coincidente con los resultados de **CONTRADROGAS (1999)**.

Retrospectivamente, encontramos que el primer estudio epidemiológico de drogas en ámbitos escolares peruanos que ofrece una descripción detallada del procedimiento de muestreo de los colegios y los informantes, es el de **Huamán et al, (1983)**.

El número total de cuestionarios analizados en este estudio ascendió a 2,930 sujetos de ambos sexos. De estos, el 3% mencionó marihuana y el 1,3% PBC cuando se preguntó "tú has probado marihuana, pastel o cosas parecidas" y luego "en caso de que sí, qué cosas has consumido". Cocaína, terokal y otras sustancias fueron mencionadas por menos del 0,5% en conjunto. No se indagó sobre el alcohol o el tabaco.

En el contexto peruano lo más novedoso del estudio de **Huamán et al, (1983)**, es lo concerniente al sexo del escolar: sólo un 2,3% de las mujeres aparecieron

como iniciadas en el uso de drogas, en contraste con el 8,2% de los varones. Desde el punto de vista del total de iniciados de la muestra, el 73,3% eran varones y el 26,6% mujeres, siendo la diferencia más acentuada en el uso de la marihuana (aproximadamente 80-20%) que en el de la PBC (aproximadamente 60-40%).

Diferencias similares por sexo se han reportado respecto al uso de drogas ilegales como la marihuana en la población adolescente norteamericana (Gayle, 2000; Bolognini, 1996; CASA, 1999; Johnson, 1999; Johnson, O'Malley y Bachman, 1984) y aún drogas legales como el tabaco en la mexicana-americana (Padilla et al, 1987). Carbajal et al, 1980, por su parte, hallaron un patrón similar de resultados en la población general de Lima Metropolitana entre los 12 y 45 años de edad.

El segundo hallazgo importante del estudio de Huamán et al, (1983) se refiere al estrato socio-económico, que parece intercalar con el sexo. Mientras que en los colegios mixtos y de mujeres es el estrato medio el que aparece con las más altas prevalencias de vida, en los colegios de varones se observa una relación negativa entre estrato social y uso de drogas.

Los mismos autores ofrecieron datos sobre la edad actual de los iniciados en el uso de drogas de la que se desprende que los de PBC son más jóvenes que los de marihuana.

Con relación al poder adictivo diferencial de marihuana y PBC, los autores reportaron que, de un total de 41 escolares que aceptaban hacer uso frecuente de drogas, 71% se refería a la marihuana y sólo 17% a la PBC.

León et al, 1989, llevaron a cabo una investigación por encargo del Ministerio de Educación en 53 colegios del país. Los autores ofrecieron resultados de un análisis preliminar de datos, excluyendo los colegios particulares de provincias -que representan el 6,2% de la población escolar secundaria del país- a causa de un sesgo observado en el muestreo de estos colegios, atribuible a la pequeñez de los estratos involucrados.

Los colegios estatales de provincias, que representan el 36,6% del total nacional, tuvieron 19 colegios en la muestra con una población de 3,119 sujetos. Los estatales de Lima, que representan el 43,6%, tuvieron 22 colegios, comprendiendo 3,575 sujetos. Los particulares de Lima, que representan el 13,6%, tuvieron 7 colegios con 1,143 sujetos.

La edad promedio de los sujetos del primero al quinto año de secundaria era de 12.86; 13.87; 15.00; 15.84 y 16.90 años respectivamente, siendo los varones (14,84) significativamente más jóvenes que las mujeres (14,86), y los alumnos

de los colegios particulares de Lima (14,41) evidenciándose más juventud con relación a los de colegios estatales, sea de Lima (14,97) o de provincias (14,87).

El equipo del **Ministerio de Educación-PNUFID (1999)** desarrolló un estudio epidemiológico en el ámbito nacional en el que de modo simultáneo se analizó e interpretó la información procedente de cuatro grupos a saber: estudiantes de educación primaria de menores, profesores de educación primaria de menores, estudiantes de formación magisterial y profesores de los institutos de formación magisterial.

La prevalencia de uso, en estudiantes de educación primaria de menores, para todas las drogas fue de 12,6%. Para las sustancias socialmente aceptadas 12,1% y para las de origen ilegal 0,2%. La prevalencia de uso en estudiantes de centros de formación magisterial para todas las drogas fue de 81,0%, para las sustancias sociales 80,8% y para las de origen ilegal, 3,8%.

En cuanto a los factores de riesgo y de protección se determinó que la auto calificación de las notas escolares como excelentes y buenas, constituyen un factor de protección, puesto que el riesgo de prevalencia decrece en un 27% respecto a los alumnos que auto calificaron sus notas como regulares o malas.

Por otro lado, cuando el niño percibe que las relaciones con sus padres se desarrollan de manera fluida y en comunicación estrecha, esta situación se constituye en un factor de protección reduciendo la probabilidad de prevalencia de uso de drogas frente a los niños cuya relación con sus padres es limitada y conflictiva.

En este sentido, existe correlación entre la violencia verbal o física en el interior de la familia y la prevalencia de uso de drogas psicoactivas, dado que ésta es mayor en aquellos casos donde la violencia es más frecuente en la vida del estudiante.

Así, el estudio muestra que cerca del 15% de los niños tiene relaciones conflictivas con sus padres, constituyéndose en un factor de riesgo, mientras que el 85% mantienen relaciones buenas con sus progenitores, en cuyo caso es un factor de protección de uso de drogas.

Otro dato importante lo constituye el hecho que el 40% de los niños realizan actividades laborales para contribuir al sostenimiento de su hogar. Cerca del 40% de los niños de la muestra participan en grupos religiosos o deportivos durante su tiempo libre. El 20% de los niños viven sólo con uno de sus padres o sin ambos. La calidad de las relaciones con los padres se deteriora con la edad y el grado de estudios.

En tal sentido, el estudio demuestra que en el intervalo de 5 a 10 años las relaciones buenas con los padres llega al 80%, porcentaje que va decreciendo en los siguientes intervalos de edad hasta alcanzar un 42,3% en el intervalo de 15 a 17 años de edad, implicando un nivel razonable de vulnerabilidad frente a eventuales riesgos.

MINEDU-DEVIDA-ONNUD-CEDRO (2004) desarrollaron un estudio epidemiológico sobre el consumo de SPAs en 20 ciudades urbanas del Perú en colegios estatales (75,2%) y privados (24,8%). La población estudiada fue de 18,990 alumnos (varones, 49,2% y mujeres 49,7%). En los resultados se encontró que 6 de cada 10 escolares de educación secundaria de menores, aproximadamente, han consumido SPAs sociales (alcohol y tabaco) por lo menos una vez en su vida. Entre las drogas ilegales, la más consumida es la marihuana, seguida por los inhalantes, el clorhidrato de cocaína y la PBC. Por otro lado, la prevalencia de vida del consumo de SPAs sociales, es mayor en el nivel socioeconómico alto y medio que en el bajo. Se encontró que los varones tienen las prevalencias más altas en todas las SPAs. Los hombres que han consumido alguna vez en su vida marihuana, PBC o cocaína son, en promedio, tres veces más que las mujeres que declararon haber consumido las mismas sustancias. En el caso de los inhalantes, los hombres que reconocieron haberlo consumidos son el doble que las mujeres

Al relacionar la prevalencia de vida con la variable sexo, encontramos que los varones tienden a tener un mayor consumo de todas las SPAs estudiadas con respecto a las mujeres (Cuadro N° 1). La diferencia en el consumo de bebidas alcohólicas entre hombres y mujeres es de aproximadamente 10 puntos porcentuales y en el caso del tabaco, de 15 puntos porcentuales.

En lo que respecta a las SPAs ilegales, se observa que el consumo de marihuana, PBC y cocaína es tres veces mayor en los hombres que en las mujeres. En el caso de los inhalantes, los hombres que declararon haberlos consumido son poco

Cuadro N° 1

Prevalencia de vida del consumo de drogas en escolares de secundaria, según sexo

Tipo de droga	Sexo	
	Masculino	Femenino
DROGAS SOCIALES	%	%
Alcohol	58,6	48,5
Tabaco	60,8	44,6
DROGAS ILEGALES	%	%
Marihuana	9,3	3,0
PBC	5,3	1,6
Cocaína	5,8	1,9
Inhalantes	6,8	2,5

Fuente: Estudio epidemiológico sobre el consumo de drogas en la población escolar de secundaria de menores 2002. MINEDU-DEVIDA-ONNUD-CEDRO. 2004.

Cuadro N° 2
Edad de inicio del consumo de drogas en los estudiantes de secundaria

Tipo de droga	Edad promedio de inicio		
	Global	Masculino	Femenino
DROGAS SOCIALES			
Alcohol	13,1	12,9	13,2
Tabaco	12,9	12,9	13,0
DROGAS ILEGALES			
Marihuana	13,5	13,4	13,7
PBC	13,0	12,9	13,4
Cocaína	12,9	12,9	13,2
Inhalantes	12,7	12,9	13,0

Fuente: Estudio epidemiológico sobre el consumo de drogas en la población escolar de secundaria de menores 2002. MINEDU-DEVIDA-ONUDD-CEDRO. 2004.

El cuadro N° 2 presenta la edad promedio de inicio del consumo de todas las drogas en la población escolar de educación secundaria. De acuerdo con los datos, los inhalantes registran una edad más temprana de inicio en relación con las demás SPAs (12,7 años).

Le siguen las SPAs sociales como el tabaco y alcohol, cuya edad promedio se sitúa en los 13 años. También la PBC y la cocaína comienzan a ser usadas, en promedio, a la edad de 13 años; mientras que el inicio de consumo de la marihuana bordea los 14 años. Por otro lado, se puede apreciar que los varones tienden a iniciarse en el consumo de SPAs a una edad ligeramente más temprana que las mujeres.

Cuadro N° 3
Razones para usar drogas

RAZONES	%
Por curiosidad	35,2
Para superar sus problemas	20,7
Por debilidad / falta de personalidad	16,6
Por quedar bien con los amigos	10,1
Para sentirse mayor / sobresalir	5,6
Para evitar la soledad	4,2
Para buscar placer / sentirse bien	3,4
Para divertirse más en las fiestas	2,2
Para alucinar / tener sensaciones	1,5
Para estar activo / despierto	0,4
TOTAL	100,0

Fuente: Estudio epidemiológico sobre el consumo de drogas en la población escolar de secundaria de menores 2002. MINEDU-DEVIDA-ONUDD-CEDRO. 2004.

En el cuadro N° 3 se presentan las principales razones que atribuyeron los escolares para el inicio del consumo de SPAs. Éstas son: primero “por curiosidad” (35%), segundo “para superar problemas” (20,7%), tercero “por debilidad o falta de personalidad” (17%) y cuarto “para quedar bien con los amigos” 10%

Cuadro N° 4
Razones para NO usar drogas

RAZONES	%
Tiene la protección de sus familiares	24,1
Quiere triunfar / vivir bien / estar sana	23,2
Es fuerte / tiene personalidad	12,8
Tiene valores morales	9,4
No quiere hacerse daños / perderse	8,5
Siente temor a las consecuencias	7,9
No las necesita / no le lama la atención	6,9
Tiene información	4,2
Tiene la mente ocupada	1,6
Sus familiares o amigos no usan	1,5
TOTAL	100,0

Fuente: Estudio epidemiológico sobre el consumo de drogas en la población escolar de secundaria de menores 2002. MINEDU-DEVIDA-ONUDD-CEDRO. 2004.

En cuanto a las razones para NO consumir drogas, cuadro N° 4, presenta que dos fueron las que sobresalieron en las respuestas de los estudiantes: primero el “querer triunfar en la vida o desear estar sano” (23,2%), y segundo, el “tener protección de sus familiares” (24,1%). Otras razones relevantes fueron: “tener personalidad o ser fuerte” (12,8%), “tener valores morales” (9,4%), “no desear hacerse daño o perderse” (8,5%), “sentir temor a las consecuencias” (7,9%) y “no las necesita o no les lama la atención” (6,9%).

Con menor frecuencia aparecen otras razones como: “tiene información sobre drogas” (4,2%), “tiene la mente ocupada” (1,6%) y, por último, “sus familiares o amigos no usan drogas” (1,5%).

Estudios psico-sociales, culturales y clínicos en adolescentes

Perales et al, (1996) a través de la metodología de encuesta en hogares evaluaron la salud mental de una muestra de 200 adolescentes del distrito de Magdalena, seleccionada aleatoriamente.

Los resultados fueron analizados con relación a sexo y edad. Entre los hallazgos más relevantes destacan: la extensión del uso del alcohol a edades cada vez más tempranas; su abuso fue referido por el 7% asociándose con incapacidad de controlar la bebida en mujeres y accidentes en los menores de 12 - 14 años; el uso / abuso de sustancias ilegales no fue de la magnitud registrada para el alcohol.

Los adolescentes del distrito manifiestan altos niveles de distrés, diversas conductas violentas e inicio de actividad sexual a edades más tempranas. En muchos casos la familia constituía una fuente de tensión que se sumaba a otros estresores psicosociales. Estos datos coinciden con los obtenidos por **Rojas A. (1999)** y **Dembo et al, (2000)**.

Enfatizando la necesidad de realizar mayores estudios con detenimiento, los autores sugieren utilizar los resultados para diseñar programas de intervención por subgrupos etáreos y problemas específicos en una estrategia continua de investigación acción.

Chau (1998) a través de una investigación descriptivo-correlacional, intentó establecer asociaciones entre el consumo de bebidas alcohólicas, los motivos para beber y los estilos de afrontamiento.

La muestra del estudio estuvo conformada por alumnos de ambos sexos, con un rango de edades de 17 a 35 años, pertenecientes al primer año de estudios generales de una universidad privada de Lima. La población estuvo constituida por varones y mujeres en la misma proporción (50% en ambos casos), con una media de 18,7 años; el 86% nacidos en Lima.

En lo que se refiere a las conclusiones, se encontró que se tiende a beber una vez por semana y las experiencias de exceso eran mayores con la cerveza; entre los que consumen esta droga social, existe un 11% que se ubica como consumidores hombres en riesgo y un 3% en el caso de mujeres (criterios de **NIAA, 1997; citado por Chau, 1998**). Asimismo, las mujeres tendían a ser más abstemias en 30 días y tenían un consumo menos problemático respecto a los hombres, lo cual fue confirmado en el análisis de regresión.

Los bebedores intensos y problemáticos reportan indicadores de abuso. En cuanto a las motivaciones para beber, estos son de tipo social, y los problemas

que más se reportan son interpersonales. Los motivos de estimulación, afrontamiento y los de origen social se relacionan independientemente, con la cantidad de alcohol consumido y con la tipología del bebedor.

La tipología del bebedor y el género se vinculan en la relación de los estilos de afrontamiento y los problemas. Por otro lado, los motivos de conformidad consigo mismo y el género predicen la cantidad de alcohol consumida, y se relacionan de modo inverso con ésta. En forma directa, los motivos de estimulación, afrontamiento y sociales. En forma inversa, las escalas de enfocar y liberar emociones, y el acercamiento a la religión.

Finalmente, se determinó que los estilos de afrontamiento, estimulación y el género predicen los problemas con el alcohol y la tipología del bebedor.

Rojas A. (1999) por su parte, desarrolló una investigación respecto a los factores de riesgo y protección en adolescentes de Lima Metropolitana. Para el efecto, se trabajó con 60 sujetos de uno y otro sexo, comprendidos entre los 16 y 30 años de edad.

El tipo de estudio fue de casos-controles. Se obtuvo 30 pares: 30 adictos a drogas y 30 controles no adictos a drogas pero a los que se les hubiera ofrecido drogas ilegales y no hubieran aceptado consumirlas. Los casos y controles fueron emparejados tomando en cuenta el criterio de pertenecer al mismo sexo y grupo étnico.

Los resultados demuestran la relevancia del entorno familiar y la interacción con la madre, así como el recibir una información preventiva, como factores claves para la protección frente a un futuro uso de drogas ilegales. Inversamente, la susceptibilidad como móvil para el inicio en el consumo del alcohol, fue una baja autoestima, y bajas expectativas académicas. Ambos se perfilan como factores de riesgo al uso de dichas drogas.

Anaya et al. (2000) a través de análisis toxicológico en 13,301 alumnos de ambos sexos del quinto año de educación secundaria de 16 distritos de Lima, trataron de determinar los niveles de consumo de diversas sustancias psicoactivas, tales como la cocaína, marihuana, benzodiazepinas, barbitúricos y anfetaminas.

El hallazgo más significativo y preocupante representa la tasa elevada de adolescentes que arrojaron positivo en los respectivos análisis. Se concluye que el 10,7% de los varones (1,416 casos) y el 5,2% de las mujeres (695 casos) habían consumido cocaína.

Otro hallazgo es el referido al consumo de sustancias en el género femenino. En efecto, el 9,4% (1,245 mujeres) arrojaron positivo para el uso de las siguientes

drogas: cocaína, marihuana, benzodiazepinas, barbitúricos y anfetaminas. Ello sin duda es preocupante por varias razones. Una de ellas es la confirmación del consumo --no marginal-- de cocaína en mujeres adolescentes.

Un siguiente hallazgo es el referido a los adolescentes. El 17,4% de los varones (2,310 casos) arrojaron positivo en cuanto a consumo de alguna de las siguientes drogas: cocaína, marihuana, benzodiazepinas y barbitúricos.

Quedando claro que el consumo de cocaína, sea como clorhidrato o PBC, era la más consumida en esta población, seguida del fumado de la marihuana.

Uno de los aportes del equipo de CICOTOX está dado por el hecho de ser el primer estudio en escuelas donde se aplicó análisis toxicológico en orina; asimismo, por los hallazgos en este grupo etéreo.

En lo que respecta a la edad de inicio, los inhalantes son las sustancias que en promedio son probadas a una edad más temprana (12,7 años) por parte de los escolares

Arnao y Cabezudo (2001), a través de un estudio cualitativo en un grupo de 64 adolescentes mujeres entre 15 y 18 años de diversos estratos sociales (bajo, medio, medio-alto y alto), que asistían a distintas academias pre-universitarias del Cercado de Lima, los mismos que procedían de los distintos conos de Lima, buscaron interpretar los significados de riesgo sexual de las adolescentes que acudían a espacios de diversión dentro de un contexto donde había disponibilidad de bebidas alcohólicas y otras SPAs.

Algunos de los resultados fueron: el inicio del consumo de bebidas alcohólicas se da dentro del ámbito familiar; la primera embriaguez se da de forma no planificada, ésta ocurre en la etapa escolar; en este escenario es donde se dan los primeros ofrecimientos y disponibilidad de marihuana, encontrándose una actitud permisiva frente al uso de esta SPA. En contraposición con esta actitud, la PBC es vista como la SPA más deteriorante, lejana al uso y poco atractiva.

Finalmente, se encontró que el consumo de éxtasis se estaba diseminando hacia sectores C y D.

Rojas (2002), tomando como base el enfoque de riesgo de salud pública y la temática de la adolescencia asociada a comportamientos de riesgo, llevó a cabo una sistematización de hallazgos investigativos que determinaron factores de riesgo y protección.

El cuadro N° 5 nos presenta la sistematización de los factores de riesgo identificados en adolescentes, los mismos que han sido asociados a comportamientos riesgosos como el uso y abuso de SPAs, deserción escolar, fugas del hogar, violencia callejera, otras conductas adictivas, embarazo precoz, intento de suicidio, SIDA y otras ETS y accidentes de tránsito.

Cuadro N° 5
Factores de riesgo identificados en adolescentes

Factor de Riesgo	Vulnerabilidad para:							
	ABUSO DE DROGAS	Deserción escolar	Violencia callejera	Otras Conductas adictivas	Embarazo Precoz	Intento de suicidio	Sida y otras ETS	Accidentes Automovilísticos
Familia Disfuncional/en Crisis ¹	X	X	X	X	X			
Patrones (-) de Educación y Crianza	X	X	X	X	X		X	
Abuso de drogas en la familia	X			X		X		
Actitud hacia la familia	X				X			
Vulnerabilidad Biológica	X							
Cogniciones/Rasgos Personalidad	X				X	X		
Buscador de Sensaciones ²	X	X						X
Actitud (+) hacia las drogas	X							X
Valoración (+) de las Drogas	X	X				X		X
Rasgos de la conducta Antisocial	X		X					
Abuso de Alcohol	X		X			X		X
Varón ³	X	X	X	X			X	X
Edad: 16-19 años	X				X			
Rendimiento Escolar	X	X		X				
Relación Grupo Pertenencia/pares	X	X	X	X				

Fuente: Rojas, M. 2002. Factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. CEDRO

En lo que se refiere a riesgo y familia en el mismo cuadro N° 5, se observa que factores como los patrones negativos de educación y crianza, actitud negativa hacia la familia, dentro de un sistema familiar en crisis o, con un escenario en proceso en disfunción, así como la alta sensibilidad o vulnerabilidad biológica condicionada por el abuso o la dependencia de alcohol u otras SPAs en la familia, forman parte de la telaraña causal de factores de riesgos asociados al consumo de SPAs en adolescentes.

En cuanto a los factores intra-personales más importantes se establecieron que los rasgos de la personalidad y el esquema cognitivo (el “buscador de sensaciones” y de la novedad), así como aquéllos con rasgos de comportamiento antisocial o sociopático, son variables fuertemente relacionados con el uso y abuso de SPAs y otras conductas riesgosas.

Respecto a riesgo y factores inter-personales, los siguientes factores están fuertemente asociados al consumo de SPAs: la deserción escolar, la violencia callejera, el grupo de pares, y la actitud y valoración de la droga.

Los factores de protección identificados que se presentan en el cuadro N° 6, nos permite ver que es el sistema familiar donde se ha explorado lo referido a protección y consumo de SPAs.

Así, en el cuadro N° 6 destacan nueve factores protectores establecidos para el consumo de SPAs: fluidez de la comunicación y diálogo horizontal abierto, delimitación de reglas y límites, pautas de educación congruentes, la buena integración familiar, las expresiones de afecto cotidiano, la buena percepción del padre, ausencia de antecedentes de drogodependencias en la familia, no abuso de bebidas alcohólicas en la familia, así como ausencia de consumo de drogas ilegales.

Por otro lado, se estableció algunos factores protectores en la estructura de la personalidad del adolescente. Entre otros: los aspectos cognitivos y rasgos de la personalidad. En este sentido, se desataca la autonomía, la asertividad, los estilos de afrontamiento, niveles adecuados y estables de autoeficacia, autoconcepto y autoestima.

Pasando a otro nivel de análisis, el adecuado uso del tiempo libre a través de la práctica sistemática o cotidiana del deporte como un estilo de vida, pareciera que es un potente factor protector, así como la pertenencia a grupos no necesariamente religiosos, sino más bien donde compartan objetivos y metas en común.

Cuadro N° 6
Factores protectores identificados en adolescentes

Factor de Riesgo	Reduce o atenúa el riesgo de				
	ABUSO DE DROGAS	Deserción escolar	Fugas del Hogar	Violencia callejera	Otras Conductas adictivas
Comunicación Diálogo abierto/claro ¹	X	X	X	X	X
Familia: Límites y Reglas Delimitados ¹	X	X	X	X	X
Pautas de Educación congruente ¹	X	X	X	X	X
Buena Integración en la familia ¹	X	X	X	X	X
Expresiones de Afecto como Costumbre ¹	X	X	X	X	
No Abuso de Alcohol en la familia ¹	X	X			
No antecedentes de Adicción en la familia	X				X
No abuso de drogas en la familia		X	X	X	X
La Buena Percepción del Padre		X	X	X	X
Cogniciones/Rasgos Personalidad	X	X	X	X	X
Autoestima/Autoconcepto/Autoeficacia	X	X	X	X	X
Asertivo	X	X		X	X
Sentir Rechazo por las Drogas	X		X		X
Mujer	X	X			X
Espiritualidad/Religiosidad	X	X		X	X
Adecuado Rendimiento Escolar	X	X			
Práctica Frecuente de Deporte	X	X		X	X
Estudiar, Leer, Act. Culturales	X	X			
Pocos Amigos, pero Buenos	X	X	X		X

Fuente: Rojas, M. 2002. Factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. CEDRO

En este mismo contexto factores de riesgo y protectores en jóvenes (**Claux (2005)**), intenta establecer correlaciones entre algunos indicadores y un análisis de regresión entre los comportamientos de riesgo (sexual, consumo de SPAs y violencia) y los factores psicosociales presentes en el entorno de los jóvenes de la selva del Perú, donde se llevan a cabo programas de desarrollo alternativo al cultivo de la hoja de coca, según género.

Los resultados indican diferencias sistemáticas de género. Los factores de riesgo identificados fueron: la edad, solo en el caso del comportamiento sexual tanto para varones como para mujeres; el consumo de bebidas alcohólicas fuera de la familia, en todos los comportamientos de riesgo para las mujeres y sólo en el comportamiento sexual y de consumo de SPAs en los varones; el consumo de alcohol dentro de la familia, en todos los riesgos pero sólo en los varones; individualismo, sólo para los varones en los comportamientos de sexualidad y de consumo de SPAs; depresión ansiedad para el riesgo de violencia y de consumo de SPAs tanto en varones como en mujeres.

En lo que se refiere a los factores de protección identificados fueron el apoyo de los profesores y de la comunidad con todos los comportamientos de riesgo, sólo en las mujeres; y el apoyo de la familia en el comportamiento de riesgo del consumo de SPAs y de violencia, sólo para los varones. Estos resultados, tanto en riesgo como en protección, guardan relación con los obtenidos por **Rojas (1999) y Rojas (2002)**.

León et al, 2005, sobre la base del análisis de 1,721 cuestionarios aplicados a estudiantes de educación secundaria de cinco cuencas amazónicas (Apurímac-Ene, Leoncio Prado, Aguaytía, Alto Huallaga-Tocache, Huallaga Central), elaboraron indicadores y descripción de comportamientos de riesgo y factores de protección. Se obtuvieron líneas base para indicadores que resultaron ser altamente confiables respecto a 6 tipos de comportamiento de riesgo y siete recursos psico-sociales.

Las principales conclusiones fueron: en la primera hipótesis se desarrollaron 6 indicadores, con una confiabilidad alta, para medir los comportamientos de riesgo, los cuales comprendieron los siguientes riesgos: Embarazo, contagio de infecciones de transmisión sexual, consumo de alcohol, uso de drogas ilegales, ejercicio y padecimiento de violencia.

También se desarrollaron medidas de los contextos riesgosos explorando el consumo de bebidas alcohólicas y la vivencia de violencia dentro y fuera de la familia y los ámbitos de uso de drogas ilegales.

Se desarrollaron siete indicadores para medir los recursos psicosociales: Orientación valorativa del individualismo, colectivismo, depresión, ansiedad, autoconcepto, percepción de apoyo familiar, percepción de apoyo de los amigos, percepción de apoyo de los maestros y percepción de apoyo de la comunidad.

La investigación psicosocial y cultural en adolescentes consumidores de SPAs en el ámbito internacional

Desde la perspectiva latinoamericana, existe poco material bibliográfico y reportes de investigación. En este contexto, los Centros de Integración Juvenil (CIJ) (2000), en México, a través de un estudio epidemiológico de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento, comunican que de la población atendida entre octubre a diciembre de 1999, el 32,3% tenía entre 15 y 19 años y el 23,2% entre 20 y 24 años.

Se trata de una población mayoritaria adolescente-joven; en lo que se refiere a sexo la proporción fue de 8,4 a 1 (89,3%, varones; 10,7%, mujeres). Llama la atención que el 19,4% refirió ser estudiantes, de ellos el 49,8% corresponde a la categoría de estudiantes de educación secundaria. Más del 83% refirió haber iniciado el consumo de drogas entre los 10 y los 19 años; habiendo sido la marihuana la droga de inicio en el 44,7%. La cocaína es la droga de mayor consumo en la población estudiada.

En Colombia, Clerici (1996), en la comunidad terapéutica “San Gregorio” para adolescentes perteneciente a la congregación de los Padres Terciarios Capuchinos, se desarrolló una investigación y evaluación del programa. En ello, se trabajó con 251 adolescentes, que representan el subgrupo de usuarios a los que fue posible contactar, entre todos aquéllos que constaban en los archivos de la comunidad y cuyo ingreso al centro fue entre agosto de 1988 (fecha de apertura del mismo) y julio de 1993 lo que constituyen cerca del 47% de la muestra. La muestra se dividió en dos sub grupos de 110 menores entrevistados (grupo A) y otro grupo compuesto por 141 adolescentes (grupo B) entrevistados indirectamente a través de sus familiares, personas que convivían con ellos / as, etc. Los 251 menores interrogados habían finalizado el programa terapéutico entre 6 y 15 meses.

Por razones de comparación, nos apoyaremos en los datos del grupo A. Así, la edad media de esta muestra fue 18,3; la mayoría de los jóvenes viven con su familia (86,5%) y posee un nivel de instrucción bajo (66%), compatible al de primaria en nuestro medio. La franja más importante no tiene empleo estable (38,2%). En lo que se refiere a los antecedentes penales, se determinó que más de la mitad ha sido condenada a reclusión (57%); la droga más consumida fue el bazuco o cocaína (63,3%), seguida de los inhalantes y la marihuana en porcentajes muy bajos; así mismo, la mayor parte de los adolescentes declara hacer un uso adictivo de las drogas (66,9%). De manera general, estos adolescentes empezaban a consumir drogas durante la primera fase de la adolescencia (80% de los interrogados), el poli consumo o poli drogadicción está ampliamente difundido en la muestra, puesto que el 71,3% de los adolescentes suma al consumo de bazuco, el alcohol, los inhalantes y la marihuana. Otro

aspecto interesante es que prevalecen dos maneras de iniciar el tratamiento: la primera es espontánea o fomentada por la familia (39%) y la segunda es forzada (32%), mediante las comisarías y los jueces.

En España, **Rivas et al, 2000**, evaluaron la prevalencia de consumo de distintas drogas en 1,570 adolescentes de ambos sexos (54,4%, varones y 45,6%, mujeres), con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años, de la Comunidad de Madrid.

Los resultados mostraron que la marihuana era la sustancia más consumida por los jóvenes ofreciendo una prevalencia de consumo muy superior a la obtenida por el resto de las sustancias.

El consumo de la marihuana mantiene una relación directa con la edad, siendo el grupo de jóvenes de entre 16 y 18 años, el de mayor riesgo en comparación con el de menor edad.

En Costa Rica, **Solano y Rojas (2000)**, analizaron el uso y abuso de drogas, así como factores protectores y de riesgo en niños escolarizados entre los 9 y los 14 años de edad en el ámbito nacional. Se obtuvieron datos de tres escuelas primarias urbano-marginales de la provincia de Heredia. Un total de 386 estudiantes fueron examinados mediante un cuestionario auto administrado.

Se detectó una edad de inicio de consumo más temprana en comparación con la población nacional, especialmente para el alcohol. El alcoholismo y el abuso de otras drogas son considerados como los principales problemas de la comunidad y se reportó un consumo excesivo de alcohol en el grupo familiar, especialmente por parte del padre, lo que podría influir en la imitación de patrones de comportamiento y consumo del niño.

Otro factor de importancia es el hecho que un 36% de los niños provienen de familias uni parentales, de los cuales el 40% de las madres son tomadoras excesivas de alcohol. Por otro lado, existe una significativa correlación entre la oferta y el consumo de drogas en los niños que reportaron haber consumido alguna vez en su vida, en donde en un 60% le ha sido ofrecida la sustancia en un contexto hogareño. La religión y la información sobre los efectos de la droga representan un papel de protección importante.

En Francia, **Ledoux et al, 2000**, trataron de establecer un repertorio de estudios longitudinales sobre el consumo de sustancias psicoactivas entre los adolescentes. En efecto, se llegaron a identificar 69 estudios, la mayoría de ellos realizados entre la población escolar. Los patrones de consumo, instrumentos y factores de riesgo analizados varían enormemente de un estudio a otro.

Los resultados confirman la naturaleza predictiva de factores como la calidad de las relaciones interpersonales, la personalidad, los antecedentes de problemas psicopatológicos, el abuso de alcohol y otras drogas en los padres y/o de compañeros en la utilización de drogas.

Sin embargo, los modelos multifactoriales utilizados muestran que el impacto de esos factores varía ligeramente, dependiendo de las drogas tomadas en consideración y del momento exacto del proceso de consumo (iniciación, consumo habitual, abuso).

Muñoz-Rivas et al, 2002, intentaron determinar la influencia diferencial de la conducta antisocial en el consumo de drogas ilegales (marihuana, derivados morfínicos, estimulantes, drogas sintéticas y cocaína) utilizando una muestra de 1,570 adolescentes de la Comunidad de Madrid a través de la “Escala de Conducta Antisocial” (Allsopp y Feldman, 1976) así como de un cuestionario elaborado expresamente que estimó el consumo de las distintas sustancias de comercio ilegal.

Los resultados obtenidos señalan una estrecha relación entre un mayor y más frecuente uso de estas sustancias y una mayor presencia de conductas contra las normas. A diferencia de los varones, las mujeres que exhiben un comportamiento más antisocial realizan un consumo de estimulantes y drogas sintéticas significativamente superior que aquellas en las que este tipo de conductas es menos frecuente.

Fernández et al, 2003, analizaron la situación del consumo de drogas sintéticas entre la población juvenil del Principado de Asturias, así como identificar las variables relacionadas con el uso de estas sustancias.

La muestra estuvo constituida por 1,507 estudiantes de educación secundaria de esta comunidad. Los resultados señalan que el 8% de los jóvenes encuestados había consumido drogas de diseño alguna vez, el 7% había consumido a lo largo del último año y el 4,7% en los últimos 30 días. La prevalencia aumenta con la edad y los hombres consumen más que las mujeres. Las variables relacionadas con el consumo son, entre otras, pobre rendimiento académico, actitudes tolerantes hacia las drogas, vivir solo con uno de los padres, tener mala relación con la familia y consumo de drogas de los amigos y la familia.

Estos resultados indican un crecimiento importante del consumo de estas sustancias en Asturias y apuntan la necesidad de la puesta en marcha de estrategias que frenen el incremento entre la población juvenil.



La marihuana: la sustancia ilegal más consumida por todos los grupos étnicos

En nuestro medio la marihuana y sus nuevas variedades, es la SPA ilegal más consumida y más aceptada por la población adolescente y joven. Sin embargo, hay escasa información respecto a cómo se está conduciendo este proceso, cuáles son las características psicosociales y culturales del uso y abuso de la marihuana. Los únicos datos al respecto son los de índole epidemiológica.

Al respecto, el aporte de **Gamella y Jiménez (2003)** en España, es valioso. Estos investigadores a través de un estudio intencional en 204 usuarios experimentados de marihuana, cuyas edades fluctuaban entre 16 y 50 años, siendo el 43% mujeres, trabajaron con una muestra que fue seleccionada mediante métodos de referencia en cadena que se trató de aleatorizar. Así, evaluaron el inicio en el consumo de marihuana, formas y contextos de uso, trayectorias de consumo y procesos de intensificación, problemas y riesgos de dependencia, tipos de uso y usuarios, motivos para consumir y efectos del consumo. Las principales características y resultados del estudio fueron:

- Parece estar produciéndose una convergencia entre los géneros en el acceso y consumo de la THC, lo que puede estar indicando su creciente aceptación en términos de consumo.

- La marihuana, hoy, es la SPA ilegal más popular en Occidente y, seguramente, en todo el mundo
- En lo que se refiere al inicio, el promedio de edad fue de 16 años, dentro de un rango de 14 a 18 años donde se ubicaba el 80%.
- Gran dependencia del contexto social en los primeros años de consumo. Los varones y mujeres suelen fumar en compañía de sus amigos y amigas y, si compran, lo hacen con ellos.
- En generaciones más jóvenes se está produciendo importantes cambios: Cada vez, las chicas se inician a la par que los chicos de su edad.
- Los datos parecen indicar que a mayor precocidad en el inicio, mayor posibilidad de continuidad y habituación en el consumo de marihuana.
- El inicio en el consumo de marihuana es casi siempre un fenómeno social e incluso de grupo, donde la presencia de otros es un factor decisivo para la obtención, preparación y fumado de la SPA. También es esencial la presencia de los demás para la interpretación de los efectos que produce la droga, su modulación y significación positiva.
- La pareja afectiva y sexual es también importante en el consumo. Así, el 18% de los usuarios experimentales consume siempre con su pareja.
- El consumo está asociado a eventos de celebración y contextos de diversión.
- Según aumenta la edad, se consume en solitario.
- En cuanto a problemas, daños y riesgos que puede provocar el consumo prolongado de la marihuana, los autores apreciaban tres tipos de problemas, daños y riesgos, que deberían ser contemplados por las políticas públicas:
 1. Los casos de vulnerabilidad especial, sobre todo psíquica, en los que la marihuana puede tener efectos peligrosos incluso en frecuencias o dosis no muy superiores a la media; estos casos existen y no debe despreciarse su importancia.
 2. Los accidentes, derivados de la asociación del consumo con conductas que impliquen riesgo específico, como manejar autos y el uso de herramientas o instrumentos peligrosos, las relaciones sexuales arriesgadas, los enfrentamientos individuales y grupales, etc.

3. Los daños a mediano o largo plazo derivados del consumo y que serán difíciles de separar de otros consumos e influencias. De estos daños, los más constatables y claros serán seguramente los daños orgánicos, sobre todo para el sistema respiratorio, y es probable que sea desde esta perspectiva desde la que cambie la visión de la marihuana como está ocurriendo con el tabaco.

En los tres supuestos, los problemas serán más graves en los poli consumidores.

En el caso del consumo de la marihuana, nos enfrentamos a otro tipo de trayectorias y a otro perfil de problemas y de personas afectadas de los que han provocado las políticas públicas “contra la droga” o la drogadicción que siguen situando a la marihuana más al lado de la cocaína, el éxtasis y la heroína que del lado del alcohol y el tabaco.

Gamella y Jiménez, también manifiestan que los consumidores de marihuana manifiestan nuevas demandas de asistencia clínica que derivan del consumo de marihuana y se parecen más a las que provoca el tabaco en cuanto a los problemas fisiológicos y a las que provoca el alcohol en lo psicológico, con un amplio espectro de especificidad que no comparte con ninguna otra SPA.



Estudios sobre la dinámica relacional de los y las adolescentes en el grupo de iguales o del par

“Más vale MAL acompañado que solo”

A pesar de que la pertenencia a grupos, y la adherencia a múltiples tipos de grupos con distintas características, es algo circunstancial a cualquier ser humano, a ningún grupo se les atribuye de forma intuitiva la pertenencia a “un grupo” con tanta fuerza e inmediatez como a los adolescentes de cualquier generación.

Esta asociación inmediata, que en la mayoría de las ocasiones se entiende como condición indispensable del “ser adolescente”, se realiza habitualmente mediante la interpretación del concepto grupo desde la perspectiva de uno de sus componentes fundamentales: las relaciones afectivas que operan entre los miembros. Así, tomando como característica fundamental del “grupo” las relaciones interpersonales (frente a la funcionalidad instrumental para desarrollar tareas o conseguir objetivos, por ejemplo), desde el imaginario social, el grupo por excelencia sería el “grupo de amigos”, y ningún otro grupo como el de los adolescentes resultaría más emblemático en el subrayado de todo lo que se trate de amigos.

En este rubro de investigación, dinámica relacional para los tiempos de trabajo y de ocio en jóvenes, **Rodríguez, Megías y Sánchez (2002)** en España, llevaron

a cabo un estudio utilizando técnicas cualitativas de análisis. Se trató de conocer los significantes y significados de las relaciones grupales de los jóvenes, tal y como ellos mismos los plantean en discusiones abiertas

Los objetivos del estudio fueron: analizar las diferencias en los grupos de pertenencia, en base a la disociación del tiempo de diario y el fin de semana, conocer y valorar las características de los distintos tipos de grupo en función de: actividades, referentes de liderazgo, contextos de relación, expectativas hacia el grupo y desarrollo de la afectividad. Las principales conclusiones fueron:

1. En muchas ocasiones predomina el concepto “más vale mal acompañado que solo”.
2. Los adolescentes piensan que “estar solo” es una rareza difícilmente comprensible, casi una patología, opuesta por principio a uno de los valores más arraigados socialmente, que es “estar relacionado y ser popular”. No solo es necesario relacionarse con otras personas para sentirse afectivamente cubierto o arropado sino que es, sobre todo útil.
3. Además de esa constatación de un discurso común para el conjunto de la sociedad actual, que los jóvenes comparten como miembros de la misma cultura, tener amigos “buenos amigos de verdad”, es un deseo ferviente que justifica la experimentación continua y la búsqueda a través de tantas relaciones como sea necesario: cuanto más personas conozcas, cuanto más relaciones tengas, más posible será encontrar a aquéllos que podrán ser “tus amigos para todo la vida”.
4. Sobre esos dos pilares, el del utilitarismo instrumental y el de la afectividad íntima, se asientan una buena parte de las expectativas de las relaciones grupales e interpersonales de los adolescentes y jóvenes que, en función de los contextos, van moldeándose de formas diferentes.
5. Lógicamente, y cuanto más nos adentremos en el espacio de la intimidad, las generaciones no deben interpretarse como líneas o pinceladas comunes del hilo discursivo de los adolescentes, que en ningún caso pueden explicar en su totalidad todo el crisol de experiencias y necesidades particulares de esa inmensa heterogeneidad que se oculta bajo el paraguas del término “adolescentes”.
6. Los distintos tipos de relaciones que pueden darse entre los miembros es una de las principales referencias de los tipos de grupos en los que una persona se mueve. ¿Y cómo son esas relaciones? Fundamentalmente de dos tipos ideales y extremos: “amigos o conocidos”. Como tipos ideales y

teóricos se conciben por oposición, es decir, sabiendo cómo deben ser las relaciones de amistad verdadera se pueden destacar todas aquellas que no cumplan alguno de los requisitos o condiciones siguientes:

- a). **Confianza.**- La confianza se otorga a los amigos y se espera de ellos que responden de la misma manera. No es, por tanto, unilateral. No se otorga a todos los miembros del grupo, e incluso, según personas, se puede confiar un tipo de cosas y no otras. Para que sea posible confiar los problemas (son sobre todas las cosas malas las que cuesta compartir con lo no-amigos) es necesario que la otra persona te conozca y comparta cosas contigo; pero también tienes que comprobar, o la otra parte demostrar, que es merecedora de tu confianza. Eso requiere de tiempo y roce, asegurarte por la experiencia y el contacto de que no te van a “traicionar”, de tal manera que la amistad no será posible o no será duradera cuando se rompe el contacto y se producen distanciamientos. De alguna manera, conseguir confianza requiere pasar una dura prueba de desconfianza previa.
- b). **Sinceridad.**- Es necesaria para que pueda darse la confianza, para que el amigo pueda conocerte y ser conocido. La sinceridad, en todo caso, no obliga a compartir todo, sino que es un potencial que se maneja según las situaciones. Por tanto, la sinceridad no debe limitar la intimidad individual, ni comprometer con ella todos los sentimientos.
- c). **Fidelidad o lealtad.**- La confianza, se basa en la sinceridad pero también en la lealtad. Un amigo no debe fallarte ni en los malos momentos ni en los buenos: Debe estar siempre ahí, para compartir todos los espacios importantes de la vida de forma incondicional.
- d). **Reciprocidad.**- También las relaciones de amistad verdadera deben basarse en el equilibrio de la relación, en que las expectativas de las dos partes estén ajustadas a un mismo tono. La reciprocidad, como el resto de las condiciones, debe ser también tangible, demostrable y comprobable.

Estructura y contexto de los grupos

En cualquier caso, y sean como sean las relaciones internas, la pertenencia a grupos es una realidad objetiva. Es una pertenencia, además, múltiple, puesto que cada persona está integrada en una gran variedad de relaciones grupales, entre las que existen notables diferencias y contrastes.

Fundamentalmente, porque las expectativas y los tipos de relaciones están determinadas por el contexto en el que se constituyen y cobra sentido el grupo, el que define las actividades, de tal manera que cuando cambia ese contexto el grupo pierde su sentido.

Una vez más los contextos espacio-temporales definen las estructuras grupales distinguiendo entre dos grandes espacios: el de la intimidad, definido por el “hablar” respecto a las relaciones íntimas y afectivas que se comparten con los amigos de verdad, y el espacio instrumental o utilitario, definido por el “hacer”, en el que se perciben dos grandes tipos de grupos: el de la escuela, en el que se desarrollan actividades propias de la semana lectiva y que se comparte con conocidos que son compañeros, y el de la “juerga”, el grupo con el que se “sale” fundamentalmente los fines de semana, que es el grupo compuesto por conocidos y también por amigos, pero con el objetivo único y exclusivo de la diversión.

Debe quedar claro que con los amigos se comparte lo malo (lo relacionado con los problemas íntimos) y o bueno (la diversión de la juerga), pero el grupo de la juerga no está implicado necesariamente por relaciones de amistad, es más, las relaciones que constituyen la intimidad de amigos (las relaciones de hablar), cuando coinciden en los tiempos y espacios de diversión, se diluyen en el grupo (el de las relaciones de hacer): cuando se sale para divertirse no se “habla” de las cosas importantes, y aquellas personas con las que sales no tienen por qué ser, en consecuencia, amigos. Eso sí, los amigos tienen que estar en la diversión porque si no es imposible compartir con ellos, de forma cómplice y en esos otros momentos reservados para la intimidad y las confidencias, las cosas importantes que puedan ocurrir, que de hecho se espera que ocurran, durante la “juerga”.

El grupo que se busca para salir será el que esté compuesto por personas que, aunque no se espera que sean amistades de verdad, sean funcionales para las expectativas de diversión: Personas populares, conocidos, divertidos, etc., en función de las necesidades de cada cual.



METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO

Describir y analizar las características clínicas, psico-sociales y familiares del consumo de SPAs en los adolescentes que acuden al Programa "Lugar de Escucha" de CEDRO.

Diseño

Estudio Descriptivo-Retrospectivo, que apunta a delinear, registrar, analizar e interpretar la naturaleza de los hechos en estudio, tal como se presentan en la realidad.

Participantes

La muestra estaba constituida por adolescentes (N=502) consumidores de sustancias psicoactivas de ambos sexos (hombres 80,88% y mujeres 19,12%) con edades comprendidas entre los 12 a 20 años (Media = 17,51; desviación estándar = 1,88), quienes solicitaron asistencia en el servicio de consejería y orientación en casos de consumo de drogas "Lugar de Escucha" de la institución CEDRO, de Lima, Perú entre enero del 2004 y el primer trimestre del 2005.

Instrumento

Ficha de Atención (FdA)

La Ficha de Atención (Rojas, Giraldo y Montes, 2001) es una encuesta

simple de 34 ítem que comprende una serie de preguntas cerradas, abiertas y de alternativas múltiples. Explora variables demográficas (sexo, edad, estado civil y procedencia), tipo de atención, motivo de consulta, persona que pide ayuda, observaciones generales, antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas, resumen de la historia natural del consumo de drogas psicoactivas, antecedentes de tratamiento por adicción así como precedentes familiares. Este instrumento fue validado por la metodología de criterio de jueces. Se contó con cinco jueces para la validación, todos profesionales con especialización en el tema de la dependencia de sustancias psicoactivas. A cada uno se le entregó el instrumento con una guía de calificaciones, donde debían consignar su “acuerdo” o “desacuerdo” con relación a los ítem. Se consideró como válidos aquéllos que tenían como mínimo 3 acuerdos. (Ver anexo).

Procedimiento

La aplicación de los instrumentos de recolección de datos fue realizada en los consultorios del programa “Lugar de Escucha” de CEDRO, entre el mes de enero del 2004 y el primer trimestre del 2005 por profesionales entrenados en orientación y consejería en adicciones.

Durante la primera entrevista se aplicó la Ficha de Atención (FdA), la información obtenida a partir de la FdA permitió analizar los diferentes aspectos, así como sus intenciones a corto y largo plazo respecto a la abstinencia y el nivel de conciencia de su problema. Durante la entrevista se fomentó la expresión espontánea de los sujetos, propiciando un clima de diálogo y confianza. Las evaluaciones fueron realizadas de manera individual a cada participante y familiares.

Análisis de datos

La información recolectada y codificada fue sometida a tratamiento estadístico en el programa EPIINFO. El análisis de los datos incluye estadísticos de tipo descriptivos para los resultados usando medidas de tendencia central, promedios y porcentajes.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA

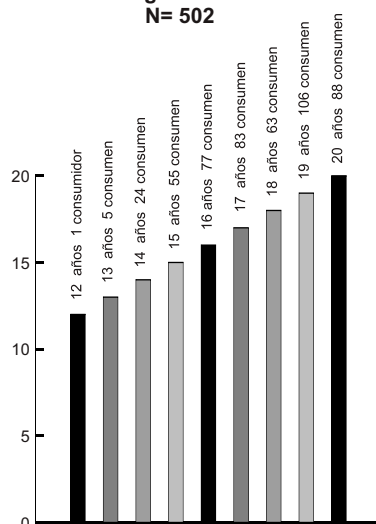
Cuadro N° 7

Distribución general de la muestra de adolescentes consumidores de drogas según edad

Edades	N	%
12 años	1	0,2
13 años	5	1,0
14 años	24	4,8
15 años	55	11,0
16 años	77	15,3
17 años	83	16,5
18 años	63	12,5
19 años	106	21,1
20 años	88	17,5
TOTAL	502	100,0

Gráfico N° 1

Consumidores de Drogas según edad
N= 502

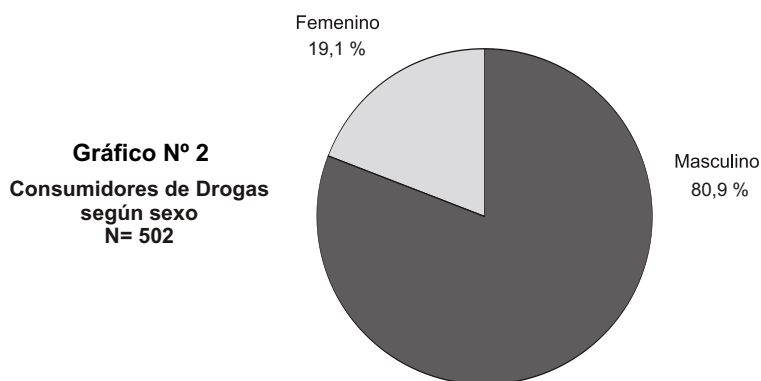


En el cuadro N° 7 y gráfico N° 1 se pueden observar las edades de la muestra estudiada van desde los 12 hasta los 20 años, destacándose el rango entre los 18 a 20 años donde se concentra el 51,1% de la población de adolescentes.

En segunda instancia, el rango entre 15 y 17 años comprende al 42,8% y, en tercera instancia, al grupo integrado por los de 12 a 14 con el 5,9%.

Cuadro N° 8
Distribución general de la muestra de adolescentes consumidores de drogas según sexo

SEXO	N	%
Masculino	406	80,9
Femenino	96	19,1
TOTAL	502	100,0



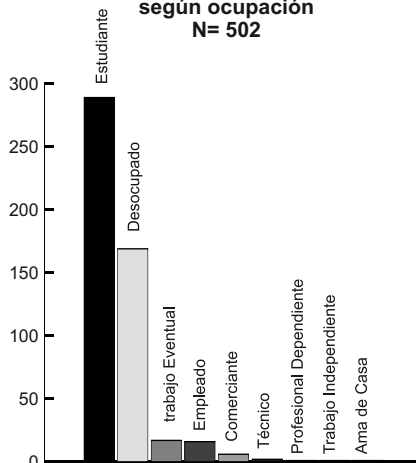
En el cuadro N° 8 y gráfico N° 2 se observan que, proporcionalmente, los varones son quienes acudieron mayoritariamente a recibir ayuda. El porcentaje llegó al 80,9% de los casos, mientras que las mujeres alcanzaron un porcentaje del 19,1%.

Cuadro N° 9
Distribución general de la muestra de adolescentes consumidores de drogas según ocupación

OCUPACIÓN	N	%
Estudiante	289	57,5
Desocupado	169	33,6
Trabajo eventual	17	3,3
Empleado	16	3,1
Comerciante	6	1,2
Técnico	2	0,3
Profesional dependiente	1	0,2
Trabajo independiente	1	0,2
Ama de casa	1	0,2
TOTAL	502	100,0

Gráfico N° 3

Consumidores de Drogas según ocupación
N= 502



En el cuadro N° 9 y en el gráfico N° 3 se presentan información sobre la ocupación de la muestra. En el primer caso, se observa que el 57,5% son estudiantes y el 33,6% están desocupados. Existe una franja de 8,7% de adolescentes que son: empleados, comerciantes, técnicos, profesionales dependientes e independientes y amas de casa.

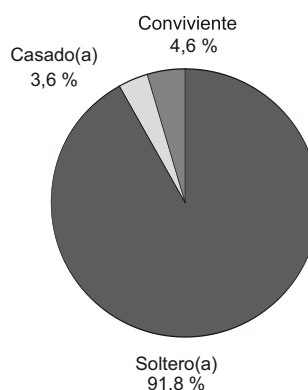
Cuadro N° 10

Distribución general de la muestra de adolescentes consumidores de drogas según estado civil

ESTADO CIVIL	N	%
Soltero/a	461	91,8
Casado/a	18	3,6
Conviviente	23	4,6
TOTAL	502	100,0

Gráfico N° 4

Consumidores de Drogas según estado civil
N= 502

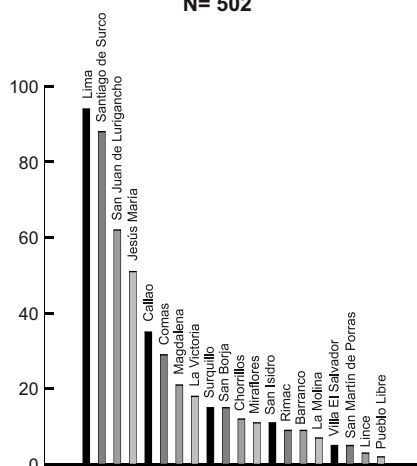


El cuadro N° 10 y gráfico N° 4 nos indican que el 92% de los adolescentes son solteros, mientras que el 8,2%, son casados y convivientes.

Cuadro N° 11
Distribución general de la muestra de adolescentes
consumidores de drogas según distritos de residencia

DISTRITOS	N	%
Lima	94	18,7
Santiago de Surco	88	17,5
San Juan de Lurigancho	62	12,4
Jesús María	51	10,2
Callao	35	6,7
Comas	29	5,8
Magdalena	21	4,2
La Victoria	18	3,6
Surquillo	15	2,3
San Borja	15	2,3
Chorrillos	12	2,4
Miraflores	11	2,2
San Isidro	11	2,2
Rímac	9	1,8
Barranco	9	1,8
La Molina	7	1,4
Villa el Salvador	5	0,9
San Martín de Porras	5	0,9
Lince	3	0,6
Pueblo Libre	2	0,4
TOTAL	502	100

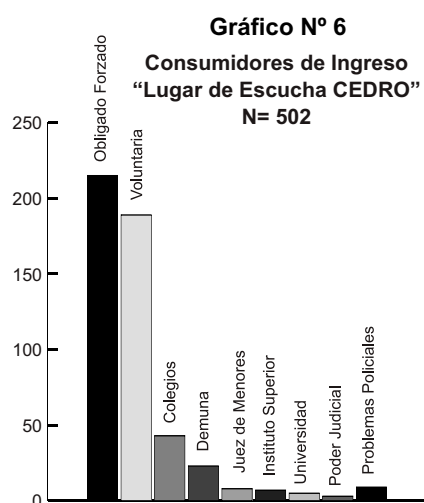
Gráfico N° 5
Consumidores de Drogas
según distritos
N= 502



En el cuadro N° 11 y gráfico N° 5 se muestran la distribución de los adolescentes consultantes que acuden al servicio “Lugar de Escucha” según distrito de procedencia. La mayor parte de la población atendida procede de Lima Cercado (18,7%), Santiago de Surco (17,5%), San Juan de Lurigancho (12,4%), Jesús María (10,2%) y El Callao (6,7%).

Cuadro N° 12
Modalidad de ingreso al programa
“Lugar De Escucha” de CEDRO

MODALIDAD	N	%
Obligado/Forzado (Presión familiar)	215	42,8
Voluntaria	189	37,6
Derivaciones de:		
a. Colegios	43	8,6
b. Demuna	23	4,6
c. Juez de menores	8	1,6
d. Instituto superior	7	1,4
e. Universidad	5	1,0
f . Poder judicial	3	0,6
Problemas policiales	9	1,8
TOTAL	502	100,0

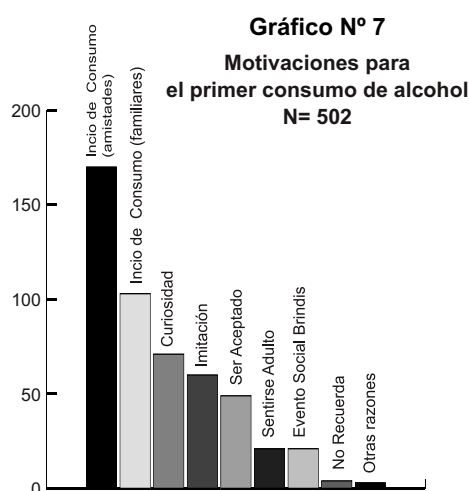


El cuadro N° 12 y gráfico N° 6 nos presentan la modalidad de ingreso del adolescente al servicio "Lugar de Escucha" de CEDRO. En efecto, se observa que el 42,8% de la muestra fue presionado por la familia para que asista al servicio, mientras que el 37,6% lo hizo voluntariamente, incluyéndose a quienes fueron solos, acompañados o con un proceso previo de sensibilización.

El rubro de acogida a través de derivaciones que implica igualmente una actitud de presión, representa el 17,7%. Estas derivaciones se dieron desde: colegios, Demunas, juez de menores, universidades y poder judicial.

Cuadro N° 13
Motivaciones para el primer consumo de alcohol

Motivaciones	N	%
Inicio del consumo entre amigos y compañeros (presión de grupo o de pares).	170	34,0
Inicio del consumo dentro de la familia a través de familiares abusadores de alcohol.	103	20,5
Curiosidad	71	14,1
Imitación	60	12,0
Ser aceptado	49	9,8
Sentirse adulto	21	4,2
Evento social brindis	21	4,2
No recuerda	4	0,8
Otras razones	3	0,6
TOTAL	502	100,0



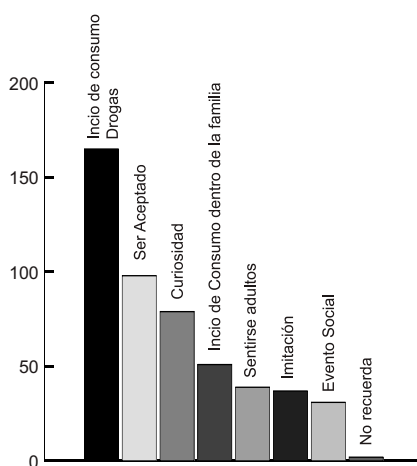
El cuadro N° 13 y gráfico N° 7 muestran que de los 502 adolescentes estudiados, el 34% justifica el inicio del consumo de alcohol a la presión de los amigos y compañeros que frecuenta, mientras que el 20,5% explica el inicio del consumo debido a la influencia del uso de alcohol en sus familias, quienes tienen un uso frecuente de la misma sustancia.

La curiosidad, la imitación y el hecho de buscar ser aceptado en el grupo, presentan frecuencias del 14,1, 12 y 9,8% respectivamente. El sentirse adulto y en eventos sociales con el 4,2% en cada uno de los casos.

Cuadro N° 14
Motivaciones para el primer consumo de drogas ilegales

Motivaciones	N	%
Inicio del consumo entre amigos y compañeros (Presión de grupo o de pares)	165	32,2
Ser aceptado	98	19,5
Curiosidad	79	15,7
Inicio del consumo dentro de la familia a través de familiares adictos o abusadores de drogas ilegales	51	10,2
Sentirse adulto	39	7,8
Imitación	37	7,4
Evento social	31	6,2
No recuerda	2	0,4
TOTAL	502	100,0

Gráfico N° 8
Motivaciones para
el primer consumo de Drogas Ilegales
N= 502



En el cuadro N° 14 y gráfico N° 8 se pueden apreciar que el 32,2% de los adolescentes se inició en el consumo de drogas ilegales por presión del grupo; el 19,5% buscando ser aceptado, mientras que el 15,7% por curiosidad.

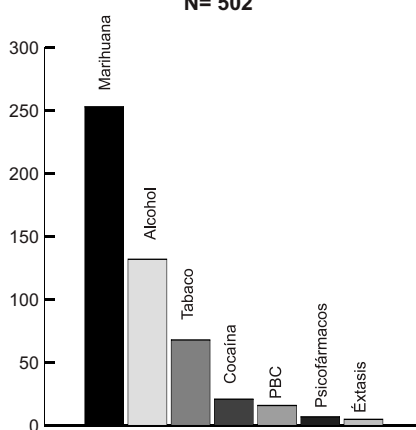
El consumo de drogas ilegales en la familia tuvo que ver en la iniciación del consumo en un 10,2% de la muestra. El sentirse adulto, por imitación y la asistencia a eventos sociales fueron razones en el 7,8%; 7,4% y 6,2%, igualmente en el inicio.

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, PSICOSOCIALES Y FAMILIARES EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Cuadro N° 15
Drogas de entrada en la población adolescente estudiada

Droga	N	%
Marihuana	253	50,4
Alcohol	132	26,3
Tabaco	68	13,5
Cocaína	21	4,2
PBC	16	3,2
Psicofármacos	7	1,4
Éxtasis	5	0,9
TOTAL	502	100,0

Gráfico N° 9
Drogas de entrada en la
población de adolescentes
N= 502



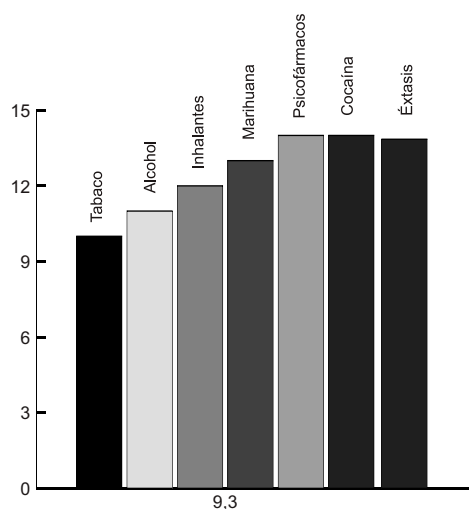
La lectura del cuadro N° 15 y gráfico N° 9 nos indican que el 50,4% de la población, se inició en el consumo de drogas a través de la marihuana, mientras que el 26,3% lo hizo con el alcohol y el 13,5% con el tabaco.

Los derivados cocaínicos (cocaína y PBC) tuvieron una frecuencia del 4,2 y 3,2% respectivamente. Un porcentaje marginal se observa en los psicofármacos 1,4% y en el consumo del éxtasis 0,9%.

Cuadro N° 16
Edad promedio del primer consumo de drogas
en la población adolescente estudiada

TIPO DE DROGA	EDAD DE INICIO
Tabaco	9,3
Alcohol	10,2
Inhalantes	10,9
Marihuana	11,6
Psicofármacos	12,8
Cocaína	13,6
PBC	14,9
Éxtasis	14,3

Gráfico N° 10
Edad promedio del
1er. consumo de adolescentes
N= 502

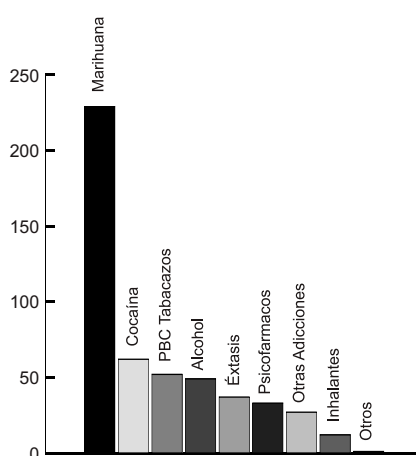


Las edades promedio del primer consumo que se presentan en el cuadro N° 16 y gráfico N° 10, nos indican que en el caso de la marihuana fue 11.6 años, alcohol 10.2, tabaco 9.3, cocaína 13.6, PBC 14.9, psicofármacos 12.8, inhalantes 10.9 y éxtasis.14.3.

Cuadro N° 17
Droga de mayor consumo de drogas en la población adolescente estudiada al llegar la consulta

Drogas	N	%
Marihuana	229	45,6
Cocaína	62	12,4
PBC "tabacazos"	52	10,4
Alcohol	49	9,7
Éxtasis	37	7,4
Psicofármacos	33	6,6
Otras adicciones: Ludopatía	27	5,4
Inhalantes	12	2,4
Otros	1	0,1
TOTAL	502	100,0

Gráfico N° 11
Drogas de mayor consumo en adolescentes
N= 502



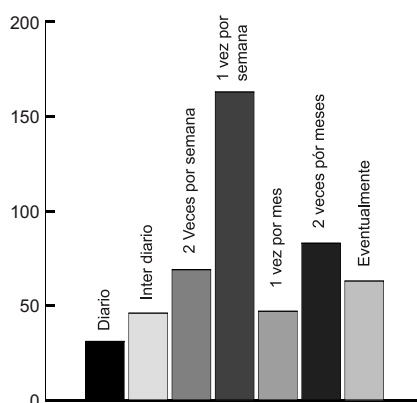
En el cuadro N° 17 y gráfico N° 11 se pueden observar que la marihuana es la droga más consumida por los adolescentes al llegar a la consulta, el porcentaje alcanza el 45,6%. A diferencia de la tabla anterior, los derivados de la hoja de coca ocupan el segundo y tercer lugar (12,4 y 10,4%, respectivamente).

En este mismo contexto, los casos de abuso de alcohol tuvieron un porcentaje de 9,7%, éxtasis 7,4%, psicofármacos 6,6%, y alcohol asociado con otra conducta adictiva (ludopatía o juego patológico) con el 5,4%. Los casos de consumo de inhalantes como droga problema alcanzaron el 2,4.

Cuadro N° 18
Intensidad del consumo de marihuana
en la población adolescente estudiada

INTENSIDAD	FRECUENCIA	%
Diario	31	6,2
Ínter-diario	46	9,2
2 veces por semana	69	13,7
1 vez por semana	163	32,4
1 vez por mes	47	9,4
2 veces por mes	83	16,5
Eventualmente	63	12,5
TOTAL	502	100,0

Gráfico N° 12
Intensidad del consumo
de marihuana
N= 502



Tomando como base el consumo de la marihuana, en el cuadro 18 y gráfico N° 12 se presentan la intensidad del fumado de la marihuana. Así, se observa que el 6,2% lo hace diario y el 9,2% ínter diario. El 32,4%, 1 vez a la semana; 13,7, 2 veces por semana; 16,5%, 2 veces al mes y, finalmente, el 12,5%,

Cuadro N° 19
Tiempo promedio de consumo de marihuana
en la población adolescente estudiada

TIEMPO	N	%
De 1 a 6 meses	12	2,4
De 7 a 12 meses	24	4,8
De 1 a 2 años	98	19,5
De 2 a 3 años	117	23,3
De 3 a 4 años	148	29,5
De 4 años a más	103	20,5
TOTAL	502	100,0

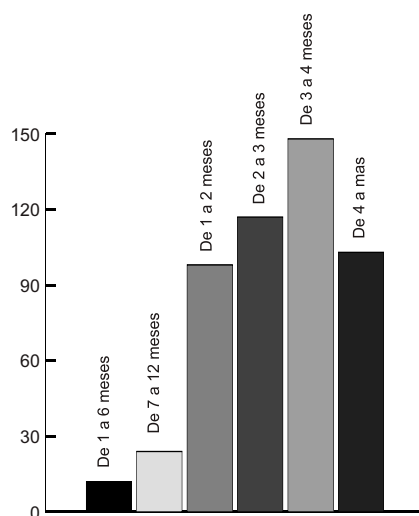


Gráfico N° 13
Tiempo promedio de
consumo de marihuana
N= 502

En lo que se refiere al tiempo promedio del consumo de marihuana, cuadro No. 19 y gráfico N° 13, se observan que los dos primeros rangos de tiempo de consumo corresponde a los que consumen menos de 1 año (2,4%: 1 a 6 meses; 4,8%: de 7 a 12 meses).

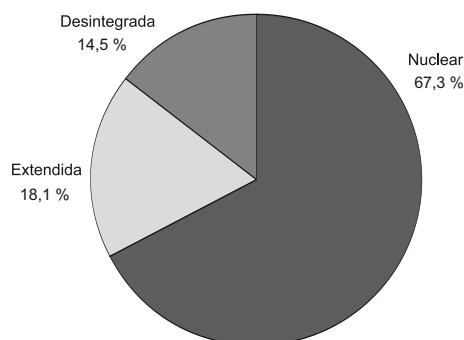
En los siguientes rangos, el 19,5% lo hace de 1 a 2 años, mientras que el 23,3% consume entre 2 y 3 años.

Finalmente, se observa que el 29,5% se ubica entre 3 y 4 años y el 20,5% lo hace

Cuadro N° 20
Estructura familiar en la población adolescente estudiada

Tipo de Estructura	N	%
Nuclear	338	67,3
Extendida	91	18,1
Desintegrada	73	14,5
TOTAL	502	100,0

Gráfico N° 14
Estructura familiar en la población adolescente
N= 502

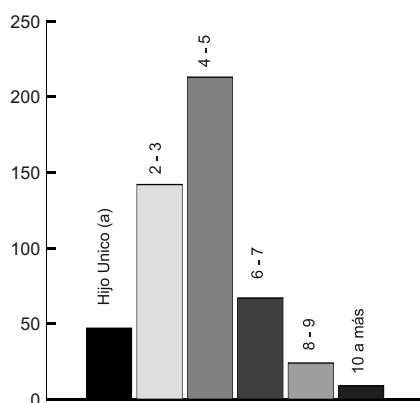


En cuanto a los tipos de familia o estructura familiar de los adolescentes, en el cuadro N° 20 y gráfico N° 14 se pueden apreciar que el 67,3% de los sujetos procede de familias nucleares (conformada por ambos progenitores e hijos) una proporción minoritaria, 18,1%, procede de un sistema familiar extendido (incluye además de los padres e hijos, a otros familiares) y familias desintegradas con el 14,5% (aquéllas en las que falta uno de los progenitores).

Cuadro N° 21
Tamaño de la familia en la población adolescente estudiada

No. De integrantes	N	%
Hijo/a Único/a	47	9,4
2 3	142 (28,3
4 5	213 (42,4)	42,4
6 7	67 (13,3)	13,3
8 9	24 (4,8)	4,8
10 a más	9 (1,8)	1,8
TOTAL	502 (100,0)	100,0

Gráfico N° 15
Tamaño de familia
en la población adolescente
N= 502



El cuadro N° 21 y gráfico N° 15 presentan datos del número de hermanos de los sujetos de estudio. El 9,4% es hijo o hija único/a, mientras que el 28,3% tiene entre 2 ó 3 hermanos y el 42,4%, el grueso de la población, tienen entre 4 y 5 miembros. Por los demás, el 20% tiene más de 6 miembros.



DISCUSIÓN

Estudios como el presente, afrontan siempre inconvenientes, tanto por su finalidad descriptiva cuanto por el método de entrevista y por el instrumento utilizado. El nuestro no constituye excepción a la regla.

Advertimos por ello que tales limitaciones deben ser debidamente consideradas en la evaluación final de nuestros resultados. Recordamos, sin embargo, que los estudios descriptivos constituyen un buen punto de partida en investigación científica pues tienen la virtud de generar hipótesis específicas para futuras investigaciones.

Consideramos que es pertinente repasar el escenario general de donde se extrajo la muestra de estudio, la cual es parte de una población más amplia de usuarios de drogas que acuden al programa “Lugar de Escucha” de la institución CEDRO.

Se trata de 502 casos de adolescentes, de ambos sexos consumidores de SPAs, cuyas edades fluctúan entre 12 y 20 años de edad. Es un grupo altamente significativo de menores de edad en riesgo de desarrollar conducta adictiva severa a diversas sustancias, dado que de una forma u otra, ya vienen usando drogas.

1. Aspectos psico-sociales y de acogida

Se encuentra que el 51,2% de la población adolescente atendida, se ubica entre los 18 y 20 años, no obstante observar que las edades de los adolescentes estudiados van desde los 12 hasta los 20 años (ver Cuadro No.12). Se puede considerar, por tanto, que este grupo de jóvenes, son los que están en mayor riesgo para desarrollar un comportamiento desadaptativo generado por el abuso de sustancias.

Esto se refuerza aún más al encontrar dos factores de riesgo ya identificados, como es la desocupación (33,7% no ejercen actividad alguna) y, el hecho de ser varón (80,9%), resultados encontrados en la presente investigación y que coinciden con estudios de naturaleza epidemiológica, como los de **CONTRADROGAS, 1999; Pérez, 2000, Rojas A. 1999 y MINEDU-DEVIDA-ONNUD-CEDRO, 2004.**

Así, es preocupante encontrar un 33,6% de adolescentes que no estudian ni tienen actividad conocida (ver cuadro N° 9), cumpliéndose -por lo menos en esta muestra- lo referido a la desocupación como un fuerte factor de riesgo para la incursión en el consumo de sustancias psicoactivas .

Si bien la desocupación juvenil o el inadecuado uso del tiempo libre, de hecho son factores de riesgo para una gama de conductas adictivas y de riesgo (**Duseck, 1986**), su presencia obedece a un indeterminado número de factores coyunturales que lamentablemente se dan en nuestro contexto.

No obstante, cabe cuestionar y reflexionar respecto a lo qué se les está ofreciendo a los adolescentes como espacios de participación juvenil para que puedan encontrar alternativas de apoyo, de desarrollo personal y profesional también es notorio el déficit de interlocutores entre adolescentes y estado peruano (**Masías, 1998; Peñaherrera, 1998**).

Por otro lado, los casos de violencia juvenil, intentos de suicidio, fugas del hogar, embarazo temprano, prostitución, comportamiento sexual riesgoso, etc., forman parte de la telaraña causal de comportamientos riesgosos que enmarcan la coyuntura actual de nuestra sociedad.

El "buen" uso del tiempo libre (carreras, caminatas, torneos deportivos, asistencia a grupos no necesariamente religiosos, etc.) no es necesariamente factor protector seguro. En algunos casos puede encubrir riesgo, al facilitar el contacto entre grupos consumidores y la circulación de la droga (**Mc Bride et al, 1989**). Lo que sí aparentemente ayuda es la estimulación de la práctica deportiva como disciplina y como un estilo de vida (**Bell et al, 2000; Rojas V. 1999-A.**).

Finalmente, es importante aclarar que el concepto de "tiempo libre", no necesariamente es tiempo de ocio. La dificultad de interpretación deriva del hecho que la persona "vaga" -en un sentido estricto del término- evidentemente tiene tiempo libre en abundancia, y es indudablemente a quien nos referimos como personas en riesgo.

Por otro lado, no deja de tener importancia y preocupación, encontrar que el 57% de los adolescentes cursan estudios escolares. Sin duda que el hecho de estar consumiendo determinada sustancia compromete seriamente el desarrollo educativo posterior de estos adolescentes

Estos datos podrían guardar cierta relación con los resultados de algunos estudios en población escolar como el de **Anaya et al, 2000**, donde las edades de los escolares que registraron mayor índice de resultados positivos en los exámenes toxicológicos justamente coinciden con el grupo etéreo del presente estudio.

En esta misma línea de investigaciones encontramos los resultados de **Clerici (1996)** en adolescentes consumidores de drogas colombianos, los mismos que son bastante similares a los del presente estudio; ya que en éste se determinó igualmente, que el promedio de edad de la población era 18.3 años.

Es esperado que los usuarios de SPAs sean reticentes a aceptar su condición de consumidores y particularmente si son de poblaciones especiales como la presente. Ello se explicita en el Cuadro N° 12, donde el 62,3% de la población estudiada, si bien acude al programa, pero lo hace coaccionado o forzado (obligado, derivaciones: colegio, DEMUNA, juez de menores, instituto superior, poder judicial y universidad, policía). Una primera respuesta frente a esta demanda ha sido la validación de una metodología de intervención; los "grupos de encuentro" acogen a púberes y adolescentes consumidores experimentales o iniciales, o con patrones de uso no adictivo, donde las áreas de abordaje son más educativas que terapéuticas, las mismas que se desarrollan en 8 sesiones.

No deja de ser importante el 37,6% de adolescentes que acuden al mismo programa voluntariamente o a propia iniciativa, aspecto que puede estar relacionado con una cierta motivación de cambio frente a la conducta de uso de sustancias. Ello también puede estar relacionado con un posible cambio de percepciones respecto del fenómeno de las SPAs en estas poblaciones.

En el mismo cuadro No. 12 se observa que en el 42,8% de casos, fue la familia quien acude al programa en compañía del adolescente reacio. En este sentido se determinó que es la madre quien acude, siguiendo algunos patrones tradicionales machistas, donde ellas deben enfrentar los múltiples problemas de la casa y de la familia.

En cuanto al sexo, si bien las proporciones entre consumidores de drogas, aún no se han establecido con nitidez, existe la suficiente información epidemiológica (CONTRADROGAS, 1999; CEDRO, Rojas A. y Castro de la Mata, 1998, por otro lado de casuística y de casos clínicos (Rojas V. 1999, 2000-B;) que indica que las proporciones entre varones y mujeres usuarias de drogas socialmente aceptadas como las que no la son, se han modificado dentro de una curva ascendente, donde indudablemente la brecha tiende a acortarse, en particular en el caso del alcohol y de los psicofármacos, coincidiendo con los resultados de Anicama et al, 1998. Otro ejemplo, es el encontrado por CONTRADROGAS, 1999 y Claux, 2005, donde las mujeres selváticas estarían consumiendo más bebidas alcohólicas que los hombres.

Estas diferencias que se comienzan a vislumbrar, también se encuentran en la investigación de Muñoz-Rivas et al, 2002, donde a diferencia de los varones adolescentes, las mujeres adolescentes que exhiben mayor intensidad de comportamientos antisociales desarrollan un comportamiento de uso de sustancias estimulantes y drogas sintéticas significativamente superiores que aquellas en las que este tipo de conductas es menos frecuente.

1.1 Distrito de procedencia de los adolescentes

Si bien es complicado establecer asociaciones entre los distritos de procedencia de los adolescentes y el tema del consumo de SPAs, se puede ensayar algunas explicaciones del porqué determinados distritos limeños aparentemente presentan mayor frecuencia de consultantes (ver cuadro N° 11).

Así, la cercanía al servicio de CEDRO, no explica necesariamente la relación del porqué los distritos colindantes a Miraflores demandan ayuda, dado que se observa que por ejemplo, Lima no es un distrito cercano al servicio al igual que Comas o San Juan de Lurigancho.

Por otro lado, Lima, San Juan de Lurigancho, San Martín de Porras, Comas, Surquillo y Villa el Salvador, son distritos donde desdichadamente existe un gran movimiento violentista juvenil. En efecto, se trata de zonas donde el pandillaje y otros comportamientos disociales se han incrementado considerablemente.

En cualquiera de los casos, el abuso de sustancias, como el de los inhalantes, alcohol y otras drogas psicoactivas, son parte de la explicación de estos comportamientos y del porqué muchos de estos adolescentes provienen de los referidos distritos.

Respecto al hacinamiento, delincuencia y otros aspectos vinculados con estilos

de vida disfuncionales, si bien caracterizan a varios de los distritos limeños del presente estudio, la mayoría de jóvenes que provienen de Lima Cercado (en especial la zona de Barrios Altos), gran parte de La Victoria y de los distritos del Callao, indudablemente se inscriben dentro del mencionado escenario.

A este contexto si añadimos el problema álgido del desempleo, el tugurio, la micro comercialización de drogas y la prostitución, encontraremos que es comprensible la procedencia de estos jóvenes, así como lo reservado del pronóstico de estos casos.

Es indudable que el hecho de vivir en zonas de alto riesgo para el consumo de drogas y en un contexto donde la problemática de la micro comercialización es imparable, podría haber influido fuertemente para que algunos de los adolescentes que provienen de Lima, Callao, Barranco, Surquillo, La Victoria y el Rímac, hallan incorporado la conducta del consumo de drogas y, no en pocos casos, la venta de **los mismos**. El análisis coincide con lo enunciado por **Castro de la Mata et al, (2000)**.

Desde la perspectiva demográfica, se observa que hay adolescentes que viven en zonas periféricas, vale decir en distritos lejanos al servicio de CEDRO (Comas, San Martín de Porras, Rímac, San Juan de Lurigancho, Callao, Villa el Salvador).

Esto puede obedecer a varios factores, como es el conocimiento del servicio “Lugar de Escucha” a través de los programas preventivos de CEDRO, que justamente desarrollan sus actividades en estas zonas. Así como también a la difusión de los medios de comunicación (escrito, radial, televisivo, etc.).

Así mismo también es lícito asumir que ello puede deberse a la percepción de los padres, adolescentes y autoridades respecto al tema y a los servicios de salud mental, cuyos pareceres refuerzan la reticencia para acudir a un hospital de salud mental. Ciertamente que se trata de una concepción errada y necesaria de componer. También puede significar un gran déficit de información respecto a los recursos, tanto del Ministerio de Salud como los de índole privada, aspecto a considerar para una adecuada difusión de los servicios o alternativas de ayuda para estos casos.

Finalmente, a partir de lo observado en el cuadro N° 5 se puede inferir que una gran proporción de adolescentes de ambos sexos y de todos los estratos sociales de nuestro medio, estarían en constante contacto con fuertes factores de riesgo para el consumo de drogas psicoactivas.

2. Motivos para el primer consumo de alcohol en los adolescentes

Al presente, quizás ninguna área de estudio respecto a los factores asociados a la iniciación y habituación del consumo de SPAs ha sido objeto de numerosas teorías y ensayos. Sin embargo, existen evidencias que indican que factores genéticos, familiares y culturales predisponentes interactúan con la historia de aprendizaje social del sujeto sobre el uso del alcohol (**Bergmark y Andersson, 1999**).

Cabe precisar que el alcohol es simultáneamente una sustancia química, un brebaje y una droga que modifica intensamente el funcionamiento del sistema nervioso (**Levin, 1990, citado por Beck et al, 1993**).

Desde la perspectiva epidemiológica respecto al consumo del alcohol (**CONTRADROGAS-INEI, 1999; CEDRO, Rojas A. y Castro de la Mata, 1998; Anicama et al, 1998; MINEDU-PNUFID, 1999 y MINEDU-DEVUDA-ONNUD-CEDRO, 2004**), se corrobora que el problema más severo que tiene el país en cuanto a drogas, es el abuso y la dependencia del alcohol.

En este contexto, todo indica que aproximadamente un 10% de la población (1 millón de personas) habría desarrollado alcoholismo, indicador que resulta extremadamente preocupante por varias razones. Entre ellas: el consumo exagerado de bebidas alcohólicas en púberes y adolescentes de ambos sexos, coincidiéndose en este sentido con los hallazgos de **Fernández et al, 2003; Chau, 1998; Anicama, et al, 1998; Anaya et al, 2000; MINEDU-PNUFID, 1999 y MINEDU-DEVIDA-ONUD-CEDRO, 2004**.

Los datos del cuadro No. 13 son relevantes, dado que en nuestro medio existe escasa información respecto a la adolescencia y drogodependencias. Así, se determinó que el 34% de los adolescentes iniciaron la ingesta de bebidas alcohólicas en compañía de amigos o compañeros no necesariamente de estudios, explicando indudablemente el hecho de lo determinante que sigue siendo la fuerza o presión del grupo y pares en la adquisición de la conducta del uso del alcohol. Este resultado es compatible con el encontrado por **Bergmark y Andersson, 1999, Solano y Rojas, 2000; Rojas V. 1999** y los ensayos de **Masías, 1998 y Peñaherrera, 1998**, realizados en nuestro medio.

Este resultado guarda relación con el 9,8% de la población que atribuyó el inicio de la ingesta de bebidas alcohólicas en razón del intento de "ser aceptado" en el grupo.

En este contexto, para estudiar la "presión de pares", es preciso diseñar

investigaciones, con la finalidad de explorar la dinámica de los grupos que incorporan el uso del alcohol u otras drogas como una actividad central. En este rubro, la metodología y los resultados del trabajo de **Rodríguez, Megías y Sánchez, 2002**, pueden servir de un buen punto de partida para profundizar en los grupos juveniles. Parecería que no es el grupo el que va tras el púber o el adolescente, sino que éste, al desear experimentar con drogas, se relacionaría con pares o grupos de consumidores para así participar en los comportamientos normativos de dichos grupos existiendo, por tanto, un elemento de decisión personal de incorporarse al grupo.

En esta misma línea de análisis encontramos que el 12% considera que la imitación o la copia de modelos, tuvo que ver en la iniciación de la ingesta de alcohol. La influencia relativa que sobre el uso y abuso del alcohol y otras drogas por los púberes y adolescentes ejercen las actitudes y el comportamiento hacia las drogas de parte de los pares o compañeros, pareciera coincidir con los principios del aprendizaje cognitivo y social (**Bandura, 1986**).

Por otro lado, no tiene menor importancia el 20,5% (103 casos) que explican el inicio del consumo de alcohol tomando como base el estilo de vida y la actitud de la familia frente a la ingesta de bebidas alcohólicas. Estos resultados calzan perfectamente con lo que ocurre en una gran porción de familias peruanas, donde el abuso del alcohol llega a ser alentada y reforzada por el mismo entorno familiar y social (**Ledoux et al, 2000; Solano y Rojas, 2000; Rojas V. 1999**).

Considerando el factor "curiosidad" se encuentra que el 14,1% explica la iniciación de la ingesta de alcohol a partir de la conducta de buscar emociones desde el punto de vista de novedad, así como por los efectos desinhibitorios del alcohol, resultados que guardan estrecha relación con los de **Sánchez et al, (2000)**. Por otro lado, las razones para la iniciación "evento social / brindis" y "sentirse adulto" sumados llegan a un 8,4%.

3. Motivos para el primer consumo de drogas ilegales en los adolescentes

La información del cuadro No. 14, nos da las pautas respecto a la iniciación del consumo de drogas ilegales (marihuana, clorhidrato de cocaína, PBC, éxtasis, etc). En primera instancia, llama la atención la alta coincidencia porcentual del argumento “inicio del consumo entre amigos y compañeros (presión de grupo)”.

En efecto, bajo este argumento el 32,1% atribuye el inicio del consumo a la presión de los amigos y compañeros, porcentaje cercano al encontrado en este argumento para el alcohol (34%).

En este sentido, se podría decir que tanto para las drogas legales como para las ilegales, podrían estar jugando los mismos factores en la iniciación (**Bergmark y Andersson, 1999; Ledoux et al, 2000**). Estos resultados guardan relación con los resultados encontrados por **CONTRADROGAS (1999)**, respecto a la asociación entre la dependencia al alcohol, al tabaco y consumo de otras drogas y las variables de contexto en la población general.

No obstante, se encuentra un 19,5% de adolescentes que consumieron drogas para “ser aceptados” en determinados grupos; proporción importante y diferente con relación a lo encontrado para el caso del alcohol (9,8%). Estos resultados coinciden con los hallados por **Fernández et al, 2003 y Ledoux et al, 2000**.

Indudablemente que la “curiosidad” no deja de ser importante al analizar el uso y abuso de las drogas ilegales. En este rubro se determinó que el 15,7% del grupo en estudio, incursionó en el consumo de drogas por los efectos de las mismas y curiosidad por la experiencia, coincidiendo con los resultados de **Rojas, 2002**.

En este sentido, se puede asumir que los púberes y adolescentes pueden consumir drogas cocaínicas o marihuana entre otras sustancias, en un afán de enfrentar o conducir sus vivencias, crisis o estados afectivos fluctuantes.

En lo que se refiere al factor “sentirse adulto”, existen razones suficientes para plantear que la influencia que ejercen las actitudes, los patrones comportamentales y la imagen propiamente del adulto, para determinados adolescentes, pueden convertirse en un factor protector de ciertos comportamientos riesgosos, pero también pueden llegar a ejercer influencia negativa, como aparentemente ocurrió con el 7,8% de los adolescentes del presente estudio.

Si se intenta profundizar este aspecto, se podría asociar con la variable identidad, dado que uno de los temas principales que confrontan los adolescentes es la naturaleza de su identidad.

En efecto, muchos adolescentes no pueden seguir considerándose a sí mismos como niños ni pueden aceptar la función social del niño. Al mismo tiempo, tampoco son adultos todavía, pero comienzan a preguntarse por qué no lo son y cual es la diferencia de serlo o no serlo. La organización de la propia persona como niño en estado de latencia se fragmenta; de esa postura puede brotar el deseo de alcanzar la identidad del adulto (Kandel, 1978; Noshpitz, 1995).

La iniciación del uso de drogas ilegales, en escenarios donde se realizan eventos sociales, parecería que no tiene mucha trascendencia, en la medida que sólo el 6,1% informó que fue en este contexto donde se dio la primera experiencia con sustancias ilegales. Por lo demás, solo el 0,4% anotó que “no recuerda”.

4. Drogas de entrada en la población adolescente

La perspectiva epidemiológica permite decir que el alcohol y el tabaco son las sustancias de puerta de entrada al campo de las drogas ilegales. Ahora, si bien el alcohol sigue siendo la droga más consumida en el ámbito nacional (**CONTRADROGAS, 1999; MINEDU-PNUFID, 1999; CEDRO, Rojas A. y Castro de la Mata, 1998 y MINEDU-DEVIDA-ONUD-CEDRO, 2004**), desde la perspectiva de nuestra investigación adscrita más bien en lo descriptivo clínico con muestra intencional, encontramos que la marihuana es la droga de entrada en el 50,4% (ver Cuadro No. 15).

La metáfora de la "escalada", aplicada al proceso por el cual quien se iniciaba en el consumo de los derivados cannábicos, progresaba mecánica y fatalmente hasta usar drogas más fuertes, es ahora matizado en cuanto a su secuencia por un mayor conocimiento de la realidad. Hoy sabemos que no existe un encadenamiento bioquímico por el que de unas sustancias se deba ir pasando necesariamente a otras más adictivas.

Parece más razonable hablar de una relación sociológica entre los distintos consumos. Así, aquellos adolescentes que hicieran un consumo más intenso y precoz del alcohol, tabaco o variedades de la marihuana ("super skunk", "bubble gum", "light", "chine widow", etc.); tendrían más probabilidades de iniciarse en el consumo de drogas cocaínicas (**Gamella y Jiménez, 2003; Rivas et al, 2000; Zickler, 2000**), o iniciarse en el consumo de otras drogas ilegales como el éxtasis, ketamina, alucinógenos, etc. Estos nuevos consumos se suman a los anteriores y los refuerzan, creando una realidad de poli consumo.

Aún considerando que el consumo de éxtasis no ha llegado a tener una dimensión alarmante en nuestro medio, es un hallazgo haber encontrado 1% de chicos que se han iniciado en el consumo de drogas a través de este derivado anfetamínico.

Ello llama poderosamente la atención y seguramente motivará a los preventólogos a considerar un esquema cada vez más integral, realista y descocainizado de los programas de prevención.

5. Edad promedio del primer consumo de drogas en los adolescentes

Los datos contenidos en el cuadro No. 16, parecen indicar que las edades de inicio en el consumo se habría acortando si comparamos con los datos obtenidos por **Perales et al, (1996)** con población similar aunque con metodología distinta.

Así, se encontró que la edad media de inicio para el alcohol fue 12.0; marihuana 16.0; cocaína 17.0. En el caso de la presente investigación la edad media para el tabaco 9.3 años; alcohol 10.2 años, inhalantes 10.9 años y para la marihuana 11.6 años, refuerza lo sugerido. Al respecto, **Gamella y Jiménez, 2003**, en España, encontró que la edad de iniciación de su muestra de estudio sobre marihuana, fue de 16 años, edad que está por encima de lo encontrado en el presente estudio. Ahora, si hablamos de la cocaína, la edad media fue 13.6 y para la PBC 14.9 años. Estos datos guardan cierta relación con los obtenidos por **MINEDU-DEVIDA-ONNUD-CEDRO (2004)**.

Del mismo modo, estos datos coinciden con lo encontrado por **Clerici (1996)**, quien identificó que las edades de iniciación en el consumo de drogas en 251 adolescentes colombianos se situaban entre los 12 y 16 años en el 80% de los casos, resultado similar a los hallados en la presente investigación. Del mismo modo, estos resultados coinciden significativamente con la investigación en México a través de los Centros de Integración Juvenil (**CIJ, 2000**).

Ello puede significar que los adolescentes peruanos, colombianos y mexicanos podrían estar iniciándose en el uso de drogas psicoactivas dentro de similares rangos de edad, dado que estas investigaciones son similares metodológicamente hablando.

Pero también puede significar la necesidad de desarrollar acciones preventivas primarias en grupos especiales de edad temprana (niños y púberes de ambos sexos); estas acciones, deberían enmarcarse en un enfoque sistémico que comprenda las variadas conductas de riesgo así como lo referido a las conductas adictivas en general.

Aun considerando la imposibilidad de contrastar y analizar estudios epidemiológicos con los de casos clínicos, pareciera que los datos encontrados aquí, se acercan a las edades de inicio en el consumo de drogas en estudiantes de primaria y de formación magisterial y educadores, en el estudio desarrollado por el **MINEDU PNUFID (1999)**, la encuesta nacional sobre prevención y uso de drogas de **CONTRADROGAS (1999)** y el estudio en población escolar del **MINEDU-DEVIDA-ONNUD y CEDRO (2004)**.

Ahora bien, si se intenta hacer un razonamiento global en torno a lo hallado hasta aquí, se puede decir que cuando se trata de dar explicaciones referentes a la iniciación del consumo del alcohol y otras drogas, aparentemente todo lo que se le pueda ocurrir a alguien encajaría adecuadamente en un esquema de propuesta de comprensión del fenómeno (Pérez, 1987).

No obstante, algunas teorías coinciden en que el exceso de bienestar económico, la pobreza, la sobre protección o el aislamiento respecto de los hijos, es decir, mantenerse en algunos de estos extremos, pueden ser "causas" en la iniciación de determinada conducta adictiva.

La represión religiosa o la ausencia de valores religiosos, como también problemas metabólicos, deficiencias hereditarias, cambios en la estructura familiar, aburrimiento, trastornos psicopatológicos. Igualmente pueden ser considerados como "causas" o factores de riesgo (Rienzi et al, 1996; Ledoux et al, 2000; Rojas V. 1999).

En este sentido, si se intenta establecer un listado de factores de riesgo asociados a la iniciación del fenómeno del consumo de drogas, indudablemente que ésta sería interminable. Lettieri et al, (1980), llegaron a esbozar hasta 43 teorías diferentes al respecto.

Sin embargo, las hipótesis más trabajadas quizás serían las relacionadas con la influencia social y los problemas existenciales así como las deficiencias adaptativas (Fernández et al, 2003; Sussman and Dent, 2000); las alteraciones de personalidad, los ritmos biológicos e hiperactividad en los adolescentes (Hoffmann et al, 2000); malos hábitos, problemas de aprendizaje, la disponibilidad de las drogas, los modelos inadecuados y los fenómenos de condicionamiento, pobre autoconcepto-autoestima-autovaloración; stress (Stocker, 1999), ansiedad, dificultades familiares (Bell et al, 2000; Hilburn, 1996), hasta factores genéticos y vulnerabilidad (Zickler, 1999).

Evidentemente, la reflexión más elemental permite concluir que cuando tantas cosas pueden ser "explicaciones", lo más probable es que ninguna de ellas la sea realmente, por lo menos de forma absoluta. Con seguridad, todos los factores propuestos intervienen y se encuentran presentes en el problema. Pero ninguno de ellos tiene, por separado, la capacidad de explicarlo.

Aparentemente, en los seres humanos y, en particular en los adolescentes, parece existir una tendencia a buscar condiciones para alterar sus estados psíquicos, y el origen de esa necesidad se pierde en las tinieblas del tiempo. Así, pareciera que la tendencia a intoxicarse en algunos sujetos es irrefrenable, situación que se registra desde los albores de la civilización humana.

El Modelo de Pandina et al, (1984) subraya que las interpretaciones mono

causales de la iniciación del consumo, han sido completamente superadas. Los autores reconocen la complejidad del fenómeno. No obstante ensayan una clasificación de los factores de la siguiente manera:

1. Factores intra personales: afectan al consumidor
2. Factores interpersonales: afectan al consumidor en sus relaciones con los demás;
3. Factores relacionados con la droga y su contexto: intervienen factores como la disponibilidad, ideología.

Más allá del razonamiento de estos factores, vale la pena subrayar un punto, que podría constituirse en un elemento fundamental de aproximación al problema: el consumo de sustancias psicoactivas no puede enfocarse de la misma manera como se analiza una enfermedad física o un trastorno psíquico, pues en esas condiciones se encuentran ciertos parámetros relativamente estables que permiten evaluar condiciones que también tienden a ser más o menos estables. No así en el caso del consumo de drogas.

En este contexto, las situaciones cambian casi a diario, cambian las actitudes de las gentes, se transforman las posiciones de los gobiernos, se modifican los comportamientos de los usuarios, se alteran las estrategias de los traficantes, se acortan las edades de iniciación -como se demuestra en la población del presente estudio- aparecen nuevas posiciones de los medios de comunicación.

En cualquier caso, nos enfrentamos con procesos auténticamente sociales y no con fenómenos simples, dependientes de estructuras previsibles. Por tanto, las explicaciones siempre estarán incompletas y se presentarán, en algunos casos desfasadas.

6. Drogas de mayor consumo en la población adolescente

En el cuadro N° 17 se puede observar que el 45% de la población presenta como demanda el consumo de marihuana como motivo de consulta. En segundo lugar, se tiene a la cocaína con el 12,5%; luego, la pasta básica de cocaína (PBC) con el 10,3%, fumada sea como "tabacazos" o "mixtos". La presencia de casos vinculados con problemas a partir del abuso del alcohol llegó al 9,7%.

En lo que se refiere al consumo de éxtasis, el porcentaje de casos alcanza un 7,4%, anotándose que el consumo de esta sustancia esta generalmente asociada al consumo de marihuana y cocaína.

Un aspecto que resulta importante enfatizar es lo referido al alto índice de la demanda de consumo de marihuana, aspecto que sin lugar a dudas obedece a varios factores, como es el caso de la cada vez más aceptación que ha llegado a tener su uso, llegando hasta su apología; en este sentido, se coincide con lo planteado por Rivas et al, 2000 y Gamella y Jiménez, 2003, en la realidad española.

Sin embargo, llama poderosamente la atención que aún considerando la evidente aceptación y proclamación de su carácter inofensivo, el 46% de esta población acude a recibir consejería específicamente por problemas con la marihuana. En todo caso, es lícito asumir que el uso de esta sustancia como problema más bien podría reflejar un cambio de actitud ante la idea de la inocuidad de su uso.

Otro aspecto interesante es lo referido al consumo de bebidas alcohólicas. En efecto, el porcentaje de casos sólo alcanza el 9,8%. Ello puede significar que aún considerando que el uso y abuso del alcohol es la primera causa de un indeterminado número de serios problemas, incluyendo los de salud, la sociedad peruana no ha llegado a tener un adecuado nivel de conciencia de la necesidad de incorporar urgentes medidas preventivas para evitar el alcoholismo. Habría que considerar que aproximadamente el 10% de nuestra población (1 millón de peruanos) sería alcohólica (**CONTRADROGAS, 1999**).

También puede significar que la percepción sesgada y cocainizada del fenómeno de las drogas, puede representar un papel favorable para la escasez de conciencia del hecho adictivo del alcohol, razonamiento que es reforzado por el bajo índice de casos por alcohol registrado en el presente estudio.

Sin embargo, cabe recordar que dentro del patrón de poli consumo encontrado en la muestra estudiada, el alcohol casi siempre está presente, sea en el consumo experimental, abuso o dependencia de cualquiera de las sustancias

psicoactivas que se consumen en nuestra realidad. No hay duda que ello dificulta sustancialmente el análisis.

Ahora bien, no cabe duda que esta franja de adolescentes representa una gran incógnita, como quiera que cuando un sujeto decide iniciar el consumo de cualquier sustancia psicoactiva se abre la posibilidad que lo siga haciendo (**Gamella y Jiménez, 2003**). Sin embargo, también es lícito decir que no todos adquirirán el hábito, ni desarrollarán dependencia.

Pasando a otro nivel de análisis, al hablar de la marihuana no se debe perder de vista que la marihuana que fumaban los "hippies", la que se comenzó a fumar masivamente a fines de los años 60, tiene muy poco que ver con la que se fuma hoy en nuestro contexto. La principal diferencia es el cada vez mayor porcentaje del compuesto psicoactivo del cannabis, el llamado delta-9-tetrahidrocanabinol (THC), que contienen las nuevas variedades obtenidas principalmente en los Estados Unidos de América, el mayor productor y consumidor de esta droga en el mundo y en Europa.

Para **Baudelaire (1997)**, el porcentaje de THC que contenía un "pitillo" de marihuana en la década del 70' no superaba el 2%. En la actualidad, utilizando modernas técnicas de cultivo en interiores y conocimientos obtenidos de la ingeniería genética, se ha conseguido superar el 20%. El fumado de las nuevas variedades de marihuana ("super skunk", "chine widow", "jack flash" "Bubble gum", "light", etc.) podrían ser los mejores ejemplos, dado que los efectos de la intoxicación a través de estas nuevas sustancias aparentemente, son más intensos y tienen un tiempo de duración más largo.

La percepción del consumo de la marihuana, particularmente en Ibero América, es que hay una fuerte tendencia a exagerar el problema y por otro lado, a minimizarlo. Esto indudablemente es negativo cuando se trata de tomar decisiones para realizar acciones específicas de prevención.

Los exageradamente alarmistas ven peligros en todos los lados y consideran la problemática de las drogas como algo invencible, que tarde o temprano devorará a todos. Esto pareciera que ha originado la subcultura de la impotencia, lo que tiende a destruir los trabajos de la prevención primaria y secundaria.

De esto, se desprendería en parte la insatisfacción por lo que se hace actualmente en prevención, argumentos como "es inútil todo lo que se haga", "la batalla está perdida", etc.

Los que minimizan el problema asumen el concepto de "inocuo" como una forma de mecanismo frente al riesgo y proyectan fuera de sí los problemas que

los agobian. Tratan de excluirlos y de ubicar el problema en otras personas, en otros grupos, en otros países. La búsqueda de esta falsa conciencia, consiste en detectar el problema, rotularlo y excluirlo de la conciencia personal, grupal o nacional y atribuirlos a otros.

Esto no niega, en lo absoluto, la necesidad de un análisis crítico, basado en la investigación y la experiencia de campo, que lleve a desarrollar programas cada vez más eficaces (Masías, 2000).

Por otro lado, no faltan aquellos que pueden estar adscritos de alguna forma al contexto de las drogas. Sin embargo, por el hecho de haber consumido alguna droga y no haber "enganchado" con la adicción, asumen arbitrariamente, sesgada y riesgosa, que los niveles de peligrosidad en cuanto a la marihuana u otras drogas, son muy bajos para la mayoría de los usuarios, lo cual carece de sentido.

No deja de ser importante lo referido a las sustancias inhalables, como quiera que el 2,4% de consumidores pre-adolescentes evaluados admiten estar usando estas sustancias. Este dato puede significar que no debemos de dejar de observar otra arista de las drogodependencias que aqueja a una franja de niños, púberes y adolescentes, generalmente provenientes de estratos sociales bajos, cuyo patrón de consumo de este tipo de SPAs pareciera que se ha seguido manteniendo invariablemente.

Al respecto, en el estudio epidemiológico en población escolar de **MINEDU-DEVIDA-ONNUD-CEDRO (2004)**, se encuentra una tasa de 4,7% de prevalencia de vida, porcentaje que sigue a la marihuana (6,2%) y supera al de la cocaína y la PBC (3,9% y 3,5%, respectivamente).

7. Intensidad del consumo de marihuana y tiempo promedio de consumo de la droga problema

Es importante considerar que el 50% de los adolescentes del presente estudio se iniciaron en el consumo de drogas a través de la marihuana; del mismo modo, se ha encontrado que el 45% de la misma población ha acudido al servicio por tener algún problema relacionado con el fumando esta sustancia, datos que son parecidos a los de **Gamella y Jiménez, 2003**.

Los datos presentados en el cuadro N° 18 respecto a la intensidad del consumo de la marihuana, nos pueden ayudar en el ensayo para describir algunos patrones de uso de esta sustancia.

En efecto, se podría decir que el 38,4% de los jóvenes tendrían un consumo no patológico, en todo caso el patrón sería de uso funcional, dado que esta porción viene consumiendo 1 ó 2 veces al mes y eventualmente.

La otra franja de adolescentes que manifiesta estar consumiendo diario, inter diario y dos veces por semana, se podrían inscribir más bien a un patrón de uso disfuncional o adictivo.

El otro grupo de jóvenes, con un patrón de uso intermedio entre el de tipo funcional y disfuncional, vienen consumiendo 1 vez por semana. Se trata del grupo donde se concentra la mayor cantidad de sujetos (32%), estos datos guardan relación con los obtenidos por **Gamella y Jiménez, 2004**; sin duda que uno de los riesgos que hay en este grupo es la probabilidad del desarrollo de un patrón de uso exagerado y, finalmente patológico, ello en razón de que el poli consumo es una de las características del uso de drogas en nuestro medio.

En este sentido el cuadro N° 18, nos pueden ayudar a comprender mejor los datos de la intensidad del consumo. El 32% de los sujetos que vienen fumando marihuana 1 vez por semana, fácilmente puede estar haciéndolo entre los 3 y 4 años (29%), resultado que deja abierto el debate en torno a las consecuencias de la marihuana.

Por otro lado, es posible que el 26,7% de jóvenes que vienen consumiendo entre 1 mes a 2 años, podría comprender a aquellos que se inscriben en un patrón de uso funcional no patológico.

Así mismo tiene importancia el 20% de adolescentes que vienen consumiendo de 4 años a más, porción que seguramente comprende al 29,1% de los sujetos que vienen fumando diario, inter diario y 2 veces por semana, y donde estarían ubicados los consumidores con patrones disfuncionales o patológicos.

8. Aspectos familiares

En lo que se refiere a la estructura familiar de los adolescentes, el 67,3% proviene de familias nucleares (cuadro No. 20), siendo este dato un hallazgo importante ya que permite contrastar con estructuras de familia de adultos consumidores de drogas.

Ello puede estar corroborando lo encontrado por **Muñoz-Rivas et al, 2002 y Rojas V. (1999)**. Este último sustenta que el hecho de poseer determinada estructura familiar nuclear o completa pareciera no representar un papel de protección en el tema del abuso y la dependencia a drogas, como sí aparentemente lo es la dinámica de las relaciones intra familiares.

En este contexto, el tamaño de la familia es una variable importante a tener en cuenta. El número promedio de miembros de la familia de los adolescentes encuestados va de 4 a 5 hermanos. Este resultado coincide con lo encontrado por **Perales et al, (1996)** en adolescentes del distrito limeño de San Miguel.

9. Perfil del Adolescente consumidor de drogas atendido en el Servicio “Lugar de Escucha” de CEDRO (N = 502)

- EDAD PROMEDIO : 17,51
- GÉNERO : masculino (80,9%)
- OCUPACIÓN : estudiante de secundaria (57,5%)

- MODALIDAD DE INGRESO AL SERVICIO:
Coaccionado / presionado (32,2%)

- RAZONES PARA INICIAR EL CONSUMO DE ALCOHOL:
Inicio del consumo entre amigos y
compañeros / presión de amigos (34,0%)

- RAZONES PARA INICIAR EL CONSUMO DE
DROGAS ILEGALES:
Inicio del consumo entre amigos y
compañeros (presión de amigos) (32,2%).

- EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE DROGAS:

13 años de edad

- DROGA DE ENTRADA EN LA POBLACIÓN:

Marihuana (50,4%)

- MOTIVO DE CONSULTA:
1ro. marihuana (45,8%)
2do. cocaína (12,4%)
3ro. PBC (10,4%)

CONCLUSIONES

1. 80% de la muestra está conformado por hombres
2. 57% son estudiantes escolares
3. En el 59% de los casos es la familia (madre, padres, familia, padre) quien acude en compañía del adolescente.
4. La presión de grupo, como factor de riesgo importante en la iniciación del consumo de drogas legales e ilegales en los adolescentes, sigue siendo una variable que está presente en el escenario del consumo de drogas.
5. En lo que se refiere a la edad promedio del primer consumo de tabaco fue 9,3%, alcohol 10,2%, inhalantes 10,9%, marihuana 11,6%, psicofármacos 12,8%, cocaína 13,6%, éxtasis 14,3% y para la PBC fue 14,9%.
6. La marihuana es la droga de entrada en el 50,3% para quienes acuden a consulta
7. Se asume como hallazgo el hecho de encontrar adolescentes que se han iniciado en las drogas a través del éxtasis (1,0%, 5 casos)
8. Predominan las familias nucleares (67,3%)

SUGERENCIAS

Sugerencias

- En la actitud hacia las drogas, lo que parece esencial no es tanto el rechazo frontal a las mismas, sino el rechazo a la dependencia, que el consumo desencadena.
- Existe la necesidad de incentivar y desarrollar acciones de prevención primaria y detección temprana o precoz, en población escolar.
- En las instituciones educativas secundaria y superior, se justifica ensayar metodologías de intervención temprana, consejo psicológico y motivación en usuarios / as de drogas.
- La prevención debe actuar a través de la familia. Aún es fuerte la tendencia de la "familia ambigua", donde se producen factores de riesgo y de protección. En particular, en lo que se refiere al consumo de bebidas alcohólicas.
- La estructura básica del proceso preventivo se construye en la mente de cada uno de los jóvenes. Como todo proceso cognitivo-educativo, en última instancia es decisivo lo que cada uno produce en su estructura cognitiva, motivacional y ejecutiva.

Los puntos básicos serían:

1. La adquisición de la autonomía en general y sobre todo con relación al grupo.
2. La adquisición de la sistematicidad y disciplina en hacer las cosas de cada día, sin caer en la obsesión.
3. Compromiso social y político con la realidad nacional.
4. El consumo temprano del alcohol podría por sí mismo no ser causal suficiente para la predicción del uso de otras drogas (Rojas, 1999), no obstante encontrar en los estudios de **CONTRADROGAS (1999)**, **MINEDU/DEVIDA/ONUDD/CEDRO (2004)** una fuerte asociación entre la ingesta de bebidas alcohólicas y otras drogas psicoactivas.

ANEXOS

FICHA DE ATENCIÓN (FdA)

(Rojas, Giraldo y Montes, 2001)

APELLIDOS _____

NOMBRES _____

TELÉFONO _____ RECEPCIONÓ _____ HORA _____

PROCEDENCIA:

Departamento _____ Provincia _____ Distrito _____

LLAMADA: COMPLETA () INCOMPLETA () VISITA SIN PREVIA CITA ()

TIPO DE ATENCIÓN :

- A) Se brindo información ()
- B) Se deriva a otra institución ()
- C) Se fijó cita ()

Fecha: _____

Profesional _____

Hora: _____ Personas citadas _____

MOTIVO DE LA VISITA O LLAMADA:

- A. Información especializada () C. Emergencia ()
- B. Consejería () D. Otros, especifique ()

PERSONA QUE VIENE:

- A. Consumidor () E. Hermana ()
- B. Madre () F. Esposo ()
- C. Padre () G. Esposa ()
- D. Hermano () H. Otros ()

USO DEL SERVICIO:

A) Primera vez () B) Segunda vez () C) De tres veces a más ()

OBSERVACIONES:

¿Qué lo motivó a buscar ayuda?

MOTIVACIÓN

Personas con quien convive

Red de apoyo familiar

Aspectos físicos

Descripción de la conducta actual

Antecedentes policiales

DATOS COMPLEMENTARIOS

DATOS DEL CONSULTANTE:

EDAD _____ **SEXO:** Masculino ()

FECHA DE NACIMIENTO/...../..... Femenino ()

ESTADO CIVIL:

- | | | | |
|------------------------|-----|------------------|-----|
| A. Soltero/a | () | E. Madre soltera | () |
| B. Casado/a | () | F. Padre soltero | () |
| C. Divorciado/separado | () | G. Otro | () |
| D. Conviviente | () | H. No reporta | () |

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

- | | |
|---|-----|
| A. Pre-escolar | () |
| B. Primaria Incompleta | () |
| C. Primaria Completa | () |
| D. Secundaria Completa | () |
| E. Secundaria Incompleta | () |
| F. Técnica Incompleta | () |
| G. Técnica Completa | () |
| H. Superior no universitaria completa | () |
| I. Superior no universitaria incompleta | () |
| J. Superior universitaria incompleta | () |
| K. Superior universitaria completa | () |
| L. Otro | () |
| M. No Reporta | () |
| N. Sin instrucción o analfabeto(a) | () |

OCUPACIÓN:

¿Cuál es su profesión? _____

¿Cuál es su actividad laboral actual? _____

ANTECEDENTES DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

A. DROGAS LEGALES:

- A1. Alcohol (licor) ()
- A2. Tabaco (cigarrillo) ()
- A3. Café ()

B. DROGAS ILEGALES:

- B1. Marihuana ()
- B2. PBC+Cigarrillos "Tabacazos" ()
- B3. Clorhidrato de Cocaína ()
- B4. PBC+THC "Mixtos" ()
- B5. Opio ()
- B6. Heroína ()
- B7. L.S.D. ()
- B8. Éxtasis ()

C. DROGAS INDUSTRIALES:

Sust. Inhalables ()

C.1. MEDICAMENTOS

- C.1.1. Analgésicos ()
- C.1.2. Sedantes ()
- C.1.3. Hipnóticos ()

C.2. NO PRESCRITAS (INHALANTES)

- C.2.1. Pegamentos ()
- C.2.2. Gasolina ()
- C.2.3. Pintura ()

D. FOLKLÓRICAS:

- D.1. Hoja de coca ()
- D.2. lucinógenos ()
- D.2.1. Ayahuasca ()
- D.2.2. San Pedro ()

E. Otros: ()

F. No Reporta ()

RESUMEN DE LA HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE DROGAS PSICOACTIVAS

DROGA DE INICIO: _____ EDAD DE INICIO: _____

DROGA PROBLEMA: _____ ASOCIADO A: _____
(La que consumió o consume con más intensidad)

TIEMPO PROMEDIO DE CONSUMO:

Semanas () Años ()
Meses () No Reporta ()

FRECUENCIA DE CONSUMO:

Diario ()
No. veces x semana ()
No. veces x mes ()

CANTIDAD MÁXIMA DE CONSUMO:

(Promedio de consumo de la droga problema, tabulado por sesión de consumo/8-24 horas)

"Pitillos" () Gramos de cocaína ()
"Tabacazos" () No Reporta ()
(No. de Ketes por "tabacazo") ()

EDAD DE INICIO DEL CONSUMO DE ALCOHOL : _____ No Reporta _____

EDAD DE INICIO DEL CONSUMO DE TABACO : _____ No Reporta _____

Motivaciones para el primer consumo de Alcohol:

1. Inicio entre amigos y compañeros, presión de grupo o del par ()
2. Inicio del consumo dentro del sistema Familiar a través de algún miembro Consumidor de alcohol ()
3. Curiosidad ()
4. Imitación ()
5. Ser aceptado ()
6. Para sentirse adulto ()
7. Evento social, brindis ()
8. No recuerda ()
9. Otras razones ()

Motivaciones para el primer consumo de drogas ilegales:

10. Inicio entre amigos y compañeros, presión de grupo o del par ()
11. Inicio del consumo dentro del sistema Familiar a través de algún miembro Consumidor de alcohol ()
12. Curiosidad ()
13. Imitación ()
14. Ser aceptado ()
15. Para sentirse adulto ()
16. Evento social, brindis ()
17. No recuerda ()
18. Otras razones ()

ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO POR DEPENDENCIA A SUSTANCIAS

TRATAMIENTO ACTUAL:

- S. Si
- N. No
- X. No Reporta

TRATAMIENTO ANTERIOR:

- S. Si
- N. No
- X. No Reporta

Número de veces que ha recibido tratamiento: _____

LUGAR:

- A. Servicio de Emergencia
- B. Hospital, Clínica
- C. Consultorio Externo
- D. Cen.de Rehabilitación
- E. Hosp. Psiquiátrico
- F. Consultorio Particular
- G. Comunidad Terapéutica
- H. Otros
- I. No Reporta

CÓMO SE ENTERO DEL SERVICIO "LUGAR DE ESCUCHA"

- A. Amigos/Familiares
- B. Servicio Profesional
- C. Radio/Televisión
- D. Prensa/Revista
- E. Otros (especifique)

TIPO DE FAMILIA

- C. Completa
- I. Incompleta

ANTECEDENTES FAMILIARES

1. ALCOHOLISMO:

- A. Abuelo/a
- B. Madre
- C. Padre
- D. Hermano/a

2. OTRAS DROGAS* _____

- A. Abuelo/a
- B. Madre
- C. Padre
- D. Hermano/a

**3. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES
PSIQUIÁTRICAS O PSICOLÓGICAS:**

- A. Abuelo/a ()
- B. Madre ()
- C. Padre ()
- D. Hermano/a ()

4. NO HAY ANTECEDENTES FAMILIARES ()

5. CÓMO SE ENTERO DEL SERVICIO "LUGAR DE ESCUCHA"

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| A. Servicio de Emergencia () | A. Amigos/Familiares () |
| B. Hospital, Clínica () | B. Servicio Profesional () |
| C. Consultorio Externo () | C. Radio/Televisión () |
| D. Cen.de Rehabilitación () | D. Prensa/Revista () |
| E. Hosp. Psiquiátrico () | E. Otros (especifique) () |
| F. Consultorio Particular () | _____ |
| G. Comunidad Terapéutica () | _____ |
| H. Otros () | _____ |
| I. No Reporta () | _____ |

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANAYA, R. (2000). Consumo de drogas en escolares del quinto año de educación secundaria. CICOTOX, Lima.

ANICAMA, J.; VISCARDO, S.; CARRASCO, J.. y MAYORGA, E. (1998). Estudio epidemiológico sobre la violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana y Callao. Ministerio de Salud Universidad Nacional Federico Villarreal.

ARNAO, J. y CABEZUDO, C. (2001). Relación de las drogas con las actitudes sexuales y los vínculos de pareja. CEDRO / NAS.

AU, J. G. and DONALDSON, S. I. (2000). Social influences as explanations for substance use differences among asian-american and european-american adolescents. In: Journal of Psychoactive Drugs, V(32), No.1, pp. 15-23

BANDURA, A. (1986). Social foundations of thought and action. A social cognitive theory. New Jersey. Prentice Hall, Inc.

BAUDELAIRE, CH. (1997). La nueva marihuana. En: CONACE INFORMA, No. 4. Santiago de Chile.

BECK, A. T.; WRIGHT, F. D.; NEWMAN, C. F. and LIESE, B. S. (1993). Cognitive Therapy of Substance Abuse. The Guilford Press, a Division of Guilford Publications Inc.

BELL, N. J.; FORTHUM, L. F. and SUN, Sh. (2000). Attachment, adolescent competencies, and substance use: Developmental considerations in the study of risk behavior. In: Substance Use/Misuse, 35(9), pp.1177-1206

BERGMARK, K. and ANDERSSON, T. (1999). The development of advanced drinking habits in adolescence. A longitudinal study. In: Substance Use & Misuse, 34(2), pp.171-194.

BOLOGNINI, M.; PLANCHEREL, B.; BETTSCHART, W. and HALFON, O. (1996). Self-esteem and mental health in early adolescence: Development and gender differences. In: Journal of Adolescence, V(19), No.3, pp.233-245

CARBAJAL, C.; JERÍ, R.; SÁNCHEZ, C.; BRAVO, C. Y VALDIVIA, L. (1980). Estudio epidemiológico sobre uso de drogas en Lima (1979): Investigación mediante encuesta, usando un cuestionario multifactorial, con una muestra probabilística de 2167 viviendas. Revista de la Sanidad de las Fuerzas Policiales, 41: 1-38

CASTRO DE LA MATA, R.; ZAVALETA, A.; ROJAS V. M.; ZEGARRA, L.; VÁSQUEZ, D.; ZÁRATE, J. y LARA, A. (2000). Estudio global de mercados de drogas ilícitas en Lima Metropolitana. UNICRI-PNUFID-CONTRADROGAS-CEDRO.

CEDRO: ROJAS, A. M. y CASTRO DE LA MATA, R. (1998). Epidemiología de drogas en población urbana peruana-1997. Monografía de investigación No.17. CEDRO

CENTRO NACIONAL SOBRE ADICCIÓN Y ABUSO DE SUSTANCIAS, con base en la Universidad de Columbia (CASA) (1999). No safe heaven: Children of substance-abusing parents. Nueva York: Centro Nacional sobre Adicción y Abuso de Sustancias con Base en la Universidad de Columbia, pp. 4-5.

CHAU, C. B. (1998). Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios: Motivaciones y estilos de afrontamiento. Tesis para Optar el Grado de Magister en Psicología. Pontificia Universidad Católica de Perú.

CIJ (Centros de Integración Juvenil A. C.) (2000). Estudio epidemiológico del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil en 1999. En: CIJ, Revista Trimestral, No. 18, México D.F. pp. 86-87.

CLAUX, M. L. (2005). Recursos psicosociales que funcionan como factores de protección en jóvenes de las zonas de desarrollo alternativo. En: F.R. León y M.L. Claux (Eds.). Brechas de género en comportamientos de riesgo juvenil: Un estudio en colegios del Perú centro oriental. CEDRO. pp. 115-135

CLERICI, M. (1996). Seguimiento. En: Adolescencia y toxicomanía. Hacia un proceso de reinserción. Experiencias de la Comunidad para adolescentes San Gregorio (Colombia). Comunidad San Gregorio Eds., Santafé de Bogotá, pp. 111-156

CONTRADROGAS (1999). Encuesta nacional sobre prevención y uso de drogas. INEI-UPCH-UNDCP-NAS

DEMBO, R.; WOTHKE, W.; SEEBERGER, W.; SHEMWEEL, M.; PACHECO, K.; ROLLIE, M. SCHMEIDER, J.; KLEIN, L. ; HARTSFIELD, A. and LIVINGSTON, S. (2000). Testing a model of the influence of family problems factors on high-risk

youths' troubled behavior: A three-wave longitudinal study. In: Journal of Psychoactive Drugs, V(32), No. 1, pp.55-65

DONOVAN, D. M. and ROSENGREN, D. B. (1999). Motivation for behavior change and treatment among substance abusers. In: j. a. Tucker; D. M. Donovan and G. A. Marlatt (Eds.) Changing Addictive Behavior. Bridging Clinical and Public Health Strategies. The Guilford Press, New York, London, pp.127-159

DUSECK, D. (1986). Drogas. Un estudio basado en hechos. México.

GAYLE, A. D. (2000). Understanding gender differences in adolescent drug abuse: Issues of comorbidity and family functioning. In: Journal of Psychoactive Drugs, V(23), No.1, pp.25-32

GAMELLA, J. F. y JIMÉNEZ, M. L. (2003). El consumo prolongado de cánnabis. Pautas, tendencias y consecuencias. Ed. FAD Junta de Andalucía

GRAÑA, J. L. (1994). Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento. Ed. Debate, Madrid.

HILBURN, C. L. (1996). Adolescent-Parent attachments and family problem-solving styles. In:Family Process, V(35), No, 1, pp.57-80

HOFFMANN, J. P.; CERBONE, F. G. and SU, S. S. (2000). A growth curve analysis of stress and adolescent drug use. In: Substance Use / Misuse, V(35), No. 5, pp. 687-716

HUAMÁN, J.; TUEROS, M. y VILLANUEVA, M. (1983). Aspectos psicosociales relacionados con el uso de drogas en adolescentes de Lima Metropolitana. Pontificia Universidad Católica del Perú. Manuscrito no Publicado.

JOHNNSON, L. (1999). Preliminary results on illicit drug and alcohol use from monitoring the future. Michigan University.

JOHNSON, L. D.; O´MALLEY, P. M. y BACHMAN, J. G. (1984). Highlights from drugs and american high school students 1975-1983. NIDA, Washington.

KANDEL, D. (1978). Antecedent of adolescent initiation into stages of drug use, a developmental analysis. In: Journal of Youth Adolescence, No.7, pp.13-40.

KANDEL, D. B. (1998). Epidemiology of drug use among women. In: C. L. Wetherington and A. B. Roman (Eds.). Drug Addiction Research and the Health of Women, U.S. Department of Health and Human Services. NIDA, pp.24-28

LEDOUX, S.; SIZARET, A.; HASSLER, C. y CHOQUET, M. (2000), Consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia. Análisis de los estudios de cohorte. En: Adicciones: V.12, No,2, pp.255-279.

LEÓN, F. R. (1989). Epidemiología del uso y abuso de la pasta básica de cocaína en el Perú: 1976-1989. En: F. León y R. Castro de la Mata (Eds.). Pasta Básica de Cocaína. Un estudio multidisciplinario, CEDRO, pp. 29-111

LEÓN, F.; CLAUX, M.; PADILLA, A.; FEIJOÓ, A.; RÍOS, A.; ZUMARÁN, A.; ARNAO, J. y ZAVALA, M. (2005). Indicadores de comportamientos de riesgo y recursos psicosociales. En: F.R. León y M. L. Claux (Ed.). Brechas de género en comportamientos de riesgo juvenil: Un estudio en colegios del Perú centro oriental. CEDRO, pp. 67-113.

LETTIERI, D. (1980). Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives. NIDA, Washington D. C.

LEVIN, S.; SULLIVAN, E. And FLEMING, M. (1999). Guía de servicios para el abuso de sustancias para proveedores de atención primaria de la salud. Guía concisa de referencia, Serie de Protocolo de Mejora Terapéutica No. 24, SAMHSA, CSAT. Rockville.

FERNÁNDEZ, J.; ÁLVAREZ, E.; SECADES, R.; JIMENEZ, J.; CAÑADA, A.; DONATE, FERNÁNDEZ, J. R. y VALLEJO, S. (2003) Consumo de drogas de síntesis en estudiantes de secundaria del Principado de Asturias (España). En: Adicciones, Vol. 15, N° 1, pp. 31-37

MASÍAS, C. (1998). Crecer libre de drogas. Guía de prevención para padres de familia. CEDRO-KELLOG FOUNDATION.

MASÍAS, C. (2000). Comunicación personal.

MC BRIDE, L.; NORRIS, C. y HODAK, M. (1989). Comprensión de las teorías y prácticas de la prevención del uso indebido de estupefacientes. Washington, Macro Systems Inc.

MINEDU-DEVIDA-ONNUD-CEDRO (2004). Estudio epidemiológico sobre el consumo de drogas en la población escolar de secundaria de menores-2002.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN-PNUFID (1999). Estudio epidemiológico del uso indebido de sustancias psicoactivas y sus condiciones en la población escolar y docente de educación primaria y formación magisterial. Ministerio de Educación, Lima.

MUÑOZ-RIVAS, M.; GRAÑA, J.; PEÑA, M. y ANDREU, J. (2002). Influencia de la conducta antisocial en el consumo de drogas ilegales en población adolescente. En: Adicciones, Vol. 14, N° 3, pp. 313-320.

NOSHPITZ, J. D. (1995) El desarrollo psicosocial del adolescente. En: M. Maddaleno; M. Munist; C. Serrano; T. Silber; E. Suárez y J. Yunes (Eds.). La salud del adolescente y del joven. O.P.S. Publicación Científica No.552, pp. 95-111

OFFICE OF NATIONAL DRUG CONTROL POLICY (ONDCP) (2000). National Drug Control Strategy. 2000 Annual Report. Washington D. C.

PADILLA, A. M.; SALGADO DE SNYDER, V. N.; CERVANTES, R. C. and BAEZCONDE-GARBANATI, L. (1987). Self-regulation and risk-taking behavior: A Hispanic perspective. Research Bulletin of UCLA'S a Spanish Speaking Mental Health Research Center.

PANDINA, R. J.; LABOUVIE, E. W. and RASKIN-WHITE, H. (1984). Potential contributions of the life span development approach to the study of adolescent alcohol and drug use: The Rutgers Health and Human Development Project: A Working Model. Journal of Drug Issues. Pp. 253-268.

PEÑAHERRERA, E. (1998). Comportamiento de riesgo adolescente: Una aproximación psicosocial. En Revista de Psicología de la PUC, V, XVI, No.2, pp. 266-293

PERALES, A.; SOGI, C. y SALAS, R. (1996). Salud mental en adolescentes del distrito de Magdalena. Serie: Monografías de Investigación No. 4. INSM Honorio Delgado Hideyo Noguchi.

PÉREZ, G. A. (1987). Cocaína. Surgimiento y evolución de un mito. Ed. Catálogo Científico, Santafé de Bogotá.

PÉREZ, I. J. (2000). Segundo censo de menores en situación de calle de la ciudad de México. En: J. A. Pérez (Ed.) Jóvenes: Una evaluación del conocimiento. Investigación sobre juventud en México 1986-1999, T(II), pp. 332

PERKINSON, R. R. (1997). Chemical Dependency Counseling. A practical Guide, SAGE Eds. Pp.163-171

RIENZI, B.; McMILLAN, D.; DICKSON, C.; CRAUTHERS, D.; McNeill; PESINA, M. and MANN, E. (1996). Gender differences regarding peer influence and attitude toward substance abuse. In: Drug Education, V(26), No. 4, pp.339-347

RIVAS, M.; RODRÍGUEZ, C. y GÓMEZ, G. (2000), Consumo de drogas en

adolescentes de la Comunidad de Madrid. En: Adicciones, V, 11, No. 4, pp.311-322.

RODRÍGUEZ, E.; MEGÍAS, I. y SÁNCHEZ, E. (2002). Jóvenes y relaciones grupales. Dinámica relacional para los tiempos de trabajo y de ocio. FAD-Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid

ROJAS, A. M. (1999). Factores de riesgo y protección en el abuso de drogas ilegales en adolescentes jóvenes de Lima Metropolitana. CEDRO-NAS

ROJAS, V. M. (1999). Mujeres que consumen sustancias psicoactivas. Un estudio psicológico, social y cultural sobre 627 casos. CEDRO-NAS.

ROJAS, V. M. (2000-A). Adolescencia y resiliencia. Un comportamiento de riesgo: El consumo de drogas psicoactivas En: Psicoactiva No. 16. pp. 37-63

ROJAS, V. M. y GIRALDO, P. (2000-B). “Grupos de Encuentro”. Una alternativa de apoyo en adolescentes consumidores iniciales de drogas psicoactivas. Documento en revisión final para publicación.

ROJAS, M.; GIRALDO, P. Y MONTES, C. (2001). Consejería telefónica, consejo psicológico e intervención en crisis, Lima, CEDRO.

ROJAS, V. M. (2002). Factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. Revisión y análisis del estado actual. En A. Zavaleta (Ed.). Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud. NAS-CEDRO. Pp. 53-93.

SAAVEDRA, A. (1997). Comorbilidad y alcoholismo. En: Serie Monografías de Investigación No. 5. INSM Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, pp.51-111

SOLANO, O. y ROJAS, S. (2000). Percepción, consumo y factores asociados en el fenómeno droga en población escolar de Heredia, Costa Rica. En: Adicciones, V, 12, No.1, pp. 127-135.

STOCKER, S. (1999). Studies link stress and drug addiction. In: NIDA notes, V(14), No. 1. pp.12-14

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH AND HUMAN SERVICES (SAMHSA). (1997). Substance use among women in the United States. Office of applied studies. SAMHSA, Department of Health and Human Services, Rockville.

SUSSMAN, S. and DENT, C. W. (2000). One-Year prospective of drug use from stress-related variables. In: Substance Use / Misuse, V(32), No. 5, pp. 717-735

VILLANUEVA, M. (1989). Factores psicológicos asociados a la iniciación y habituación. En: F. León y R. Castro de la Mata (Eds.). Pasta Básica de Cocaína. Un estudio multidisciplinario. CEDRO, pp.167-209

WASHTON, A. M. (1995). Tratamiento en poblaciones especiales. En: La adicción a la cocaína. Tratamiento, recuperación y prevención. Ed. PAIDOS, Barcelona, pp. 253-272

ZICKLER, P. (1999). Twin studies help define the role of genes in vulnerability to drug abuse. En: NIDANOTES, V(14), No. 4

ZICKLER, P. (2000). Evidence accumulates that long-term marijuana users experience withdrawal. En: NIDANOTES, V(15), No. 1, pp. 6-7

