



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

“PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO,
CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO Y
CONDUCTAS ASOCIADAS AL USO DE
SUSTANCIAS EN CONSULTANTES DEL
SERVICIO HABLA FRANCO, DEVIDA.
MODALIDAD TELEFÓNICA 2012 AL 2015”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRA EN DROGODEPENDENCIA
CON MENCIÓN EN TRATAMIENTO

AZUCENA DE ALELI AVALOS JARA

LIMA – PERÚ

2022

ASESOR

Dr. GIANCARLO OJEDA MERCADO.

JURADO DE TESIS

MG. ELENA ESTHER YAYA CASTAÑEDA

PRESIDENTE

DR. RAÚL FERNANDO SALAZAR SILVA

VOCAL

MG. CAROLINA JESUSA MAYORCA CASTILLO

SECRETARIO (A)

AGRADECIMIENTO

Esta investigación representó un largo camino y como tal un gran desafío que finalmente sale a la luz. Debo agradecer a todas aquellas personas que con su profesionalismo, conocimiento y sensibilidad ayudaron a consultantes en crisis en busca de soporte, ofreciéndoles un espacio para ser escuchados. Asimismo, a mi asesor Giancarlo Ojeda Mercado por sus constantes revisiones y ánimo; al Dr. Fernando Salazar por su motivación y recomendaciones en el cuidado de los datos y al psicólogo Guillermo Chura por su apoyo en el codificación de la base de datos.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

Tesis Autofinanciada

INDICE

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Identificación del problema	
1.2 Justificación e importancia del problema	
1.3 Limitaciones de la investigación	
1.4 Objetivos de la investigación	
1.4.1 Objetivo general	
1.4.2 Objetivos específicos	
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	9
2.1 Aspectos conceptuales pertinentes	
2.1.1 Drogas	
2.1.2 Consumo de drogas	
2.1.3 Conductas asociadas a drogas	
2.1.4 Epidemiología del consumo de drogas	
2.1.4.1 Consumo de drogas en el mundo	
2.1.4.2 Consumo de drogas en las américas	
2.1.4.3 Consumo de drogas en el Perú	
2.1.4.4 Consumo de drogas en el entorno familiar	
2.1.4.5 Demanda de tratamiento y acceso a servicios especializados en drogas	
2.1.5 Modelos teóricos de intervención psicológica en línea telefónica	

2.1.6 Servicio de información, orientación y consejería psicológica Habla Franco	
2.2 Investigaciones en torno al problema investigado	
2.2.1 Internacionales	
2.2.2 Nacionales	
2.3 Definiciones operacionales y conceptuales de variables	
2.4 Hipótesis	
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	63
3.1 Tipo de investigación	
3.2 Diseño de investigación	
3.3 Naturaleza de la muestra	
3.3.1 Descripción de la población	
3.3.2 Criterios de inclusión	
3.3.3 Criterios de exclusión	
3.4 Instrumentos	
3.5 Técnicas	
3.6 Procedimiento	
3.7 Plan de análisis de datos	
3.8 Consideraciones éticas	
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	72
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	83
CONCLUSIONES	103
RECOMENDACIONES	104
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Primera Ayuda Psicológica.....	38
Tabla 2: Operacionalización de variables.....	57
Tabla 3: Perfil sociodemográfico de consultantes que llaman a la línea de ayuda. 2012 al 2015.....	73
Tabla 4: Prevalencias según variables relacionadas a las características del consumo de drogas de los consultantes que llaman a la línea de ayuda. 2012 al 2015.....	75
Tabla 5: Conductas asociadas al consumo de drogas de los consultantes que llaman a la línea de ayuda. 2012 al 2015.....	77
Tabla 6: Asociación entre conductas asociadas y droga problema de los consultantes que llaman a la línea de ayuda. 2012 al 2015.....	80
Tabla 7: Asociación entre conductas asociadas y tiempo promedio consumo droga problema de los consultantes que llaman a la línea de ayuda. 2012 al 2015.....	81

Resumen

Objetivo: Determinar la asociación entre el perfil sociodemográfico, las características del consumo y las conductas asociadas a la frecuencia de uso de drogas **Materiales y métodos:** Estudio no experimental, transversal, descriptivo correlacional. Datos obtenidos de una fuente secundaria, conservando la confidencialidad. **Resultados:** Los datos obtenidos de 1543 casos mostraron asociaciones altas entre las conductas asociadas con la frecuencia de consumo problemático del consultante. Se obtuvo un perfil sociodemográfico demostrando que la edad de inicio se encuentra entre los 13 a 16 años, el motivo de consulta fue la marihuana, PBC, alcohol y cocaína con 8 años de consumo problemático. Las consultas se realizaron predominantemente desde la región Lima y Callao. **Conclusiones:** Existe una asociación alta entre las variables de conductas asociadas con la frecuencia de uso. Siendo los diferentes tipos de violencia los comportamientos que se muestran y sostienen el desarrollo del problema de adicción.

Palabras claves: Línea de ayuda; teléfono; drogas; perfil sociodemográfico; características del consumo; frecuencia de uso; conductas asociadas

Abstract

Objective: To determine the association between the sociodemographic profile, the characteristics of consumption and the behaviors associated with the frequency of drug use. **Materials and methods:** Non-experimental, cross-sectional, descriptive correlational study. Data obtained from a secondary source, preserving confidentiality. **Results:** The data obtained from 1543 cases showed high associations between the associated behaviors such as violence, crime, school dropout, gangs, risky sex with problem drugs, average time of drug use and time considered a problematic use by the client. A sociodemographic profile was obtained showing that the age of onset is between 13 to 16 years, the reason for consultation was marijuana, PBC, alcohol and cocaine with 8 years of problematic use. The consultations were carried out predominantly from the Lima and Callao region. **Conclusions:** There is a high association between the behavioral variables associated with the frequency of use. Being the different types of violence the behaviors that are shown and sustained in the development of the addiction problem

Keywords: Helpline; telephone; drugs; sociodemographic profile; consumption characteristics; frequency of use; associated behavior.

INTRODUCCIÓN

En el Perú, la problemática del consumo de drogas, plantea un contexto perjudicial a todo nivel que afecta a la población en general, siendo los niños, niñas, adolescentes y jóvenes los grupos poblacionales que sufren las mayores consecuencias; el abuso de sustancias psicoactivas perturba seriamente el desarrollo de sus capacidades y competencias, restándoles potencial para lograr niveles óptimos de producción académica, laboral – profesional como también gozar de relaciones familiares y sociales saludables (UNODC, 2018)

Un aspecto crítico en el momento actual, es la baja percepción de riesgo respecto a las consecuencias perjudiciales del uso frecuente de drogas, lo que conlleva a comportamientos de desenfreno y exposición de la salud física y mental asociada. Los y las adolescentes y jóvenes se inician cada vez más temprano, y desarrollan una serie de representaciones sociales que pretenden justificar su consumo, la normalización en sus entornos más cercanos, el binomio diversión/drogas, el “vivir el presente” priorizan la satisfacción de sus deseos inmediatos, como expresión de estas representaciones.

En el estudio de DEVIDA (2014), se halló que el 59,4% de la población de Lima Metropolitana y el Callao aceptó haber bebido alcohol el último año. Estas cifras son alarmantes, puesto que revelan como el consumo de bebidas alcohólicas se ha generalizado en los diferentes grupos etarios de nuestra sociedad. Asimismo, entre los adolescentes de 12 y 18 años probaron drogas ilegales (2.7%) y reportaron haber consumido al menos una vez en su vida algún tipo de droga legal 7.7%.

El abuso de estas drogas y la demanda de servicios de atención se han incrementado según la realidad específica de cada país, afectándolos de manera diferenciada y convirtiéndose en una de las problemáticas de salud pública de la sociedad contemporánea actual, con amplias repercusiones sobre los diversos ámbitos de desarrollo de las personas.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Identificación del problema

Es una realidad que el consumo de drogas se mantiene y va en ascenso en diversas regiones de nuestro país; debido a ello, muchas personas acuden a diversos servicios o establecimientos en busca de apoyo frente a una situación conflictiva e incontrolable.

DEVIDA (2013), en un estudio realizado a nivel nacional en estudiantes de secundaria, reporta que el inicio del consumo de alcohol y tabaco se presentan a la edad de 13.3 años; en caso de drogas ilegales, oscila entre las edades de 12 y 14.3 años. Asimismo, informa sobre las más altas prevalencias que se ubican por encima del promedio nacional en el consumo de drogas legales, ilegales y médicas, Lima Provincias (34.9%, 5.5%, 3.5%), Arequipa (34%, 5.1%, 4.4%), el Callao (33.4%, 5.2%, 4.3%), Tacna (30.2%, 7.9%, 4.4%), y Lima Metropolitana (26.4%, 5%, 3.1%). Otro dato importante es que los que permanecen e inician en el consumo de drogas, suelen experimentar con otras drogas e intensificar su uso, incrementándose de esa manera la oferta de sustancias en el medio. Asimismo, se encontró que cerca del 60% de los escolares perciben como “gran riesgo” al consumo frecuente de tabaco y alcohol; entre el 21% y el 28% al consumo ocasional (“alguna vez” o “una o dos veces”) de marihuana, cocaína, PBC y éxtasis.

El mismo estudio (DEVIDA, 2013) en escolares identificó la facilidad para el acceso de las drogas ilegales, la marihuana presenta una alta tendencia con 13%, frente a la cocaína (8.5%), PBC (5.8%), Éxtasis (5%). Asimismo,

sobre la demanda y acceso a servicios de información y orientación se demuestra en el estudio que cuatro de cada diez estudiantes, esto es 39.7%, solicitan orientación respecto al tema. El 41.8% se supone bien informado, y otros no tienen interés en el tema (18.6%). Los escolares de provincias requieren de orientación en comparación con los de Lima Metropolitana según los datos reportados. De los estudiantes que han tenido acceso a servicios de información (55.4%) sólo el 36.1% quedó satisfecho con la atención recibida. Un 19.3% considera que es información escasa y un 44.7% no pudo tener acceso a ella. A todo ello, las mujeres fueron las que accedieron a este tipo de información en comparación que los hombres, sin embargo demuestran un alto grado de insatisfacción. Es importante reflexionar sobre las oportunidades que tienen los adolescentes y jóvenes estudiantes para acceder a la información o servicios de atención tomando en cuenta la zona geográfica donde se encuentran, como también las ventajas o posibilidades que les brinda el sistema educativo del cual forman parte. El estudio revela que los colegios privados, tienen un mayor acceso y satisfacción con la información recibida que los colegios estatales, donde el nivel de acceso y satisfacción es menor. Finalmente el estudio, pone en alerta la existencia de casos que requieren orientación y atención especializada (13.6%) por la relación que los estudiantes han establecido con las sustancias.

En ese sentido, las líneas de ayuda son un dispositivo de soporte inmediato, con posibilidad de cobertura, accesibilidad y gratuidad. Se obtiene información de primera fuente, logrando alcanzar comunicación con el entorno cercano de los y las consultantes, como son los familiares y amigos.

Los casos que se atienden en una línea de ayuda revelan problemas a todo nivel, desde el primer contacto con la sustancia, como el consumo potencial y que coloca a la persona en riesgo de abuso y/o dependencia; en ese sentido, la ingente información obtenida a través de los años en la Línea de Ayuda parte del presente estudio, amerita de análisis, discusiones y reflexiones respecto al perfil y características del consultante, asimismo urge hacer un comparativo con los estudios epidemiológicos nacionales y analizar la trascendencia de esta línea de ayuda especializada en el proceso de obtención de información.

Por lo expuesto anteriormente, el presente estudio plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la asociación entre el perfil sociodemográfico, las características del consumo y las conductas asociadas a la frecuencia de uso de drogas en consultantes de una línea de ayuda, 2012 al 2015?

1.2. Justificación e importancia del problema

El consumo de drogas es una de las problemáticas de salud pública que afecta a nuestro país, siendo evidente los riesgos y consecuencias que se producen cuando su uso se presenta en edades tempranas en un organismo aun en desarrollo como son los niños y adolescentes.

En nuestro país, la oferta de servicios que aborden esta problemática no logra cubrir la atención de esta población en particular. Son pocos los servicios que poseen unidades especializadas en la atención de menores de edad con problemas de adicciones o que puedan abordar concretamente casos iniciales como el consumo experimental, habitual, etc. Más bien, debido al nivel de

complejidad ofrecen internamiento breve y atención ambulatoria. Por otro lado, nuestro sistema de salud se caracteriza por la saturación de la población atendida y la demora o tiempo de espera para la adquisición de una primera cita, en la cual se disponen primero de las acciones de tamizaje, evaluación y posterior atención.

En ese sentido, se requiere saber con este estudio si se está llegando a los adolescentes de tal forma que esta población tenga la atención adecuada de acuerdo a su nivel de uso y complejidad conociendo el perfil de quienes consultan.

Es así que los servicios telefónicos de ayuda, demuestran que se pueden trabajar y/o abordar casos de baja y mediana complejidad ofreciendo contención, consejería psicológica especializada y seguimiento, fortaleciendo la motivación al cambio, acrecentando la conciencia del problema y mejorando las redes de apoyo familiar y social.

Fletes (2007) plantea la necesidad de los programas en línea frente a los problemas de accesibilidad a servicios especializados por incompatibilidad de horarios o zona geográfica, ya que estos dispositivos telefónicos o web son una alternativa de intervención. Asimismo, en acuerdo con lo planteado por Fletes, las líneas telefónicas de ayuda son espacios plenos de contención, información e intervención que se ajustan a las necesidades actuales de los consultantes en el momento de la llamada, es decir, desean mantener su anonimato, recibir asesoría especializada, ser escuchados, las brechas de la distancia se acorta, confluyendo finalmente en objetivos propios para cada caso.

Dado que la línea de ayuda del presente estudio es un servicio orientado principalmente a la atención de adolescentes, los resultados de esta investigación que tomará en cuenta los perfiles de los consultantes podrá brindar información que indique si el servicio está llegando a esta población objetivo, de no darse ese caso permitirá reformular el programa para hacer que su aplicación sea la correcta y cumpla sus propósitos.

Los datos obtenidos orientarán el trabajo profesional de los especialistas y otras instituciones relacionadas, quienes podrán focalizar mejor sus estrategias de intervención, beneficiando así a los consultantes. Finalmente, los datos obtenidos por el análisis estadístico son generalizables a la población.

1.3. Limitaciones de la investigación

Uno de los problemas era hallar los datos completos de los consultantes en función de los 9 módulos del Sistema de Gestión de Fichas, debido a que dicha información eran variables requeridas para el estudio. En ese sentido, una limitación fue no poder contar con un mayor número de fichas. Por ello, se realizó un filtro de datos de las 6841 fichas pertenecientes al periodo 2012-2015, obteniendo 1534 fichas correctamente registradas.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar la asociación entre el perfil sociodemográfico, las características del consumo y las conductas asociadas a la frecuencia de uso de drogas en consultantes de una línea de ayuda, 2012 al 2015.

1.4.2. Objetivos específicos

1. Identificar el perfil sociodemográfico de consultantes de una línea de ayuda.
2. Establecer la prevalencia: edad de inicio del consumo, droga de inicio, droga problema, frecuencia de consumo de droga problema, tiempo promedio de consumo de droga problema, tiempo considerado un consumo problemático, así como, patrón de consumo de droga problema en los consultantes de una línea de ayuda.
3. Identificar las conductas asociadas a la frecuencia de uso de drogas de los consultantes de una línea de ayuda.
4. Identificar la asociación entre el perfil sociodemográfico y las características del consumo en consultantes de una línea de ayuda.
5. Identificar la asociación entre el perfil sociodemográfico y las conductas asociadas al uso de sustancias en consultantes de una línea de ayuda.
6. Identificar la asociación entre las características del consumo y las conductas asociadas al uso de sustancias en consultantes de una línea de ayuda

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Aspectos conceptuales pertinentes

2.1.1. Drogas

En la antigüedad, el consumo de drogas era una costumbre ancestral entre las poblaciones; su uso se asociaba con ceremonias espirituales. Los alucinógenos, formaban parte de una práctica folklórica. Si bien las primeras experiencias estuvieron asociadas a patrones culturales e incluso al ámbito medicinal, con el transcurrir del tiempo, esta práctica se ha distorsionado y su mal uso ha generado efectos adversos en el organismo, en sus dimensiones biológica psicológica y social (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Las drogas son todas aquellas sustancias psicoactivas de origen natural o sintético, que una vez introducidas en el organismo por las diversas vías de administración (oral, pulmonar, intravenosa, nasal) modifican el funcionamiento del sistema nervioso central y la producción de neurotransmisores, alterando la conciencia, la percepción y el estado de ánimo. Su uso genera efectos secundarios en el organismo, y el consumo continuo puede producir dependencia. Estas sustancias son capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones (OMS, 2015).

Se describen las características de las drogas más consumidas en nuestro país (DEVIDA, 2014):

a) Alcohol

Sustancia que se obtiene por proceso de fermentación (granos, frutos y plantas) y/o destilación (concentración del alcohol). Considerado un depresor del sistema nervioso, que en cantidades moderadas genera desinhibición del comportamiento y a mayores dosis la persona experimenta una falsa seguridad de sí mismo, disminución de los reflejos, dificultades en el habla, pérdida de la coordinación y del equilibrio, visión doble y somnolencia. Los patrones de consumo habitual, de abuso y dependencia están relacionados ampliamente a factores de riesgo que afectan la salud física y mental, generando problemas a nivel familiar y social.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009) el consumo puede clasificarse de la siguiente manera:

- *De riesgo*: Resultados perjudiciales para la salud, con hábito constante (de 20 a 40g. en mujeres, y de 40 a 60g diarios en hombres)
- *Perjudicial*: Consumo que afecta tanto la salud física como mental. (de 40g diarios en mujeres y de más de 60g diarios en hombres)
- *Intoxicación*: Estado más o menos breve de discapacidad funcional psicológica y motriz inducida, aun con un nivel bajo de consumo.
- *Excesivo ocasional*: Una sesión de beber en la que se consume al menos 60g.
- *Dependencia al alcohol*: Conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos, en los cuales el uso de alcohol se transforma en prioritario.

b) Tabaco

Es una droga estimulante, su principal componente activo es la nicotina, elemento altamente adictivo. Sin embargo, está compuesto por otros 69 agentes que son cancerígenos, entre ellos arsénico, metanol, cadmio, butano, monóxido de carbono, cianuro de hidrógeno, entre otros. La nicotina tarda en llegar al cerebro de 8 a 10 segundos.

Los efectos inmediatos son el incremento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial, acidez en el sistema digestivo y vías respiratorias. Al disminuir los niveles de nicotina en el organismo, el fumador siente la necesidad de fumar, y si la cantidad no le satisface, puede llegar a desarrollar estados de irritabilidad y falta de concentración como parte del fenómeno de dependencia al tabaco (OMS, 2015).

c) Marihuana

Es un derivado de la *Cannabis Sativa* y contiene más de 400 componentes identificables, su principio activo es el Tetrahidrocannabinol, y la proporción de THC varía según el tipo de planta, el clima, el terreno, la cosecha y las partes que se utilicen.

La marihuana es una sustancia altamente adictiva a nivel psicológico, los síntomas que generalmente produce varían según las dosis, tipo de cannabis, el estado de ánimo y expectativas de la persona; a dosis bajas genera sensación de calma, locuacidad, risa fácil, alteraciones de las percepciones temporal y sensorial, así como la coordinación entorpecida; el aumento de dosis incrementa el apetito y la somnolencia. En dosis muy elevadas produce confusión letargo, estados de ansiedad y pánico. Los riesgos conllevan al

deterioro de la personalidad, pobre desarrollo psicosocial, ideación paranoide, alteraciones a largo plazo en atención y memoria, como disfunción en el ámbito sexual (OMS, 2015).

Los efectos iniciales cuentan con una fase de euforia, seguida de síntomas de abatimiento y somnolencia. La vía de administración es la fumada (pulmonar) y oral en infusiones o alimentos (queques).

d) Clorhidrato de cocaína

Esta droga es un alcaloide extraído de la hoja de coca (*Erythroxylum Coca*) preparado por síntesis química y es clasificada dentro del grupo de estimulantes. Se consume por vía nasal (esnifada) y también por vía intravenosa. Su presentación es un polvillo blanco que viene en pequeñas bolsas de plástico o envoltorios de papel (OMS, 2015).

Sus efectos aparecen rápido y duran entre 30 a 45 minutos, pero estos podrían alargarse durante más tiempo dependiendo del organismo. Produce una sensación de euforia y excitación, una mejoría del estado de ánimo, mayor energía e hiperactividad motora y verbal. A largo plazo las consecuencias tienen que ver con dificultades cardíacas y pérdida del interés sexual, impotencia (disfunción eréctil) y frigidez. Es común que esta sustancia se consuma con bebidas alcohólicas, lo que la hace aún más peligrosa (OMS, 2015).

e) Pasta básica de cocaína (PBC)

La PBC, es una mezcla de sustancias que se produce durante el proceso de extracción de los alcaloides de las hojas de coca. Se trata de un polvillo blanco

cremoso, mate, presentado en forma de grumos que con la presión se deshace con facilidad. Su componente principal es la cocaína. Los otros componentes que la conforman son elementos de desintegración de la cocaína, como la ecgonina y la benzoilecgonina, entre otros alcaloides (Castro de la Mata, 1989).

En cuanto a su consumo, la PBC se inserta en un cigarrillo de tabaco (Tabacazo) o también se mezcla con la marihuana (Mixto). Sus efectos inmediatos trascurren entre la sensación de euforia y éxtasis que acaba rápidamente en angustia, malestar físico, paranoia (sensación de ser observado y perseguido), rigidez muscular, alteración del sueño y agresividad. La PBC, es una de las drogas más agresivas y que deterioran física y psicológicamente, entre las consecuencias más visibles presentan: Llagas y ampollas en los dedos y boca, color de la piel (plomizo), ojeras, problemas estomacales, caída del cabello, delgadez y palidez evidente, deterioro dental, la voz puede tornarse algo afónica, deterioro en el arreglo personal, sensación de persecución y desconfianza, comportamiento antisocial o psicopático como la deshonestidad, cinismo, manipulaciones, mentiras frecuentes, robos, etc. (OMS, 2015).

f) Drogas de síntesis

Son drogas elaboradas de manera ilegal y en laboratorios clandestinos. La mayoría de ellas tienen efectos estimulantes como el éxtasis u otras anfetaminas o metanfetaminas, también las hay con efectos alucinógenos, depresógenos y mixtos. La denominación “drogas de diseño” connota erróneamente que estas están hechas a medida del cliente (OMS, 2015).

2.1.2. Características del consumo de drogas

En las últimas décadas, la literatura sobre el inicio del consumo de drogas destaca que el consumo inicial o experimental de dichas sustancias ocurre normalmente durante la adolescencia como resultado de múltiples experiencias ocurridas desde el nacimiento, y depende de la combinación de múltiples factores. En nuestro país, la edad promedio de inicio de consumo de drogas legales como el alcohol y el tabaco es de 13.3 años; mientras que para el consumo de drogas ilegales, oscila entre las edades de 12 a 14.3 años (DEVIDA, 2013).

Dentro del fenómeno del consumo de drogas existen variables inherentes que son materia de análisis como la edad de inicio, la droga que se utiliza, el tiempo de uso, la relación entre la persona/drogas, entre otros. En ese sentido, tomando en cuenta este último factor relacional, el factor individual refiere tanto a las características del sujeto como a los procesos internos, y determinan una mayor o menor vulnerabilidad a las influencias sociales que favorecen el consumo de drogas. La desinformación y los prejuicios, son factores individuales, la falta de conocimiento o la información incorrecta sobre la naturaleza de las drogas incrementa la curiosidad o impide valorar adecuadamente los riesgos. De esta forma, una gran parte de adolescentes considera que el alcohol no es una droga (García-Jiménez, 1993; citados en Espada, Botvin, Griffin y Méndez, 2003).

Por otro lado, los factores sociales se diferencian en dos niveles, microsocioal y macrosocioal. El primero se refiere a aquellos contextos más inmediatos como la familia, los pares, y el colegio. En el primer contacto con las drogas, la actitud

de los padres es crítica, de ello dependerá la evolución del consumo. La vinculación entre los miembros de la familia como sistema, y más aún la calidad de la relación entre padres e hijos pronosticará futuros consumos de drogas; si los vínculos son estrechos el consumo se aplacará, de lo contrario evolucionará a formas más graves (Rhodes y Jason, 1990; citados en González, García y Salvador, 1997).

Por su parte, el nivel macrosocial agruparía los factores de riesgo externos al individuo, de carácter socioestructural, socioeconómico, sociocultural, que condicionan la calidad de vida en el inicio del consumo de drogas (García-Jiménez, 1993; citados en Espada, Botvin, Griffin y Méndez, 2003).

En nuestro país, se ha encontrado que los factores asociados al mayor riesgo de consumo de drogas en los escolares han sido: la situación económica, el medio en que se desarrollan los escolares y la falta de conocimiento por parte de padres y profesores sobre el tema de las drogas (CICAD, 2015). Otros autores sugieren que las actitudes hacia las drogas, podrían constituir un factor importante en el inicio del consumo (Espada, Botvin, Griffin y Méndez, 2003). Asimismo, según el estudio de DEVIDA (2012) los procesos de modernización e individualización han ocasionado la aparición de nuevos factores que pueden actuar como riesgo: el bullying, el ciberbullying y la adicción al Internet.

Se debe considerar que la naturaleza del uso, la frecuencia y la presencia del policonsumo representan pautas de riesgo respecto a su consumo. En esa línea, el estudio realizado en escolares de DEVIDA (2013) da cuenta que el 11.8% de los consumidores presentan una frecuencia alta de consumo (10 días a más) de bebidas alcohólicas y el 41.6% una frecuencia media (2 a 9 días); mientras que

el 46.6%, declara haber bebido solo una vez. La mayoría de los usuarios de marihuana registran una frecuencia media (50.3%) y alta (13.5%) de consumo. El 36.1% son consumidores experimentales. En el caso de la cocaína el patrón de consumo es similar.

Por otro lado, el alcohol y el tabaco son las drogas legales que los adolescentes han probado alguna vez en su vida (40.5%); seguido de un 23.3% que probó el último año y el 12.3% durante los últimos treinta días, previos a la aplicación de la encuesta.

2.1.3. Conductas asociadas a las drogas

Violencia y consumo de drogas

La relación entre ambas concepciones se plasma claramente en los reportes de la casuística atendida en los meses de enero – junio del 2012 de los Centros de Emergencia Mujer a nivel nacional del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Deza (2013), identificó en estos reportes que el 74% de los agresores se hallaba sobrio, el 25% se encontraba bajo los efectos del alcohol, y el 1.0% bajo otras drogas. Asimismo, es evidente que estas sustancias multiplican los factores de riesgo, ya que actuando sobre el sistema nervioso bloquean áreas del cerebro relacionadas con las emociones, los reflejos e impulsos. Asimismo, Deza (2013) propone que los modos violentos para enfrentar soluciones conflictivas a través del uso del alcohol y otras drogas, no hace más que aumentar la violencia y su continuidad. Acentúa también que muchos agresores no abusan de esas sustancias y de contrario, los abusadores de drogas no son violentos.

A continuación se presenta el modelo teórico de Altell et al., 2002 con un enfoque de género:

a.- El Modelo de Desinhibición:

Este enfatiza el efecto farmacológico del alcohol en el comportamiento de las personas. Señala que el alcohol disminuye la capacidad de autocontrol, exacerbando la conducta violenta o impulsiva. Este modelo es válido, pero no como explicación unicausal, pues se muestra insuficiente a la hora de explicar la relación entre el abuso de alcohol y la violencia en toda su complejidad. En concreto, el modelo de desinhibición no ha sido capaz de explicar dos cuestiones: El abuso de alcohol no siempre conduce a la violencia y la prevalencia de la violencia relacionada con el alcohol varía según el contexto cultural.

b.- Modelo de Factores de Contexto:

Postula la necesidad de atender a los factores de contexto. Cuando se valora la influencia del alcohol en la conducta violenta, se debe tomar en cuenta:

- La aceptación normativa de la violencia.
- La desigualdad económica.
- La tradición cultural que tolera la violencia contra las mujeres y
- Las características de los agresores, incluyendo sus creencias y actitudes respecto a las mujeres.

Los modelos no deben ser considerados como excluyentes, sino como complementarios.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES, 2017) revela información sobre el consumo de bebidas alcohólicas y violencia física ejercida alguna vez por el esposo o compañero, bajo los efectos del licor/drogas o ambas tomando en cuenta la región natural. En la Costa 49.55% de los agresores alguna vez ejerció la violencia física, en los últimos 12 meses 11,27 y 6,96% toma o tomaba bebidas alcohólicas algunas veces o con frecuencia para cometer el acto. En la Selva, 49.54% lo hizo alguna vez, en los 12 últimos meses 17,24% y 6,10% algunas veces o con frecuencia. Finalmente en la Sierra, 58,39% lo hizo también alguna vez, 19,59% en los últimos 12 meses y 7.99% algunas veces o con frecuencia.

El Observatorio Nacional de la Violencia Contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar reporta también ingente información, el cual data de 224,256 casos atendidos en los Centros de Emergencia Mujer (CEM) durante el periodo 2015-2017. Se identificó los principales factores de riesgo del presunto agresor, siendo 5977 casos (victimas) que ha caracterizado al agresor como consumidor de drogas ejerciendo la violencia en ese estado.

Conductas sexuales de riesgo

Hablar hoy en día de la sexualidad de los adolescentes va mucho más allá de comprender los cambios biológicos, se viven épocas de mayor libertad sexual que los coloca en escenarios complejos y de riesgo que incluyen la concepción de hijos no deseados y la adquisición y transmisión de infecciones sexuales. Frente a todo ello, el consumo de drogas plantea un comportamiento de riesgo proclive a las múltiples parejas sexuales, la no protección, el abuso

sexual y ciertas actitudes donde la reflexión no media conscientemente la toma de decisiones (ENDES, 2017)

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), para el 2017 en nuestro país existen cerca de un millón y medio de mujeres adolescentes entre 15 y 19 años, de los cuales se estima que ese año, el 13.4% fueron madres o quedaron embarazadas por primera vez, lo que representó un incremento del 0,7% con respecto al año anterior que obtuvo 12,7%. Asimismo, los embarazos de las adolescentes de zona rural fue de 23.2%, mientras que de la zona urbana fue de 10,7%.

Deserción escolar

Según el Ministerio de Educación del Perú (MINEDU, 2015) la deserción escolar es definida como la proporción de estudiantes que no culminó la educación primaria o secundaria, o sólo culminó la educación primaria, y no se matriculó el año en curso en el nivel correspondiente, independientemente del año en que interrumpió sus estudios.

La Encuesta Nacional de Hogares del Instituto Nacional de Estadística e Informática (2015) reporta que el número de adolescentes entre 13 y 19 años que no han terminado un nivel o etapa educativa y no se encuentran matriculados en ninguna institución educativa representan el 7.6%. Respecto al sexo, 7.3% corresponde a las mujeres y 7.8% a los hombres. Las regiones con un porcentaje significativo de deserción escolar son: Callao 10.9%, Huánuco 10%, Lambayeque 10.6%, Loreto 13.7%, Ucayali 18% y Lima Metropolitana y provincias representan un 15.9%. Del mismo modo, la deserción se presenta en un nivel de pobreza extrema 14.3% y 8.6% en un nivel no extremo.

Es evidente que, una situación que conlleva a situaciones de riesgo como lo es el consumo de drogas es el tiempo libre sin supervisión u orientación o sin un fin claro. La vulnerabilidad de los adolescentes se expone a tal magnitud que desde edades tempranas se someten a condiciones que afectan su salud integral.

En el caso de las mujeres, la ENDES (2014) señala que existe una relación inversa entre el embarazo adolescente y el nivel educativo; es decir, cuanto más bajo sea el nivel educativo, hay mayor probabilidad de ser madres. El 84.4% de las adolescentes embarazadas ya no asisten a una escuela, instituto superior o universidad. Asimismo, en el 2014, del total de adolescentes que se encontraban cursando el nivel primaria, el 34,1% eran madres o estaban gestando por primera vez; del mismo modo, el 14.2% se encontraba cursando secundaria; el 6.8% se encontraba cursando superior no universitaria; y el 6.3% se encontraba cursando superior universitaria.

Conducta delictiva y su relación con el consumo de drogas

Según la Oficina contra la Droga y el Delito de las Naciones Unidas (UNODC, 2010) la preocupación por el uso y abuso de drogas en población adolescente alcanza también a los menores infractores de la Ley. Llama la atención las tasas inusualmente altas de consumo de alcohol y drogas ilícitas en menores adolescentes, que se han iniciado delictualmente, algo que está bien documentado entre infractores adultos. También preocupa en esta población la precocidad de los consumos, los escalamientos inusualmente rápidos hacia drogas de abuso como clorhidrato de cocaína y pasta base, y los niveles de dependencia que se pueden alcanzar incluso en edades tempranas.

El compromiso de menores adolescentes en el tráfico de drogas es una materia de especial cuidado en este caso. El soporte del mercado de drogas en operadores de baja edad, que usualmente están situados en regímenes de responsabilidad penal limitados, es una tendencia que se ha observado en varios países. Sin embargo, la conexión entre delito y droga se ha revelado más profunda y duradera que el compromiso con las operaciones ilegales de producción y tráfico. Muchos delitos distintos del tráfico de drogas se cometen en el marco de las operaciones de distribución, especialmente cuando el mercado de drogas comienza a asentarse en pandillas de jóvenes armados (UNODC, 2010).

De igual modo, una cantidad creciente de delitos se realizan con el fin principal de proveerse de los medios necesarios para comprar droga y sostener una adicción que usualmente no se puede financiar por medios legales, especialmente en poblaciones económicamente menoscabadas. Por último, existe buena evidencia de que muchos delitos se cometen bajo la influencia del alcohol o de las drogas ilícitas, en un estado de estimulación psicofarmacológica que motiva el crimen o lo amplifica –introduciendo una violencia adicional, que no estaba prevista por ejemplo– y que alcanza en muchas ocasiones a la propia víctima, cuando es la intoxicación de la propia víctima la que motiva el delito.

Más del 80% de los adolescentes infractores encuestados ha usado alcohol y tabaco alguna vez en su vida, aunque el consumo actual sólo está presente en el 8,5% para tabaco y el 10,4% para alcohol. En cuanto al consumo de drogas ilícitas, la marihuana es la sustancia psicoactiva más consumida, con

prevalencias de vida, año y mes de 42,7%, 29,3% y 2,7% respectivamente. La segunda droga más consumida es la pasta base, con prevalencias de vida, año y mes de 19,5%, 13,5% y 1,1% respectivamente. Le sigue la cocaína cuyas tasas de consumo son de 15,9%, 10,4% y 0,5% para las prevalencias en el orden antes indicado. La cuarta sustancia con más altas prevalencias son los inhalables, con tasas de consumo de vida, año y mes de 11,2%, 5,2% y 0,4% respectivamente. Las prevalencias de consumo para éxtasis y alucinógenos son similares y se encuentran bastante por debajo de las tasas de consumo de las demás drogas ilícitas, grupo en el cual también se incluyen los inhalables (UNODC, 2010).

El consumo de alcohol y tabaco, según grupos de edad, tiende a ser más alto entre los adolescentes que se encuentran entre los 16 y 17 años de edad. De esta forma, la prevalencia de consumo de tabaco es de 64,8% en ese grupo etario, seguido por 53% entre los que tienen entre 14 y 15 años y 44,6% en los adolescentes de 18 a 20 años. En alcohol la prevalencia de último año es de casi 71% entre los adolescentes de 16 y 17 años, 54,8% en los de 14 y 15 años y 52,8% en jóvenes de 18 a 20 años. En el caso de la prevalencia de último mes o consumo actual de tabaco, prácticamente la tasa se mantiene inalterable, en torno al 9% entre los 14 y 17 años, pero desciende a 6,9% entre los jóvenes de 18 a 20 años. Para el caso del alcohol, la tasa más alta, de 11%, se registra en adolescentes infractores entre 16 y 17 años, seguida del grupo de 18 a 20 años con 10,2%, siendo la más baja la de menores entre 14 y 15 años con 7,8% (UNODC, 2010).

2.1.4. Epidemiología del consumo de drogas

2.1.4.1. Consumo de drogas en el mundo

La sociedad muestra una preocupación cada vez mayor frente al consumo de drogas, dado que constituye un problema en la salud, el ámbito social, económico, político y de seguridad por las severas implicancias que tienen en la sociedad.

La OMS (2014) estima que a nivel mundial, Europa es la región con el mayor consumo de alcohol per cápita, sostiene que en la región de las Américas la porción es más baja (18,9%) de abstemios. El 2012, se reportó 3,3 millones que constituye el 5,9% de muertes del total mundial, causadas por el consumo de alcohol.

Respecto al consumo de tabaco a escala mundial, la OMS (2012) afirma que dicha sustancia provoca la muerte de 1 de cada 10 adultos, siendo causa importante de enfermedades cardiovasculares, pulmonares y cáncer; considerando al tabaquismo la causa oculta que está detrás de estas enfermedades prevenibles.

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) en su Informe Mundial sobre las drogas (2014) menciona que el consumo de cocaína todavía se concentra más en América, Europa y Oceanía. Además en el Informe sobre Uso de Drogas en las Américas preparado por la OEA (2015), se menciona que en el año 2012 entre el 0,3 y el 0,4% de personas de entre 15 y 64 años de edad declararon haber consumido cocaína alguna vez en el último año. El consumo en los países de las Américas representa

aproximadamente 45% del total de consumidores de cocaína a nivel mundial, mientras que Europa occidental y central tiene el 25%.

La UNODC en su Informe Mundial sobre las drogas (2014), reporta que alrededor de 147 millones de personas (3.5% de la población mundial de 15 años a más) han consumido marihuana. Se considera que la tendencia va en aumento debido a la baja percepción de riesgo y la apertura legal creciente de su consumo en algunos países.

La UNODC, manifestó también que para el 2012, que en el rango de 3,5% al 7,0% de la población entre 15 y 64 años de edad consumieron por lo menos una vez alguna droga ilegal. Respecto al consumo problemático de drogas (habitual, abuso y dependencia) se mantiene estable. Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (2009) señala que en América Latina y el Caribe hay, por lo menos 4,4 millones de hombres y 1,2 millones de mujeres que sufren dependencia a drogas u otros trastornos originados por el uso de drogas y que, anualmente, 1,7 millones de hombres y 400 000 mujeres se ven afectados por esta problemática.

2.1.4.2. Consumo de drogas en las américas

Según el Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas CICAD – OEA (2015) en el cual se estudia la magnitud y características del consumo de drogas, así como la percepción de facilidad de acceso en población escolarizada, universitarios y general, han hallado datos importantes y temas emergentes. Participaron 32 países de la región y se realizaron estimaciones en relación a las 4 subregiones (Norte, Centro, Sur y Caribe).

En relación a prevalencia de mes, es decir aquellas personas que declararon haber consumido bebidas alcohólicas 30 días antes de la encuesta, 30% correspondía a una población entre 13 y 17 años. Sin embargo, en el caso de Perú y El Salvador la prevalencia es de casi 12%, Honduras, 12.7% y Ecuador aproximadamente 7%. En cuanto a la variable sexo, es notable que el consumo de alcohol entre hombres y mujeres es similar.

Tomando en cuenta, el inicio temprano de bebidas alcohólicas y los perjuicios que este hábito genera en el organismo de los adolescentes estudiantes de las Américas, también se ha podido indagar sobre el uso problemático del alcohol, se muestra que alrededor del 50% revelan episodios de “binge drinking” (5 tragos o más en una ocasión, en las últimas dos semanas previas a la encuesta).

Por otro lado, considerada la variabilidad demográfica de los diversos países, se identifica que el consumo de drogas ilegales tiene mayor incidencia entre los 15 y 34 años. En lo que respecta a la población escolar, la tendencia del uso de alcohol el último mes en países como Argentina, Chile y Costa Rica parece mantenerse en el tiempo, y en el caso de Estados Unidos, Perú, y Uruguay el consumo de alcohol en este grupo parece estar reduciendo.

En la población general de todo el Hemisferio, el consumo de alcohol más alto se da entre las edades de 18 a 34 años. En el caso de Uruguay, es uno de los países que muestra mayor prevalencia de año de consumo de alcohol, sin embargo, una baja tasa de consumo de riesgo; lo contrario ocurre con Colombia, quienes muestran que el 20% de personas que consumieron alcohol el último año también muestran síntomas de consumo en riesgo. En la

población universitaria, un 60% de estudiantes ha probado alcohol por lo menos una vez en la vida, en el caso de Colombia este dato alcanza el 95%. Se examinó el consumo el último mes previo a la encuesta y países como Brasil y Colombia alcanzan porcentajes del 60%.

Es interesante conocer la representación social que tiene el consumo de tabaco en diversos países y que se muestra a través de la prevalencia del último mes de uso, estas se hallan entre el 24.5% en Chile a un 1.8% en Antigua y Barbuda. Otros países con tasas mayores a 10% son Argentina, Paraguay, Bolivia, Canadá y Colombia. A todo ello, la tasa de consumo de tabaco más alta en América del Sur es 13.8%, seguido por América del Norte (8%) y el Caribe (5.1%). En lo que respecta a la población universitaria de Bolivia, Perú y Brasil muestran una prevalencia de último mes de 20%, en comparación con Colombia y El Salvador (19%, 12%) (CICAD, 2015)

En relación a la marihuana, la prevalencia de su uso se presenta muy variable, en el caso del Perú tiene una prevalencia inferior de 5% en comparación con países como Panamá, Brasil, Venezuela, Ecuador y Paraguay, mientras que Chile, Estados Unidos, Canadá, Uruguay, Barbados superan el 15%. Se resalta la variabilidad de su uso en la misma subregión y en países como Chile (28%) y Perú (3%). En esa misma línea, el informe refiere que el consumo de marihuana creció a excepción del Perú, el cual mostró en el 2005 una prevalencia de año de 2.8% y para el 2012, 2.2%.

En lo que refiere a las opiniones sobre la percepción de riesgo del uso ocasional de marihuana, se mostraron porcentajes de 10% a 70%, resultados variables reportado por los escolares, superan la mitad de la tendencia países

del Caribe y Centroamérica; quienes expresaron baja percepción de riesgo provienen de Sudamérica y América del Norte (CICAD, 2015)

El acceso y la oferta de la marihuana son mayor a 50% en países como Estados Unidos, Uruguay, Barbados y Dominicana, donde también se identifica prevalencias más altas de consumo.

En cuanto a la cocaína, la prevalencia de vida en relación a los escolares se identifica a los 13 años o menos. La percepción de “Gran riesgo” del uso ocasional es reportada por más de la mitad de los escolares. La población general y la prevalencia de año informan que en el caso de Argentina durante el periodo 2004 – 2011 el consumo creció de 0.3% a 0.9% con un pico en el año 2006 (2.6%). Para el Perú durante el periodo 1998 a 2010 hay un consumo sostenido de 0.4% con un alza en el año 2002 (0.7%). La experiencia de Chile con periodos monitoreados de 20 años muestra prevalencias de año de 1% con tasas elevadas de 1.5%. En Uruguay el consumo de cocaína ascendió desde el 2001 y 2011 (0.2% a 1.9%) Finalmente, Colombia mantiene la prevalencia de año con 0.7% (CICAD, 2015)

Se concluye que a menor percepción de riesgo existente, mayores son las tasas de prevalencia del uso de sustancias, asimismo el acceso que tiene la población en general, escolares y universitarios se relaciona con la oferta.

2.1.4.3 Consumo de drogas en el Perú

El consumo de drogas impacta de diversas maneras a la población peruana, atentando contra la salud pública, el desarrollo social y familiar de las personas. Los estudios epidemiológicos sobre la magnitud del consumo de drogas realizados a nivel nacional en la población general en el Perú (2010, 2013

DEVIDA), han permitido identificar las diversas prevalencias del problema en sus diversas expresiones: prevalencias de vida, prevalencia anual y prevalencia reciente, así como, el identificar los principales factores de riesgo en los que además se señala que el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) reporta el más alto índice de uso en la población, a diferencia de las drogas ilegales como la marihuana, cocaína e inhalantes que reportan un menor índice de consumo.

Magnitud del consumo de drogas en el país.

La V Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en población general del Perú (DEVIDA, 2014) realizada en una muestra representativa de personas de 12 a 65 años de edad, de ciudades de más de 20,000 habitantes de todo el país, reporta los siguientes datos:

Prevalencias del consumo de drogas legales. El consumo de drogas legales: alcohol y tabaco, alcanza una prevalencia de vida de 71.8%, una prevalencia al año de 47.8% y una prevalencia mensual de 27.6%. Con respecto al consumo de alcohol en la población de estudio, alcanzó una prevalencia de vida de 68.2%, una prevalencia anual de 44.1% y una prevalencia mensual de 23.4%. El consumo de tabaco en la población de estudio, alcanzó una prevalencia de vida de 43.4%, una prevalencia anual de 18.4% y una prevalencia mensual de 12.2%.

Prevalencias del consumo de drogas ilegales. La prevalencia de vida del consumo de drogas ilegales alcanza al 6.9% de la población estudiada, 2.9% de prevalencia anual y 2.0% de prevalencia mensual. Se encontró también que las drogas ilegales de mayor consumo son la marihuana y la cocaína. La

prevalencia de vida de consumo de marihuana es de 5.8%, la prevalencia anual es del 2.5% y la prevalencia mensual de 1.7%. La cocaína tiene una prevalencia de vida de 2.2%, una prevalencia anual de 1.0% y una prevalencia de consumo mensual de 0.7%.

Prevalencias del consumo de drogas médicas. La prevalencia de vida del consumo de drogas médicas es de 7.0%, la prevalencia anual es de 3.4% y la prevalencia mensual es de 2.3%. Cabe resaltar que existe una mayor prevalencia en el consumo de tranquilizantes que estimulantes (por ejemplo, vemos un 6.8% de prevalencia de vida en tranquilizantes, frente a un 1.8% en estimulantes).

Uso de drogas según género. La prevalencia al año encontrada en el consumo de alcohol en hombres es de 51.9%, en comparación de un 37.9% de prevalencia al año encontrada en mujeres. Asimismo, respecto al tabaco hay una mayor prevalencia de año en el consumo de los hombres (26.8%) versus mujeres (11.8%). En el consumo de drogas ilegales, la prevalencia de año de consumo de marihuana en los hombres, es mayor que la prevalencia de dicho consumo en las mujeres. Lo mismo ocurre con la cocaína, PBC y otras drogas ilegales (DEVIDA, 2014).

Uso de drogas según grupos de edad. Los resultados por grupo de edad, nos muestran prevalencias de mayor consumo de drogas legales entre los 19 a 45 años (56.25%), de drogas ilegales entre los 19 a 25 años (4.9%) y de drogas médicas entre los 36 a 65 años (4.3%). Y en general, se evidencia una presencia importante en los grupos de jóvenes de 19 a 25 años en primer lugar y en los

grupos de adolescentes de 12 a 18 años de edad, en segundo lugar (DEVIDA, 2014).

Uso de drogas según nivel educativo. Las prevalencias anuales del consumo de drogas legales son más altas en la población que registra educación superior no universitaria (54.2%), seguido muy de cerca por el grupo con nivel educativo superior universitario (52.4%). De otro lado, para el consumo de drogas ilegales, la prevalencia más alta se observó en la población con nivel de educación primaria (5.5%) (DEVIDA, 2014).

Uso de drogas según región natural. La prevalencia de año del consumo de drogas legales según región natural, es de 46.5% en Lima Metropolitana, 47.6% en el resto de la Costa, 52.3% en la Sierra y 46.7% en la Selva, observándose un mayor consumo en la sierra. Mientras que la prevalencia del año del consumo de drogas ilegales es: 2,4% en Lima Metropolitana, 3.2% en el resto de la Costa, 2.7% en la Sierra y 1.4% en la Selva. Por último, la prevalencia de año del consumo de drogas médicas es: 2.9% en Lima Metropolitana, 4.4% en el resto de la Costa, 4.3% en la Sierra y 1.6% en la Selva.

Edad promedio de inicio del consumo de drogas. El promedio de inicio para el consumo de drogas legales, ilegales y médicas, según los distintos grupos de edades (12 a 18 años, 19 a 25 años, 26 a 35 años, 36 a 45 años y 46 a 64 años) tienden a incrementarse a medida que aumenta la edad actual, es decir los jóvenes presentan una edad de inicio menor, tal es el caso de 14 años para los inhalantes en la población de 12 a 18 años (DEVIDA, 2014).

Entorno de inicio. En el consumo de tabaco se destaca a los compañeros de estudio y amigos de barrio como entornos de inicio, para el consumo de alcohol se evidencia que, los entornos principales de inicio están asociados a los compañeros de estudios, amigos de barrio y familia. Y para las drogas ilegales, los entornos de inicio se vinculan a los compañeros de estudio y principalmente a los amigos de barrio (DEVIDA, 2014).

Percepción del riesgo de consumo de drogas. La percepción del riesgo del consumo ocasional y/o frecuente de sustancias legales, ilegales y médicas es alta, más del 70% de la población, lo cual significa que han interiorizado el mensaje preventivo construido a través de los diversos actores sociales.

Facilidad de acceso a drogas ilegales. Aproximadamente 1 de cada 5 personas (19,2%) opina que le sería fácil conseguir marihuana, 1 de cada 10 personas le sería fácil conseguir cocaína (11.7%) y PBC (11.8%). Mientras que la mitad de los encuestados señalan desconocer la facilidad o dificultad para acceder a las drogas ilegales (DEVIDA, 2014).

El Consumo de drogas en estudiantes de secundaria a nivel nacional.

DEVIDA (2010) afirma que el consumo de drogas con mayor porcentaje ha sido el de drogas legales, seguido por el consumo de drogas médicas y a continuación las drogas ilegales. Asimismo, en el estudio del 2012 se da una tendencia a la baja en el consumo de drogas legales y médicas en relación al año 2009, pero luego se observa un alarmante incremento en el estudio del 2014. Por su parte, existe un aumento considerable durante el periodo 2009 – 2014 en el consumo reciente de drogas ilegales, el cual aumentó de 2.3% a 4.4% en el año 2014 (DEVIDA, 2014).

Magnitud del consumo de drogas en estudiantes de secundaria

El último estudio realizado en estudiantes de secundaria a nivel nacional (DEVIDA, 2014) nos da a conocer la magnitud, características y factores asociados al consumo de drogas en los estudiantes de educación secundaria residentes en ciudades de 30 mil y más habitantes de la costa, sierra y selva del país, en la cual a partir de una muestra de 51,823 estudiantes se reporta la siguiente información:

El consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) tiene una prevalencia de vida (alguna vez en la vida) del 39.8%, una prevalencia de año (consumo reciente) del 26.5% y una prevalencia de mes (consumo actual) del 13.5%; mientras que el consumo de drogas ilegales (inhalantes, marihuana, PBC, cocaína, éxtasis y otras drogas), tiene una prevalencia de vida del 13.7%, una prevalencia de año del 4.4% y una prevalencia del mes del 2.7%. Por su parte, el consumo de drogas médicas, tiene una prevalencia de vida del 6.4%, una prevalencia de año del 3.5% y una prevalencia del mes del 2.0%.

Según género, el consumo reciente de drogas legales en los estudiantes de secundaria (prevalencia de año), es ligeramente mayor en los hombres que en las mujeres (27.3% vs 25.6% respectivamente), mientras que el consumo de drogas ilegales, es aproximadamente el doble en los hombres que en las mujeres (5.2% vs 3.6% respectivamente). Por su parte, en relación al consumo de drogas médicas ocurre lo contrario, ya que las mujeres presentan un mayor consumo que los hombres (3.9% vs 3.0% respectivamente), evidenciándose un mayor consumo de tranquilizantes (2.8% en mujeres y 2.1% en hombres).

Asimismo, la prevalencia de año del consumo de drogas ilegales, se ve incrementada desde el primer año de secundaria 2.9% hasta el quinto año de estudios con un 4.9%. El consumo de drogas médicas, muestra también una tendencia a incrementarse a medida que se avanza los años de estudios (2.2% a 3.8%). Tales indicadores estarían evidenciando la necesidad de fortalecer las acciones preventivas en los primeros años de secundaria, para evitar aumenten los casos conforme avanzan en sus estudios los escolares.

Asimismo, llama la atención cómo el consumo reciente (prevalencia de año) de drogas legales, es mayor en los colegios privados que en los públicos (33.8% vs 22.7% respectivamente), y aunque en menor porcentaje, sucede lo mismo con el consumo reciente de drogas ilegales, que es ligeramente mayor en los colegios privados que en los públicos (4.6% vs 4.4%). Asimismo, la prevalencia del consumo reciente de drogas médicas, también es mayor en los colegios privados que en los públicos (4.1% vs 3.1%). Esta información podría deberse a que los estudiantes de colegios privados cuenta con mayores recursos económicos para el consumo.

Por otro lado, en el consumo de drogas según género, se observa que los estudiantes de colegios de hombres registran prevalencias de consumo de drogas legales mayores que los estudiantes de colegios de mujeres y mixtos (29.5% en colegio de hombres, frente a 22.6% y 26.7% en colegios femenino y mixto), en el caso del consumo de alcohol esta diferencia es mínima, mientras que en el caso del consumo de tabaco estas diferencias son mayores y más significativas (en colegio de hombres se encontró una prevalencia de año de 16.7% frente a un 9.8% en colegios femeninos y 12.6% en colegios mixtos). La

incidencia de consumo de drogas en los estudiantes de secundaria que se han iniciado en el consumo de drogas durante el último año, es mayor en las drogas legales, 13.8% para el alcohol, seguido del tabaco 8.0%, y por la marihuana y la pasta básica de cocaína con un 1.8% y 0.4% respectivamente.

La edad promedio de inicio de consumo de drogas legales en los estudiantes de secundaria, es de 13.2 y 13.3 para el alcohol y tabaco respectivamente. Y para el consumo de drogas ilegales, en el consumo de marihuana se encuentra que la edad promedio de inicio es de 14.1 años. Similares resultados encontramos para otras drogas como PBC, Éxtasis y Anfetaminas. Cabe resaltar que la edad promedio de inicio del consumo de inhalantes en varones es de 12.6, que es la edad promedio más baja de las drogas ilegales. Y por último, para el consumo de drogas médicas, la edad promedio es de 12.5 y 12.1 para los tranquilizantes y estimulantes respectivamente.

En lo referente a la oferta de sustancias ilegales en su entorno inmediato, se encontró que el ofrecimiento es mayormente de marihuana (14,9%), seguidos por la cocaína (7.7%), los inhalantes (5.4%), el éxtasis (4,9%) y el PBC (4,7%).

La disposición favorable al consumo de drogas ilegales, expresada a partir de la curiosidad y la opinión a favor de su consumo en caso se presenta la oportunidad; presenta el 20.5% (Con una disposición “fuerte” de 5.8% y “moderada” de 14.6%), mientras que el 68.2% expresa que no tiene disposición.

Respecto al acceso, un 15.3% de los estudiantes declaran que les sería fácil conseguir marihuana, un 9.1% con relación a la cocaína, un 6.3% por la PBC y

un 6.2% por el éxtasis. Asimismo, más del 50% de los estudiantes indicaron no saber si es fácil o difícil conseguir dichas sustancias.

2.1.4.4 Consumo de drogas en el entorno familiar

Los antecedentes de consumo de alcohol y de drogas ilegales en la familia y el grupo de pares inciden negativamente en la población escolar.

Cabe resaltar que estudiantes que consumen drogas legales con antecedentes de consumo de alcohol en la familia, registran una prevalencia de 30.0% frente a un 21.5% de aquellos que no presentan antecedentes. Respecto al grupo de pares, esta proporción es de 35.0% en los pares con consumo de alcohol, frente a 17% que no registraron antecedentes de consumo (DEVIDA, 2014).

Por otro lado, los estudiantes que consumen drogas ilegales con antecedentes de consumo de droga (marihuana, cocaína, PBC, inhalantes y otros) en la familia, registran una prevalencia de 5.3% frente a un 3.3% de aquellos que no presentan antecedentes. Respecto al grupo de pares, esta proporción es de 8.2% en los pares con consumo de drogas ilegales, frente a 2.4% que no registraron antecedentes de consumo (DEVIDA, 2014).

2.1.4.5. Demanda de tratamiento y acceso a servicios especializados

Sobre la necesidad de tratamiento por consumo de alcohol, cigarrillos y otras drogas, un alto porcentaje de los estudiantes de secundaria, expresaron no necesitar de tratamiento porque no consumen estas sustancias (65,5%) o no necesitan porque no les interesa (16,1%) y cabe recalcar que hubo un 7,6% que sí señaló necesitar de un tratamiento. Esto último, indica la necesidad de contar

con centros de tratamiento de drogas en las distintas localidades (DEVIDA, 2014).

Asimismo, en cuanto a antecedentes de acceso a servicios de tratamiento por consumo el mayor porcentaje de estudiantes, indicó nunca haber estado en tratamiento (87,6%), seguido por un bajo porcentaje de aquellos estudiantes que indican que actualmente están bajo tratamiento (1,8%) (DEVIDA, 2014).

Por otro lado, los estudiantes identificaron los lugares a donde acudieron para recibir tratamiento de consumo de alcohol, cigarrillos u otras drogas, 25,9% de estudiantes afirma que se trató en un Hospital y/o Centro de Salud Público, 21,6% en una clínica privada, 21,0% se trató en otros establecimientos e instituciones y 11,1% se trató en una Comunidad terapéutica o Centro de rehabilitación. Entre las instituciones que también les brindaron orientación a los estudiantes, pero en menores porcentajes, se encuentran, los grupos de autoayuda, ESSALUD, Hospital de las FF.AA y/o FF.PP (DEVIDA, 2014).

Y, respecto a la percepción de la demanda de tratamiento en el sistema de salud, el 29,5% de los estudiantes que tuvieron acceso a este servicio, señala que dejó de consumir alcohol y drogas debido al tratamiento recibido. Por otro lado, 19,2% señalan que debido al tratamiento disminuyeron la cantidad de alcohol o drogas que consumían, 12,0% indica haber dejado de consumir debido al tratamiento, pero que después volvieron a consumir, 9,9% dejó el tratamiento antes del término, 2,8% expresa haber faltado con frecuencia a las consultas y/o actividades del tratamiento y finalmente un 5,4% indica que no dejó de consumir ni disminuyó su consumo de alcohol y drogas con el tratamiento que recibió (DEVIDA, 2014).

Por otro lado, un gran porcentaje de estudiantes refiere necesitar orientación acerca de temas de prevención y riesgos asociados al consumo de alguna droga. Un 42,6% de estudiantes de secundaria señalan que recibieron este servicio en sus instituciones educativas, un 11,8% recibió orientación en otra institución o entidad pública y un 9,3% refieren haberlo recibido de un Centro de Salud u Hospital. En menores porcentajes reportan haberlo recibido de la Comisaria/PNP, la Demuna-Municipalidad distrital, las ONGs, la Iglesia, y del programa Habla Franco-DEVIDA. Aquí se evidencia el rol importante que cumplen las instituciones educativas que si trabajaran de manera conjunta con las instituciones de salud alcanzarían la mayor cobertura. Estas apreciaciones por parte de los estudiantes indican que debe existir un mayor acercamiento de instituciones especializadas como DEVIDA, brindando mayor difusión de sus programas.

2.1.5. Modelos teóricos de intervención psicológica en línea telefónica

La atención psicológica brindada a través del teléfono tiene como finalidad brindar soporte y acompañar a la persona para reducir la carga emocional y recobrar su equilibrio. En ese sentido, Slaikeu (1988) basándose en la teoría del Desarrollo Psicosocial de Erickson, propone que los primeros auxilios psicológicos, se caracterizan por ser una intervención inmediata, a corto plazo y limitada en tiempo.

En ese sentido, los servicios de ayuda telefónicos de 24 horas, los 365 días del año, que datan desde los años 50 aproximadamente, suponen una eficiente manera de intervenir casos críticos. En muchos países los sistemas

estatales de salud supone una larga espera para los consultantes quienes buscan servicios dirigidos a su salud mental de manera inmediata, resultando de esto, la maduración del síntoma como factor de riesgo tanto para la vida como el entorno de los consultantes. La aparición de una serie de comportamientos disfuncionales que en el tiempo se tornan severos. Míguez (2006)

Tabla 1
Primera Ayuda Psicológica

¿Cuánto tiempo?	Minutos a horas.
¿Por quienes?	Asistentes en la línea del frente (voluntarios, abogados, enfermeras, trabajadores sociales, supervisores, etc.)
¿Dónde?	Ambientes comunitarios: casa, escuela, trabajo, líneas de urgencias, etc.
¿Objetivos?	Reestablecimiento Inmediato del Enfrentamiento: Dar apoyo; reducir la mortalidad; vincular a los recursos de ayuda.
¿Procedimiento?	Cinco Componente de la Primera Ayuda Psicológica.

La primera ayuda psicológica tiene como finalidad restablecer el enfrentamiento inmediato. Una persona en crisis, se siente incapaz de hacer frente a situaciones críticas cotidianas o eventuales. Es por ello que el profesional debe ayudar y/o fomentar recursos con la finalidad de que se tomen medidas concretas hacia la búsqueda de soluciones inmediatas, reales para enfrentar la crisis, estas medidas incluyen el manejo de sus emociones,

sentimientos, cogniciones como poner en práctica conductas saludables o funcionales en el proceso de búsqueda de soluciones.

Los componentes de la *ayuda psicológica* planteada por Slaikeu (1988) que se aplican en el Servicio de Información, Orientación y Consejería Psicológica Telefónica Habla Franco son:

A. Primer contacto psicológico:

Está relacionado con la “sintonización” de los sentimientos y preocupaciones de la persona durante el momento de su crisis. La tarea es escuchar cómo la persona visualiza su problema y se comunica. Asimismo, se invita a hablar, y a escucharse, sobre lo sucedido (los hechos) y dar cuenta de sus reacciones (sentimientos y actitudes) ante el acontecimiento, estableciendo lineamientos reflexivos y sentimientos encontrados.

Para la realización del contacto psicológico telefónico, el primer objetivo es que la persona se sienta escuchada, aceptada y se logra al reconocer y legitimar los sentimientos de ansiedad, ira, temor, tristeza, lo que conduce a una disminución de la intensidad emocional y la posibilidad de reorientar la energía hacia la solución del problema.

En el servicio Habla Franco, se considera que los elementos esenciales en este primer componente es, el saludo y consigna; respeto, calidez, empatía, manejar los silencios y voz tranquilizante.

B. Explorar las dimensiones reales del problema:

La exploración se enfoca: pasado, presente y futuro inmediatos. El pasado inmediato se refiere a los sucesos que culminan en el estado de crisis, en

especial el suceso específico que desató o precipitó la crisis (el consumo de sustancias, violencia, abandono de hogar, crisis familiar).

A través de la conversación, debe obtenerse información sobre aspectos conductuales, afectivos, sociales y cognitivos del consultante, son recomendables las preguntas de tipo abiertas como: cuando, cómo, cuéntame un poco más, por qué, cuales son, entre otras. Por otro lado, existen consultantes que ofrecen información sobre si mismas con bastante facilidad. El objetivo principal de este componente tiene que ver con la categorización de las necesidades de la persona: Primero: Los problemas que deben tratarse de inmediato, reduciendo los niveles de ansiedad, frustración del consultante. Segundo: Trabajar las necesidades que pueden aplazarse, es decir necesidades que pueden posponerse en las próximas horas o días, orientando la búsqueda de servicios de atención especializados.

Las personas intentan tratar todo al mismo tiempo. Siguiendo el procedimiento se podrá diferenciar el motivo de consulta inicial frente al problema real (DEVIDA, 2019).

C. Examinar posibles alternativas de solución:

En esta dimensión se propone una gama de alternativas para las necesidades inmediatas y posteriores que fueron identificadas por el consultante, seguido de las reflexiones de cada una de ellas, como las posibles consecuencias.

Al ayudar al consultante a generar ideas que luego se puedan traducir en acción, minimiza los niveles de ansiedad del consultante, y va afianzando su seguridad para tomar decisiones o “hacer cosas”. Realizar preguntas sobre

cómo trató el consultante sus problemas anteriores fomentará un sentimiento constructivo frente al problema. Sólo después de explorar las sugerencias hechas por el consultante, el psicólogo participa en el proceso de seguir motivando o provocando otras soluciones al problema.

Dos puntos son cruciales en esta fase del procedimiento de la intervención:

1. Hacer saber a los consultantes de la existencia de posibles soluciones.

El psicólogo debe plantear preguntas que estimulen la conversación fluida del consultante y la reflexión con preguntas como ¿Por qué crees que no ha funcionado...? ¿Qué ocurriría si fuese así...? Y ¿qué pasaría si lo hicieras?, ¿Qué te lo impide?, ¿Qué clase de soluciones propondrían personas de tu entorno?, ¿Cómo pensaría o serían las ideas de esa persona?

2. Identificar obstáculos en la identificación de su plan.

Tiene que ver con identificar y examinar los obstáculos durante la implementación de su plan, por ejemplo, una emoción sobre cargada de cólera y frustración o la falta de una persona que apoye en una posible confrontación al hijo ante el descubrimiento del consumo de marihuana. Una emoción mal canalizada puede llevar a circunstancias críticas como el descontrol, violencia física, psicológica o a la no intervención “No hacer nada”, etc (DEVIDA, 2019).

La primera ayuda psicológica no está completa si las etapas no se han identificado claramente. Este proceso no está exento de elogiar o motivar a los consultantes mientras van generando soluciones funcionales.

D. Ayudar a tomar una acción concreta:

Es fundamental fomentar que el consultante “haga tanto”, se involucre en la búsqueda de soluciones como sea capaz. Sin embargo, cuando las circunstancias son extremadamente críticas y paralizan las decisiones y acciones de la persona, afectando su actuar, el psicólogo puede tomar un rol dinámico y directivo, acompañando de modo progresivo la toma de decisiones (DEVIDA, 2019).

Por ejemplo, tomar acción de hablar con su esposo en relación al consumo de sustancias psicoactivas de su hijo, manteniendo una actitud calmada, directiva e instarlo a acudir ambos a una consulta especializada.

El psicólogo tiene la oportunidad/responsabilidad de facilitar la resolución del problema, enfatizando los recursos del consultante y normalizando las situaciones críticas que describe con catastrofismo y desesperanza. Puede expresarse de la siguiente manera:

“Sientes que te estás volviendo loca, pero no creo que lo seas” o “en vista de todo lo que ha sucedido, sería sorprendente si no te sintieras trastornada, confundida, desamparada. Me parece que tu respuesta es más bien normal a sucesos críticos, ¿sabes? estaría preocupado por ti si no estuvieras reaccionando tan fuerte a todo esto, tener el valor de levantar el teléfono para comentarle a un extraño tu problema es muy valioso y dice cosas muy positivas acerca de ti y tu capacidad de querer hacer frente a esta situación”.

La destreza del psicólogo para desplegar un conjunto de competencias y habilidades frente a la crisis es primordial, ya que con frecuencia las personas que conllevan el dolor emocional suelen calificarse de manera negativa con

mucho arraigo. En ese sentido, su tono de voz, cadencia, ritmo y contenido psicológico supondrá una perspectiva constructiva para los consultantes.

Por lo tanto, llegar a una alternativa de solución y reforzar para la práctica es un proceso y no la finalización del problema.

En este componente el servicio Habla Franco, termina su primera intervención, caracterizada por hacer el resumen y evitar comentarios de otros problemas y fomentar la aplicación de las alternativas tratada. Sin embargo, en una próxima llamada, se establece el quinto componente de la ayuda planteado por Slaikeu (1988).

E. Seguimiento:

Revisar el progreso es el objetivo de esta dimensión, completar de nuevo la retroalimentación e identificar la realización o no de las acciones planteadas. El seguimiento facilita el pase hacia la resolución del problema.

La línea de ayuda telefónica utiliza también un enfoque cognitivo conductual, y desde esta perspectiva, cada persona es única con respecto a sus antecedentes y consecuencias de consumo. El Análisis Funcional ilustra que todas las personas usan las drogas como respuesta a ciertos estímulos, y que cambia los estados afectivos y cognitivos, generando consecuencias negativas. El Análisis Funcional es un modelo que intenta demostrar a las personas la función que tiene la conducta generadora de problemas en su vida. Por otro lado, el servicio utiliza el estilo de Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick, con la finalidad de que la conversación sea constructiva y motive a superar las dificultades que aparecen en la vida de las personas. Persuadirlas de

realizar cambios en función de sus propios valores, elogiar y reforzar sus recursos personales también es uno de sus principios.

Es a través de estos modelos que se ha logrado obtener la información de los consultantes del servicio Habla Franco.

2.1.6 Servicio de información, orientación y consejería psicológica Habla Franco

HABLA FRANCO es el primer servicio de ayuda telefónica y online gratuita en el Perú, nace debido a la necesidad de dar una respuesta inmediata desde el Estado principalmente a los adolescentes y jóvenes, brindándoles recursos que van desde la información objetiva sobre las drogas, orientación y consejería psicológica en drogas. Este es un servicio de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA), implementado con el apoyo de la Cooperación Técnica Belga (CTB).

HABLA FRANCO brinda atención telefónica y online de lunes a sábado de 9:00 a.m. a 9:00 p.m.; en el caso de la atención online, cuenta con una plataforma web www.hablafranco.gob.pe, de donde se puede acceder de cualquier parte del mundo para hacer uso de las salas de chat y correos electrónicos, además de brindar información a través de las redes sociales. Para ambos servicios se tiene implementado un Sistema de Gestión de Fichas (SGF) donde se registra la información obtenida del consultante.

Características del servicio de información, orientación y consejería psicológica telefónico y online – HABLA FRANCO

La atención se brinda a las personas que presentan un problema vinculado al consumo de drogas, ya sea en etapas tempranas y que corresponde

a un proceso que parte desde el uso experimental (mediado por la curiosidad, presión de grupo, entre otras razones), habitual, abuso y van situando a la persona en riesgo hasta llegar a un estado severo de dependencia. Así como en aquellas situaciones que pone en conflicto a los adolescentes y jóvenes. En ese sentido, el servicio se caracteriza por:

- La confidencialidad.
- El anonimato del consultante y el psicólogo.
 - La gratuidad.
 - La cobertura a nivel nacional.
 - La accesibilidad de la llamada (desde teléfonos públicos y fijos)
 - El horario flexible de lunes a sábados de 9:00 a 21:00 (12hrs. continuas)
 - Un sistema que gestiona la información (software).
 - El equipo de profesionales con experiencia en el abordaje de las adicciones y población adolescente en riesgo.

Perfil del psicólogo que ofrece la atención telefónica en adicciones

Los profesionales que atiende a personas con problemas de abuso de sustancias por la naturaleza de su trabajo, conforman uno de los grupos más sensibles a desencadenar estrés crónico o desgaste emocional pues atienden a personas con múltiples problemas asociados al consumo de drogas. En esta dinámica o interacción de complicaciones, se halla las comorbilidades médico psiquiátricas, desestabilidad emocional, desvinculación familiar, conflictos con la ley, estigmatización social, dificultades financieras, entre otras. En estos casos se sugiere minimizar o evitar llegar a estados de desgaste o estrés emocional, donde el profesional se desborde o agote su capacidad adaptativa,

no contando con recursos tanto para enfrentar el estrés o su intervención psicológica; esto se vería reflejado en una relación impersonal, fría y poco compasiva, optando por posturas de erudición “el/la sabelotodo”, dando indicaciones sobre lo que tienen que hacer, en vez de disponer de recursos propios como la escucha, generar la reflexión, empoderamiento del consultante para la toma de decisiones orientando a comportamientos saludables.

Por ello, la capacitación continua, la experiencia y conocimientos son recursos necesarios para la atención psicológica que se realiza vía telefónica; se requiere de un entrenamiento y supervisión sostenida que eleve la calidad de la intervención de estos servicios. Esto quiere decir que el equipo de profesionales pueda brindar atenciones eficientes y eficaces a través del dispositivo telefónico, que a diferencia de una intervención cara a cara, cuenta con retos y beneficios incrementando sus habilidades y competencias.

Frente a las llamadas altamente complejas y desbordadas que ponen al profesional de manera sostenida en una situación difícil, Ortega (2011) sugiere que se debe poseer información sobre el estrés en general, conocer y practicar técnicas de evaluación y control del estrés; supervisión; apoyo de compañeros; formación permanente; cambios en el ambiente; definición precisa de las funciones; no permanecer indefinidamente en un programa; rotación y diversificación de tareas; dar a conocer a los usuarios lo que pueden esperar; incrementar las actividades lúdicas fuera del trabajo; no hablar de éste fuera del contexto laboral, todo ello con miras al autocuidado y mantenimiento de la salud mental.

Por otro lado, según Míguez (2006), las líneas de ayuda telefónica facilitan el contacto directo de los consultantes, además de ser un dispositivo que provee de evaluación para diversos problemas de salud mental. Otro de los componentes de estos servicios de ayuda es el fácil acceso, el bajo costo y el anonimato lo que permite realizar un monitoreo preventivo de la comunidad.

La metodología del registro de la información del Servicio Habla Franco

1. Inicio de la atención

a) El consultante accede a la línea de ayuda 0800 44 400 a través de un teléfono público o fijo sin costo alguno desde cualquier parte del país (cobertura nacional) y dentro de los horarios de atención: 9:00 a 21:00. Salvaguardando el anonimato (psicólogo – consultante) y la confidencialidad. El psicólogo deberá estar logeado: Al *Módulo de Agente Telefónico* y al *Sistema de Gestión de Fichas (SGF)*

2. Recabar información

Después de iniciada la sesión con el saludo, el psicólogo debe:

Primero: Preguntar al consultante si es la primera vez que llama, si la respuesta es sí, se solicitará los siguientes datos, denominados campos obligatorios: nombre o pseudónimo, edad y distrito. Según la información que brinde el consultante, se solicitará al consultante ampliar la información del caso con el objetivo de abordar adecuadamente el mismo; los demás datos se completarán a medida que se realiza el proceso de consejería. En esta etapa será necesario determinar quién es la persona que realiza la llamada, es decir, si es él quien tiene el problema o algún familiar.

Si llama por segunda o más veces se realizará una búsqueda de dicho caso en el Sistema de Gestión de Fichas para actualizar y darle seguimiento al caso.

Segundo: El psicólogo debe abordar el problema del consultante a través de una pregunta. Ejemplo: *¿En qué podemos ayudarte? ¿Cuál es el motivo principal de tu llamada?*, y evaluar la dimensión del problema. Ejemplo: *¿De qué manera afecta esto en tu vida?*

3. Llenado del Sistema de Gestión de Fichas

Una vez culminada la llamada, y habiéndose cumplido el protocolo de atención, el psicólogo deberá registrar la información recabada en los módulos:

- Datos de filiación,
- Motivo de consulta,
- Datos referidos al consumo
- Antecedentes de tratamiento
- Problema principal
- Estructura familiar
- Intervención
- Derivación

2.2 Investigaciones en torno al problema investigado

2.2.1 Antecedentes nacionales

Los estudios relacionados al perfil sociodemográfico, características de consumo de drogas y conductas asociadas atendida vía telefónica son escasos a nivel nacional. Los estudios relacionados al tema permitirán analizar y realizar algunas reflexiones.

Toledo, M. (2003). Determinó a través de un estudio descriptivo las características sociodemográficas y clínicas de 63 adolescentes consumidores

de drogas atendidos en el Departamento de Salud Mental del Niño y Adolescente de un Hospital de Lima. Encontró que 70% fueron varones, las edades de mayor prevalencia se encuentran entre 14 y 15 años, el nivel de instrucción de su población estudiada tiene instrucción secundaria (79%). Un dato importante que llama la atención es la variable persona o institución de referencia, donde muestra que los pacientes referidos son familiares (22%), y de alguna manera de forma indirecta 78%.

La persona responsable que acompaña el proceso de atención de los adolescentes es la madre (68%), padre (21%) y otros 11%.

Asimismo, realiza una descripción de la estructura familiar, manifiesta que los adolescentes proceden de familias incompletas (43%), nuclear 32% y extendida 25%. También se halló el antecedente familiar de farmacodependencia (57%). Los adolescentes acuden con un tiempo de enfermedad menor de 12 meses (72%), en tanto que consumen una droga (59%), dos drogas (31%) y múltiples drogas (10%). Entre las más utilizadas están el alcohol, la marihuana y los disolventes volátiles. El tratamiento fue farmacológico-psicoterapéutico (59%) y ambulatorio (90%).

Salazar, E., Ugarte, M., Vásquez, L., Loaiza, J. (2004). Realizaron en la ciudad de Lima un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia del consumo de alcohol y drogas, así como, los factores psicosociales asociados con dicho consumo en 430 adolescentes escolares. Emplearon un diseño analítico de corte transversal. Utilizaron un Cuestionario Tamiz de Experiencias Personales (Personal Experience Screening Questionnaire - PESQ). Encontraron que el promedio de edad fue 14,4 años (DE 1,73), siendo

248 (63,1%) de sexo masculino. La muestra por año de estudios fue la siguiente: en primer año 66 (16,8%) adolescentes con una media de edad de 12,8 (DE 1,1), en segundo año 95 (24,2%), con una media de edad de 12,9 (DE 0,9); en tercer año 86 (21,9%), con una media de edad de 14,6 (DE 1,1), en cuarto año 84 (21,4%), con una media de edad de 15,4 (DE 0,9) y en quinto año 60 (15,3%), con una media de edad de 16,8 (DE 0,8).

Los resultados mostraron que 42 estudiantes manifestaron tener problemas de consumo. Respecto al distrés psicológico en 5 (1.3%) hubo ausencia, 19 (4.9%) con nivel leve a moderado, mientras que 18 (4.6%) mostraron un nivel severo. Por otro lado, la falta de habilidad para la resolución de situaciones problemáticas cotidianas muestra que existe ausencia de pensamiento en 11 (2.8%), leve o moderado 15 (3.8%) y severo 16 (4.1%). Se puede concluir que el factor de riesgo psicosocial más asociado al problema de consumo de drogas fue el distrés psicológico severo y el pensamiento problemático severo. La prevalencia de uso de cualquier sustancia fue del 43,0%, siendo las más frecuentes el alcohol con 42,2% y la marihuana con 8,7%.

Zárate, M. Zavaleta, A. Danjoy, D. Chanamé, R. Salas, M. Maldonado, V. (2006). Realizaron una investigación en estudiantes de tercer año de las carreras de medicina, enfermería y farmacia de la región costa, sierra y selva del Perú con el objetivo de identificar prácticas de consumo de tabaco y otras drogas en estudiantes de pregrado de ciencias de la salud. La muestra estuvo conformada por 3669 estudiantes. El tipo de estudio fue descriptivo transversal. Sus resultados muestran que la prevalencia de vida (PV) y el uso actual de tabaco fueron: 81.9% y 38.7%. El 45.3% consume tabaco desde los 16 años, 25% fumó

por primera vez en una fiesta y 45.8% sigue fumando en eventos sociales. En la última semana, 68.5% se expuso al humo ambiental de tabaco fuera del hogar. Existe una significativa asociación ($p < 0.01$) entre el hábito de fumar de padres, hermanos y amigos y el hecho de ser fumador. La prevalencia de vida del consumo de alcohol alcanzó un porcentaje de 94.3%, marihuana, 16.7%, pasta básica de cocaína, 7.5%. Concluyeron que existe una elevada prevalencia de tabaco y otras drogas en los estudiantes. La edad de inicio fue la adolescencia, así mismo, existe una asociación entre consumo de tabaco en los padres con la condición de fumador de los estudiantes.

Kendall, R. Pérez, R. Saenz, Y. (2010). Realizaron un estudio en Lima Metropolitana y Callao sobre la prevalencia y factores asociados en el abuso/dependencia del alcohol en 2077 adultos.

Este es un estudio epidemiológico y de corte transversal, mostraron que las mayores prevalencias de abuso de alcohol están en el grupo etáreo de 20 a 29 años (9.2%), el hombre tiene la mayor prevalencia de Abuso/Dependencia (AD) de alcohol con 8.4% frente al 2.2% en las mujeres. En los resultados las personas con estado civil no unido alcanzan un 7,4% de prevalencia y, según grado de instrucción, el nivel de secundaria/ bachillerato obtiene la mayor prevalencia (7,6%).

Acerca de las características de relaciones familiares, tendencias violentas, satisfacción personal y satisfacción laboral, sobresalen las prevalencias elevadas para los extremos negativos de percepción asignada por la población. Concluyeron que el perfil epidemiológico del abusador/ dependiente del alcohol en Lima Metropolitana en el 2002 presenta altas prevalencias para

indicadores de personas adultas: pobres vínculos familiares, tendencias violentas, satisfacción personal y laboral.

2.2.2 Antecedentes internacionales

De manera similar dado que los estudios epidemiológicos o los que se aproximen, de población consumidora de drogas atendida por teléfono o vía online son poco frecuentes; se utilizarán para propósitos comparativos datos de estudios presenciales, y donde hubiere, los que reportan haber utilizado la vía telefónica u online.

Ortiz, A. Soriano, A. Meza, D. Martínez, R. Galván, J. (2006), analizan las diferencias y similitudes del uso de sustancias entre hombres y mujeres mexicanos respecto al perfil sociodemográfico, patrón de consumo, problemas asociados y tendencias de uso. Se analizaron 694 casos, correspondiente a adolescentes y adultos entre 15 y 30 años; 618 hombres y 76 mujeres. Los datos sociodemográficos indicaron que 89% son hombres, de ellos 60% solteros y 64% de nivel socioeconómico bajo. De las mujeres 73.6% son solteras y 62.7% de nivel socioeconómico bajo. En cuanto a la edad de los hombres, la mayor proporción de ellos tiene 30 años o más (32.9%) y la edad de las mujeres es de entre 15 y 19 años (34.2%). La ocupación de los hombres es empleado o comerciante en 34.6% de los casos y la de las mujeres es estudiante en 34.7%. La escolaridad de los hombres es secundaria completa en 24.4%, mientras que en las mujeres (19.4%) secundaria incompleta. El mayor uso de sustancias tanto para hombres como para mujeres es la marihuana, cocaína e inhalables. La edad de inicio en los hombres es de 15 a 19 años y en las mujeres de 12 a 14, asimismo, muestra que las principales sustancias de inicio en hombres son la

marihuana y la cocaína, y en mujeres los inhalables. En cuanto a los problemas asociados al consumo, tanto hombres como mujeres mostraron un importante aumento después de iniciar el consumo de sustancias, sin embargo, las mujeres mostraron mayor sensibilidad a los problemas familiares y psicológicos.

Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina SEDRONAR (2016) a través de su Línea de ayuda 141 y boletín estadístico, reportan sobre el perfil de 3656 llamadas efectivas de diversas regiones del país correspondiente al periodo 2016.

Las consultas efectivas según el origen, tipo de consulta a nivel corresponden a la categoría indirecta (53%), es decir aquellas consultas en las cuales llama algún familiar o amigo de la persona con necesidad de asistencia. En la categoría relacionada con SEDRONAR (18%) y un 15% es por pedido de información general. La categoría directa 10.3%, es decir aquellas consultas en las cuales llama la persona quien tiene la necesidad de asistencia. Finalmente, 15.5% están relacionadas con la demanda de información general y 3.2% otras consultas.

En cuanto a la distribución del consumo de sustancia el 66.2% de los usuarios mencionan como motivo de consulta el clorhidrato de cocaína, alcohol, marihuana. El consumo de tabaco representa 11,4%, pasta base-paco 9.8% y psicofármacos 9,6%. Inhalantes, LSD y drogas de diseño representa agrupadas cerca del 2% de las menciones totales. Según sexo, existe una diferencia significativa porcentualmente. El 57.7% de los hombres menciona como motivo de consulta el clorhidrato de cocaína, alcohol, marihuana, frente al 8.4% en mujeres. Asimismo, el consumo de tabaco es mayor en grupo de

hombres (10.1%) frente al de mujeres (1.3%), en cuanto a la pasta base en hombres (8.6%) y mujeres (1.2%), respecto a los psicofármacos en hombres 7.8% y en de las mujeres 1.8%. Finalmente, los inhalantes, LSD y drogas de diseño son consumidos más en hombres (2.5%) que en mujeres (0.6%).

Miguez, H. (2006). Analiza 24.766 consultas registradas en la base de datos del servicio telefónico FONODROGAS de la Secretaria de Asistencia y Prevención de Adicciones (SADA) de la Argentina, abiertos a personas con problemas de alcohol y drogas del periodo 2004 – 2006 respecto al 1994 – 1996. Se debe resaltar que en el año 1996 el 10.4% de llamadas correspondían al propio consumidor y que en el 2004 el porcentaje se elevó a 14.7%. De manera general, manifiesta que nueve de cada diez llamadas corresponden a un varón y que seis de cada diez llamadas la edad del usuario está por debajo de los 25 años. Las sustancias más prevalentes de consumo actual han sido la marihuana en 12.4%, cocaína 9.7% y pasta base 3.8%. Por otro lado, afirma que la madre como vínculo familiar directo del usuario es decididamente la primera en buscar ayuda. De la población estudiada 8442 (34.1%) estuvieron involucrados en delitos fuera y dentro del hogar. Respecto a los casos por consumo de marihuana el robo dentro del hogar fue de 16.4% y fuera del hogar 53.5%; en el caso del consumo de cocaína dentro del hogar fue 17%, y fuera 42.8%, finalmente, la pasta base dentro del hogar fue de 5.6% y fuera 26.9%

Villatoro, J. Gutiérrez, M. Quiroz, N. Moreno, M. Gaytán, L. Itzcóatl, F. Amador, N. Medina, M. (2009), realizaron en México una investigación con el objetivo de presentar los resultados de la Encuesta del 2006 sobre las prevalencias del uso de drogas entre la comunidad escolar en la Ciudad de

México. La muestra estuvo conformada por 10523 estudiantes de todo el Distrito Federal. El instrumento empleado fue un cuestionario conformado con los indicadores de consumo de drogas que se emplean en los estudios que corresponden a los empleados por la OMS. Los resultados mostraron que el consumo de tabaco alguna vez en la vida ha afectado de modo similar tanto a hombres como a mujeres. Por otro lado, encontraron que el 68.8% de los/as adolescentes ha usado alcohol alguna vez en su vida y un 41.3% lo ha consumido en el último mes; resultando igualmente afectados tanto los hombres como las mujeres. Los hombres estuvieron dentro del subgrupo más afectado por el consumo actual en comparación con las mujeres. De acuerdo al nivel educativo de los participantes, el consumo de sustancias fue casi del doble para los/as adolescentes de escuelas de bachillerato, como para los de bachillerato técnico, en comparación con los/as de secundaria. En cuanto a las drogas ilegales, en el consumo durante el último año, una proporción menor de mujeres ha experimentado con drogas en ellas se ha observado, en los últimos tres años, un incremento importante en el consumo de inhalables y marihuana, en tanto que el consumo de cocaína se ha mantenido estable. Por lo que respecta a cada sustancia, la marihuana ocupa el primer lugar de preferencia entre los/as adolescentes, le sigue el consumo de inhalables, los tranquilizantes en tercer lugar y la cocaína en cuarto. Concluyeron que hubo un incremento importante en el consumo de drogas en los últimos tres años, del 15.2% se pasó al 17.8%. Los investigadores respecto a las conductas problemáticas asociadas (conductas sexuales sin protección, intento de suicidio, actos antisociales graves como el robo) al consumo de drogas manifiestan que los consumidores

de ambos sexos presentan el doble o más de prevalencia en estas conductas que los no consumidores.

Por su parte, Alfonso, J. Huedo, T. Espada, J. (2009), plantearon analizar en España la discriminación de la frecuencia del consumo, de dos sustancias legales, alcohol y tabaco, y una ilegal, cannabis, en adolescentes de enseñanza secundaria obligatoria, en función de la existencia de factores de socialización con el fin de determinar la capacidad predictiva de los mismos para que se dé un mayor o menor consumo de cada una de las sustancias, recabaron datos de 292 adolescentes que manifestaron haber tenido algún consumo de alcohol, tabaco o cannabis, con un rango de edad entre 11 y 17 años.

De los 292 estudiantes, 154 (52.7%) reconocieron haber consumido tabaco, 274 (93.8%) alcohol y 82 (28%) marihuana.

La discriminación entre los adolescentes que consumen más o menos tabaco viene dada en función de una educación familiar sin normas bien establecidas, de la existencia de consumo de cannabis y de una edad temprana de inicio. En cuanto al consumo de alcohol, los jóvenes que beben más habitualmente se discriminan entre los que lo hacen en menor medida cuando predominan actitudes favorables al consumo del mismo por parte del grupo de iguales y cuando a su vez consumen con frecuencia cannabis. Finalmente, la mayor frecuencia de consumo de cannabis estaba relacionada con una también mayor frecuencia de consumo de tabaco, de alcohol, con el fácil acceso a las drogas y, tener un grupo de amigos con actitudes y comportamientos favorables a las mismas.

Ortega, C. Da Costa, M. Pereira, G. (2011), realizaron un estudio en la ciudad de El Salvador cuyo propósito fue describir las características del perfil epidemiológico en una población universitaria sobre el uso de drogas. Solicitaron la participación voluntaria de 500 estudiantes universitarios que respondieron a un cuestionario autoadministrado. De la evaluación se pudo obtener, la edad, sexo, nivel de carrera universitaria, afirmación o negación del consumo de drogas, tipos de drogas consumidas, frecuencia y motivos que llevaron al consumo.

Los resultados mostraron que 188 estudiantes (37,6%) consumían o habían consumido drogas por lo menos alguna vez en la vida. La edad de inicio de consumo de su primera droga mostró que la mayoría de estudiantes la inicia en la etapa adolescente (13 a 18 años) con 79.8%. De este grupo, el 55% fueron varones. El alcohol (74.6%) fue la primera droga a ser utilizada, seguida por tabaco (16.6%), marihuana (7.3%), benzodiazepinas (1%) y anfetaminas (0.5%).

Por otro lado, Morales, G. Del Valle, C. Belmar, C. Orellana, I. Soto, A. Ivanovic, D. (2011), plantearon un estudio de corte transversal, analítico y comparativo en Chile, cuyo propósito fue describir y comparar el consumo de drogas en estudiantes chilenos universitarios de primero a cuarto año de estudios. De 2265 que representa la población de estudiantes, seleccionaron a través de una muestra aleatoria a 305 estudiantes. Se evaluó el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas mediante una encuesta anónima.

Las prevalencia de estudiantes consumidores de tabaco fue de 32.8%, de alcohol 63%, de alcohol y tabaco 31.8%, y de marihuana 7.2%, resultando

ser estadísticamente significativo ($p < 0.5$) en comparación con los no consumidores de dichas sustancias. Según género el consumo de alcohol en el grupo masculino fue de 73.6% en comparación a 52.9% de mujeres, y en cuanto al consumo de marihuana 10.1% en varones y 4.5% en mujeres, resultando ser esas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$).

2.3 Definiciones operacionales y conceptuales de variables

Definición conceptual:

Variable: Perfil sociodemográfico

- Sexo: Serie de características físicas de los órganos sexuales internos y externos, determinados genéticamente desde la concepción
- Edad: Tiempo cronológico de vida
- Nivel de instrucción: Grado de estudios más elevado y culminado o en curso del sistema educativo.
- Ocupación: Actividad que se ejerce o se desenvuelve públicamente.
- Lugar de residencia: Zona geográfica de cobertura nacional donde habita una persona permanentemente.

Variable: Características del consumo

- Edad de inicio del consumo: Tiempo cronológico de vida donde se establece el primer contacto con la/s drogas.
- Droga de inicio: Sustancia psicoactiva legal o ilegal que la persona consume por primera vez en una etapa de su vida.

- Droga problema: Sustancia psicoactiva legal o ilegal que la persona consume durante un periodo repetido y sostenido, conllevándole al riesgo de patrones de consumo experimental, ocasional, habitual, abuso y dependencia.
- Frecuencia de consumo: Número de veces que se realiza la conducta de consumir una sustancia psicoactiva.
- Tiempo promedio de consumo droga problema: Periodo comprendido desde el inicio de consumo de la sustancias psicoactiva hasta la actualidad.
- Tiempo considerado un consumo problemático: Periodo identificado por el consultante como problema de su hábito de consumo.
- Patrón de consumo: Es la serie de comportamientos que denotan el nivel de severidad asociado al consumo de drogas.

Variable: Conductas asociadas al consumo de drogas

- Violencia física: Acción que cause daño físico de forma no accidental, bajo la forma de puntapiés o patadas, puñetazos, bofetadas, tirones de cabello; ahorcamiento o intento de asfixia; latigazos, correazos, golpes con sogas; otras agresiones físicas con el cuerpo (arañazos, mordeduras, rodillazos, cabezazos, pisotones, etc.) y otros.
- Violencia psicológica: Acciones que de manera sistemática atacan la esfera psicosocial de la persona, bajo la forma de gritos, insultos, indiferencia, rechazo, desvalorización y humillación; amenazas de daño o de dar muerte a la víctima, impedimento de estudiar y/o recibir visitas o salir; también romper o destruir las cosas del hogar o las cosas personales de la víctima, así como la vigilancia continua.

- Conducta sexual de riesgo: Nivel de riesgo para desarrollar problemas de salud sexual, como adquirir y transmitir una ITS/VIH, quedar embarazada, ser padre de un niño, o necesitar tratamiento por enfermedad.
- Conflicto con la ley: Condición caracterizada por una serie de actos que contravienen a la ley con comportamiento prohibido, pueden o no haber llegado al sistema penal, es decir ser intervenidos o no por autoridad estatal.
- Deserción académica: Es un problema socioeducativo y se refiere al número de estudiantes que han abandonado sus estudios durante su formación de estudios superiores. Es el resultado de un proceso en el que intervienen múltiples factores y causas.
- Deserción escolar: Es un problema socioeducativo y se refiere al número de estudiantes que han abandonado sus estudios en cualquier momento del año escolar. Es el resultado de un proceso en el que intervienen múltiples factores y causas, así como otros más asociados a las insuficiencias del propio sistema educativo (factores intraescolares).
- Robo/hurto-Robo: Es el apoderamiento ilegítimo de cosa ajena por medio de la violencia o intimidación en la persona o de fuerza en la cosa y con ánimo de lucro. - Hurto: Es el apoderamiento ilegítimo de cosa ajena sin violencia en la persona ni fuerza en la cosa y con ánimo de lucro (utilización de habilidad, artificio, sutileza o maña).
- Microcomercialización: Acto ilícito penal de comercialización en pequeñas cantidades de drogas, con pena privativa de la libertad, no menor de tres ni mayor de siete años. Se considera microcomercialización la posesión entre 5.1

gr. y 50 gr. de pasta básica de cocaína, entre 2.1 gr. y 25 gr. de clorhidrato de cocaína y entre 8.1 gr. y 100 gr. de marihuana.

- Pandillaje: Grupos de jóvenes organizados que surgen y se reproducen fundamentalmente en un contexto de pobreza urbana, marginación, descontento social, consumo de drogas y falta de oportunidades. Construyen sus territorios físicos y sociales donde incorporan elementos que les dotan de identidad.

Tabla 2.

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Perfil sociodemográfico Agrupa las características demográficas de un grupo de personas seleccionadas				
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	Cualitativa	Nominal	0= Femenino 1= Masculino
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de consulta	Cuantitativa discreta	Razón	Años
Nivel de instrucción	Grado de estudios alcanzados identificado en el momento de la consulta	Cualitativa	Ordinal	Primaria incompleta=0 primaria completa=1 secundaria incompleta=2 secundaria completa=3 superior técnica incompleta=4 superior técnica completa=5 superior universitaria incompleta=6 superior universitaria completa=7
Ocupación	Actividad relacionada al ámbito educativo, laboral o cese, identificado en el momento de la consulta	Cualitativa	Nominal	Ama de casa=0 Desempleado=1 Estudia=2 Estudia y trabaja=3 No trabaja/No estudia=4 Trabaja=5 Trabajos temporales=6
Lugar de residencia	Zona geográfica de cobertura nacional de residencia permanente manifestada por el consultante en el momento de la consulta	Cualitativa	Nominal	Departamento, provincia y distritos a nivel nacional

Características del consumo de drogas

Aborda el primer contacto y tipo de droga consumida por el usuario/a, la cronicidad y percepción de riesgo del uso

Edad de inicio del consumo	Momento en la vida del consultante relacionada a su etapa de vida, en la cual inicia con la/s drogas. Se identifica con la pregunta ¿A qué edad iniciaste el consumo de drogas legales/ilegales? en el momento de la consulta	Cuantitativa discreta	Intervalo	Años
Droga de inicio	Sustancia psicoactiva legal o ilegal consumida por vez primera, expresada por el consultante ante la pregunta ¿Con qué droga (legal/ilegal) iniciaste o probaste por primera vez? en el momento de la consulta	Cualitativa	Nominal	Alcohol (bebidas alcohólicas)=0 Marihuana=1 Tabaco (cigarrillo)=2 Clorhidrato de cocaína=3 PBC - cigarrillos (tabacazos)=4 PBC - THC (mixtos)=5 Pegamentos (terokal)=6 Sedantes=7
Droga problema	Sustancia psicoactiva legal o ilegal que se reporta como problemático y de riesgo por el consultante ante la pregunta ¿Cuál es el motivo de tu consulta?/¿Cuál es la droga que te está generando problemas u ocasionando consecuencias? en el momento de la consulta	Cualitativa	Nominal	Alcohol (bebidas alcohólicas)=0 Analgésicos=1 Anfetaminas=2 Clorhidrato de cocaína=3 Ketamina=4 Marihuana=5 PBC - cigarrillos (tabacazos)=6 PBC - THC (mixtos)=7 Pegamentos (terokal)=8 Sedantes=9 Tabaco (cigarrillo)=10
Frecuencia de consumo	Número de veces que se realiza la conducta de consumir sustancias psicoactivas durante un periodo determinado, identificado por el consultante ante la pregunta ¿Con qué frecuencia consume la droga que le está generando problemas? ¿En los últimos tres meses cómo ha sido su consumo, con qué frecuencia se ha estado presentando? en el momento de la consulta	Cuantitativa discreta	Intervalo	Diario=0 = Interdiario=1 Quincenalmente=2 Durante la semana=3 Fin de semana=4 Una vez al mes=5
Tiempo promedio de consumo droga problema	Es el cálculo realizado de la edad actual menos la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas	Cuantitativo continuo	Intervalo	Meses

Tiempo considerado un consumo problemático	Periodo identificado por el consultante como problema de su hábito de consumo ante la pregunta ¿Desde hace cuánto tiempo te está generando problema la droga que consumes? en el momento de la consulta	Cuantitativa discreta	Intervalo	Meses
---	---	-----------------------	-----------	-------

Patrón de consumo	Son los comportamientos reportados por el consultante que denotan el nivel o grado de severidad en relación al consumo de drogas y que el psicólogo evaluará y tomará en cuenta para el registro de la información y devolución de su atención hacia el consultante	Cualitativa	Ordinal	Experimental=0, ocasional=1, habitual=2, abuso=3 dependencia=4
--------------------------	---	-------------	---------	--

Conductas asociadas al consumo de drogas
Comportamientos de riesgo contrarios a mantener una vida integral que aborde la salud física y mental e interfiere con el desarrollo personal

Violencia física	Son los comportamientos disfuncionales relatados por los consultantes en el momento de la consulta en relación a su consumo de drogas, esta información es obtenida por el psicólogo a través de preguntas relacionadas con la droga problemas y las consecuencias que de ella se generan, en este caso asociado al daño físico intencional.	Cualitativa	Nominal	Si=1 No=0
-------------------------	--	-------------	---------	-----------

Violencia psicológica	Son los comportamientos disfuncionales relatados por los consultantes en el momento de la consulta en relación a su consumo de drogas, esta información es obtenida por el psicólogo a través de preguntas relacionadas con la droga problemas y las consecuencias que de ella se generan, en este caso asociado al daño psicológico intencional.	Cualitativa	Nominal	Si=1 No=0
------------------------------	---	-------------	---------	-----------

Conducta sexual de riesgo	Son los comportamientos disfuncionales relatados por los consultantes en el momento de la consulta en relación a su consumo de drogas, esta información es obtenida por el psicólogo a través de preguntas relacionadas con la droga problemas y las consecuencias que de ella se generan, en este caso asociado al riesgo de su sexualidad.	Cualitativa	Nominal	Si=1 No=0
Conflicto con la ley	Son los comportamientos disfuncionales relatados por los consultantes en el momento de la consulta en relación a su consumo de drogas, esta información es obtenida por el psicólogo a través de preguntas relacionadas con la droga problemas y las consecuencias que de ella se generan, en este caso asociado al conflicto con la ley.	Cualitativa	Nominal	Si=1 No=0
Deserción académica	Es la condición socioeducativa de abandono académico en alguna etapa de vida durante su formación técnica y/o universitaria, relatada por los consultantes en el momento de la consulta en relación a su consumo de drogas, esta información es obtenida por el psicólogo a través de preguntas relacionadas con la droga problemas y las consecuencias que de ella se generan, en este caso se truncan sus estudios.	Cualitativa	Nominal	Si=1 No=0
Deserción escolar	Es la condición socioeducativa de abandono escolar en alguna etapa de vida relatada por los consultantes en el momento de la consulta en relación a su consumo de drogas, esta información es obtenida por el psicólogo a través de preguntas relacionadas con la droga problemas y las consecuencias que de ella se generan, en este caso se truncan sus estudios.	Cualitativa	Nominal	Si=1 No=0

Robo/hurto	Son los comportamientos de apoderamiento ilegítimo y/o con violencia y sin violencia, relatados por los consultantes en el momento de la consulta en relación a su consumo de drogas, esta información es obtenida por el psicólogo a través de preguntas relacionadas con la droga problemas y las consecuencias que de ella se generan, en este caso daños a terceros debido a la apropiación ilegítima de cosas.	Cualitativa	Nominal	Si=1 No=0
Microcomercialización	Son los actos ilícitos relatados por los consultantes en el momento de la consulta en relación a su consumo de drogas, esta información es obtenida por el psicólogo a través de preguntas relacionadas con la droga problemas y las consecuencias que de ella se generan, en este caso poner en riesgo su libertad.	Cualitativa	Nominal	Si=1 No=0
Pandillaje	Conductas de violencia en un contexto grupal asociado al consumo de drogas, que generan inseguridad ciudadana. Esta información es obtenida por el psicólogo a través de preguntas relacionadas con la droga problemas y las consecuencias que de ella se generan, en este caso el pandillaje.	Cualitativa	Nominal	Si=1 No=0

2.4. Hipótesis

Hipótesis general

➤ Existen alta asociación entre las características del perfil sociodemográfico, las características del consumo y las conductas asociadas a la frecuencia de uso de sustancias en consultantes de una línea de ayuda, 2012 al 2015.

Hipótesis específicas

1. Existe una alta asociación entre el perfil sociodemográfico, y las variables de las características del consumo de drogas de los consultantes.
2. Existe una alta asociación entre el perfil sociodemográfico, y las variables de las conductas asociadas a la frecuencia de uso de sustancias en los consultantes de una línea de ayuda, 2012 al 2015.
3. Existe una alta asociación entre las variables de las características del consumo de drogas y las conductas asociadas de los consultantes a la frecuencia de uso de sustancias en los consultantes de una línea de ayuda, 2012 al 2015.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Tipo de investigación

El presente estudio es una investigación de tipo descriptivo correlacional. Esta describe cómo se comportan determinadas variables o fenómenos. Asimismo, busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno sometido a análisis. Del mismo modo, indaga cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas. Mide las dos o más variables que se desea conocer, si están o no relacionadas con el mismo sujeto, analizando la correlación (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

3.2 Diseño de la investigación

El presente estudio es una investigación no experimental, transversal. No se manipulan deliberadamente variables, enfocándose en el análisis y descripción de las relaciones que existen entre dos o más variables en determinados momentos que afectan acciones (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Por otro lado, se utilizó una base de datos considerada como fuente secundaria que contiene información obtenida en el transcurso de los años por la institución a través de la atención telefónica de casos, en ese sentido, se conserva la confidencialidad de la información.

3.3 Naturaleza de la muestra

3.3.1. Descripción de la población

La población estuvo conformada por los consultantes que llamaron a una línea de ayuda que brinda información, orientación y consejería psicológica, durante los años 2012, 2013, 2014 y 2015, el cual alcanzó la cifra de 1543 fichas de atención, las cuales contienen completos los datos relacionados al consultante y su problemática.

En el presente estudio no ha sido necesario realizar un tamaño muestral, dado que se cuenta con acceso a la base de datos que tiene la información del total de la población consultante.

3.3.2. Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión son los siguientes:

- Haber consultado a la línea de ayuda durante los años 2012 al 2015.
- Que el Sistema de Gestión de Fichas contenga completos los 9 módulos, en específico los relacionados al perfil sociodemográfico, características del consumo y conductas asociadas.

3.3.3. Criterios de exclusión

- Consultantes que solicitan orientación, información y consejería por otras problemáticas que no corresponden al tema de drogas.
- Tener los módulos incompletos en el Sistema de Gestión de Fichas

3.4 Instrumentos

El Sistema de Gestión de Fichas (SGF) es un programa informático (software) compuesto en su estructura por 9 módulos.

Los módulos son las secciones del SGF que abordan un tema en específico y está conformado por un conjunto de preguntas.

A continuación la descripción de los 9 módulos y datos a recoger:

- El **primer módulo** es el de datos de filiación; en los que se solicita información acerca de su estado civil, ocupación, grado de instrucción y si el problema es propio o de algún familiar o amigo.
- El **segundo módulo** aborda el motivo de consulta.
- El **tercer módulo** es el de datos referidos al consumo de sustancias; se solicita información acerca de la droga problema, el tiempo promedio de consumo de la droga problema, frecuencia del consumo, droga de inicio, edad de inicio, otras drogas consumidas alguna vez en su vida, patrón de consumo, conductas asociadas al consumo de drogas, abstinencia, modalidad y lugar de consumo, modalidad de obtención de drogas.
- El **cuarto módulo** es el de antecedentes, aborda los factores de riesgo relacionados a la iniciación del consumo de drogas, problemas psicológicos y/o psiquiátricos, antecedentes de tratamiento por uso y/o abuso de drogas, antecedentes familiares.
- El **quinto módulo** es el de estructura familiar y red de apoyo.
- El **sexto módulo** es el de problema principal, abarca el estado motivacional al cambio y el patrón de consumo.

- El **séptimo, octavo y noveno módulo** son los de intervención, otros datos y seguimiento.

3.5 Técnicas:

Los datos fueron obtenidos de una base de datos ya existente exportada al programa informático Excel, elaborada por el equipo técnico, en la cual la información primaria fue obtenida a través de la técnica de entrevista semiestructurada, la cual facilita la elaboración de preguntas por parte del consejero según vaya transcurriendo la entrevista, analizando la pertinencia de cada una de ellas, de tal manera que se minimiza la resistencia del consultante y que el diálogo se convierta en un interrogatorio. La entrevista se desarrolla con las preguntas guía de los módulos del Sistema de Gestión de Fichas (Conxa Perpiñá, 2012)

Por otro lado, dadas las características de los consultantes que llaman a la línea de ayuda, se utiliza también la entrevista no directiva con la finalidad de que los consultantes desarrollen su experiencia o vivencias relacionadas con el problema desde su marco de referencia, propiciando un clima positivo, empático y sin juicio (Conxa Perpiñá, 2012)

Los datos recogidos están contenidos en los 9 módulos del Sistema de Gestión de Fichas y son preguntas relacionadas con el perfil sociodemográfico, características del consumo, conductas asociadas y la intervención, tal como se detalla en el apartado de Instrumentos.

3.6 Procedimiento

Para la presente investigación se consideró pertinente llevar a cabo las siguientes acciones:

1. Solicitud y gestión para la obtención de la base de datos perteneciente a una entidad estatal como lo es la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas DEVIDA.
2. Solicitud a la Dirección de Articulación Territorial de DEVIDA, a través de la responsable Técnica del Programa Presupuestal de Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas, *la autorización de entrega de Base de Datos* de la línea de ayuda.
3. La información fue entregada en un CD con el programa informático Excel, obviando los nombres y apellidos de los consultantes y más bien utilizando un código de registro de cada uno de ellos.
4. La investigadora del presente estudio presentó una *carta de compromiso sobre el uso de la base de datos* y cuidado de la información.
5. Se generó una *ficha de registro* con el nombre de la investigación y los datos personales de contacto de la investigadora para la institución DEVIDA con la finalidad de tener registro del uso de datos.

Para efectos del estudio el Sistema de Gestión de Fichas (SGF) se exportó al programa informático Excel que permite realizar tareas de registro de información, contables y financieras. La información comprendió el periodo 2012 al 2015, y se estableció el siguiente plan:

Primero. La eliminación de todos aquellos casos que no habían sido correctamente registrados, bien por no haber contestado a todos los ítems o bien

por contar con la indicación expresa de cualquiera de los miembros del equipo de atención vía telefónica que dudara de la veracidad de los datos aportados.

Segundo. La información recolectada y codificada fue sometida a tratamiento estadístico en el programa STATAv14.

Tercero. Luego se procedió a un análisis exploratorio de datos con el objetivo de identificar si hay datos ausentes y detectar datos atípicos (outliers).

Cuarto. Con posterioridad se pasó a codificar todas las variables con sus alternativas de respuesta introduciendo los resultados en una base de datos creados para este fin.

Quinto. El análisis de los datos incluyó estadísticos que permitieron determinar la distribución de las variables de estudio y comprobar supuestos de normalidad, linealidad y homocedasticidad de datos cuantitativos. En el análisis descriptivo de variables cuantitativas se establecieron los resultados usando medidas de tendencia central y de dispersión. Si la variable tiene distribución normal: la medida de tendencia central será la media y desviación Standard, si no tiene distribución normal será la mediana y rango intercuartil. Para las variables categóricas se expresaran en porcentajes. La representación gráfica dependerá del tipo de variable que se estudia, para variables categóricas: Gráfico de barras, o tablas.

Sexto. Se llevó a cabo diversos análisis estadísticos en fases consecutivas en función de los objetivos de investigación propuestos. Así, para las variables categóricas se analizaran la asociación entre ellas a través de la prueba de Chi cuadrado.

Séptimo. Todos los cálculos de las diferencias significativas y las correlaciones se obtendrán a un nivel de significación igual a $p < 0.05$.

Antes de presentar los resultados, se detalla los pasos previos que nos permitieron obtener la información, para ello se siguieron los siguientes pasos:

1. A cada uno de los consultantes se le asignó un código numérico (variable id).
2. La variable primaria incompleta se combina con primaria completa, ya que el primero tiene sólo 9 casos. El resto de categorías de grado de instrucción se mantiene.
3. En la variable ocupación, los casos relacionados a los desempleados, no trabaja no estudia se le ha incorporado la actividad de ama de casa (2 casos), conformando el rubro de Sin ocupación.
4. En cuanto al lugar de residencia, se ha considerado la variable Departamento para agrupar a las provincias y distritos del interior del país que tuvieron poca representación.
5. Las drogas médicas como los analgésicos (2 casos), anfetaminas (1 caso), ketamina (2 casos) y sedantes (3 casos), así como el tabaco (4 casos) y el pegamento/terokal (9 casos), conformando cantidades mínimas para el estudio, fueron agrupadas en una sola categoría, como “Otras drogas”. Por otro lado, la PBC ya sea mezclada con tabaco o con marihuana, se juntaron en una sola categoría.
6. En droga de inicio, por tener muy poca frecuencia se han combinado: cocaína, PBC, pegamentos y sedantes.

7. Por haber varias opciones, las conductas asociadas entrarán como variables binarias para cada opción, por ejemplo: robo (Sí/No), violencia familiar (Sí/No), etc., es decir entran como variables independientes.
8. En patrón de consumo, la opción experimental (1 caso) se junta con ocasional.

3.7 Plan de análisis de datos

La variable de interés, sobre la cual gira el análisis fue el perfil sociodemográfico, las características del consumo y las conductas asociadas a la frecuencia de uso de drogas en consultantes de una línea de ayuda, 2012 al 2015.

Se inició el análisis con una descripción univariada de estas variables, luego se procedió a identificar la asociación entre estas empleando el chi² de Pearson, así como otros estadísticos para variables categóricas que confirmaron la asociación entre estas, las cuales se presentan en la parte de resultados. Las asociaciones se consideraron significativas cuando el valor p fue menor de 0.05

3.8 Consideraciones éticas

Para el presente estudio se utilizó una base de datos considerada como fuente secundaria, debido a que contiene información obtenida en el transcurso de los años través de la línea de ayuda; por tanto no hay contacto directo con los consultantes pero se conserva toda la confidencialidad de los datos, para lo cual nos hemos comprometido con las autoridades de DEVIDA que autorizan su uso.

Para mayor seguridad la institución se descartó los nombres y solo se utilizó un código de identificación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

El presente trabajo de investigación parte de un análisis de datos de 1543 casos atendidos a través de una línea de ayuda, durante el periodo 2012-2015.

Los resultados obtenidos se muestran inicialmente a través de un análisis descriptivo de las variables para luego mostrar los análisis multivariados.

A continuación se presenta el perfil sociodemográfico de los consultantes, observándose que la edad es una variable que está distribuida proporcionalmente en tres grupos homogéneos, 32,3% personas de 12 a 18 años; 33,6% de 19 a 24 años y 34,1% de 25 años a más. Por otro lado, se aprecia que el grupo de sexo masculino ha tenido mayor representatividad en el estudio conformado por un 88.8% en comparación con las mujeres (11.2%). Respecto al grado de instrucción, se ha identificado que los grados de estudios alcanzados son, secundaria incompleta con 35,8%, seguida de secundaria completa con 31%. Un 15,3% manifiesta haber alcanzado un nivel superior universitario incompleto, los niveles técnicos incompleto alcanzan 7,5% y técnica completa 5,4%. Sin embargo, se observa los dos extremos del nivel de instrucción superior y primaria, alcanza 3,1% y 1,8% respectivamente. En el caso de la variable ocupación, un 45,7% de los consultantes reportan estar sin ocupación, llama la atención dos grupos con proporciones similares, 21% mantienen una actividad académica de estudiante y 20,7% actividad laboral permanente. Por otro lado, algunos consultantes manifestaron encontrarse en actividad laboral temporal 9,6% y actividad académica/laboral 3%. Finalmente, en cuanto al lugar de residencia, se ha considerado la variable Departamento para agrupar a

las provincias y distritos del interior del país que tuvieron poca representación (17.2%), en comparación con los 1278 de los 1543 entrevistados (82.8%) correspondientes a Lima y Callao. Tabla 3.

Tabla 3.
Perfil sociodemográfico de consultantes que llaman a la línea de ayuda. 2012 al 2015.

Perfil sociodemográfico	n = 1543	100%
Edad (años)		
12 a 18 años	498	32,3%
19 a 24 años	519	33,6%
25 a + años	526	34,1%
Media 23 años		
Sexo		
Masculino	1370	88,8%
Femenino	173	11,2%
Grado de Instrucción		
Primaria	28	1,8%
Secundaria completa	479	31,0%
Secundaria incompleta	552	35,8%
Superior completa	48	3,1%
Superior incompleta	236	15,3%
Técnica completa	84	5,4%
Técnica incompleta	116	7,5%
Ocupación		
Sin ocupación	705	45,7%
Estudia	324	21,0%
Estudia y trabaja	46	3,0%
Trabaja permanente	320	20,7%

Trabaja temporalmente	148	9,6%
Lugar de residencia		
Lima	1150	74.5%
Callao	128	8.3%
Departamentos	265	17.2%

Fuente: Programa informático excel del servicio Habla Franco, Devida. Modalidad telefónica 2012 al 2015

La Tabla 4, muestra la prevalencia de las variables relacionadas a las características del consumo de drogas de los consultantes. Se encontró en prevalencia de droga problema (droga que está generando problemas u ocasionando consecuencias en el consultante) que la marihuana es la sustancia más prevalente en este grupo poblacional con un 45,11%, en segundo lugar consideramos que el consumo de Pasta Básica de Cocaína (Mixto/ Tabacazo), alcanzan un 27,93%, luego, en un tercer nivel de prevalencia se encuentra el alcohol con 15,10%, Clorhidrato de cocaína 10,50% y finalmente otras drogas 1,40%. La edad de inicio con mayor prevalencia se encuentra en el intervalo de edad de 13 a 16 años correspondiente a 1168 casos, es decir el 75.7%. Otros iniciaron entre los 17 a 24 años (18.1%) y antes de los 12 años 6.2%. Los consultantes reportaron que la droga con la cual iniciaron, fue el alcohol con 67.34%, seguido de la marihuana con 23.20%, el tabaco con 5.25%, las drogas cocaínicas con 3.18% y otras (Pegamentos, sedantes) con 1.04%. Para la variable frecuencia de consumo de la droga problema se destaca un 38.56% que realiza un consumo de tipo diario, seguido del uso realizado durante la semana con 21.52%, interdiario con 18.73%, fin de semana con 15.62%, quincenal con 3.11%, una vez al mes con 1.75% y menos de una vez al mes con 0.71%.

Para la variable tiempo de consumo de la droga problema obtiene un 35,8% aquellas personas que se encuentran en el periodo de 1 a 2 años, seguido de 22,4% referido a mayor de 4 años, 20,8% a más de 2 años y finalmente, 20,9% a más de 8 años consumiendo la droga que les genera problemas. En lo que respecta al tiempo que el consultante considera que su consumo de drogas es problemático, se hallan los siguientes datos, 48,8% considera que desde hace un año, 18,1% entre 1 o 2 años y se ha agrupado a aquellos que consideran de 3 a más años (32,01%). En el caso de la variable que mide nivel de severidad, 1090 casos, es decir 70.64% presenta un patrón de dependencia, caracterizado por el conjunto de síntomas relacionados a la experimentación del síndrome de abstinencia, tolerancia e incapacidad para poder abstenerse de la droga. Por otro lado, el abuso con 17.37% es considerado una condición de alto riesgo con una línea muy cercana al desarrollo de la dependencia. Luego, el consumo de tipo habitual con 9.78% y finamente ocasional con 2.20%.

Tabla 4.

Prevalencias según variables relacionadas a las características del consumo de drogas de los consultantes que llaman a la línea de ayuda. 2012 al 2015.

Variables de características de consumo de drogas	n = 1543	100%
Edad de inicio		
Hasta los 12 años	96	6,2%
13 a 16 años	1168	75,7%
17 a 24 años	279	18,1%
Droga de inicio		
Alcohol (Bebidas alcohólicas)	1039	67,3%
Marihuana	358	23,2%

Tabaco (Cigarrillos)	81	5,3%
Drogas cocaínicas	49	3,2%
Otras drogas	16	1,0%
Droga problema		
Marihuana	696	45,1%
Alcohol (Bebidas alcohólicas)	266	15,1%
PBC THC/Tabaco (Mixtos/tabacazos)	431	27,9%
Clorhidrato de cocaína	162	10,5%
Otras drogas	21	1,4%
Frecuencia de consumo-droga problema		
Diario	592	38,4%
Interdiario	298	18,7%
Menos de una vez al mes	12	0,78%
Quincenalmente	48	3,1%
Semanalmente – Durante la semana	333	21,6%
Semanalmente – fin de semana	241	15,6%
Una vez al mes	28	1,8%
Tiempo promedio consumo droga problema		
1 a 24 meses	553	35,8%
25 a 48 meses	321	20,8%
49 a 96 meses	347	22,5%
97 a 144 meses	174	11,28%
145 a más meses	148	9,6%
Tiempo considerado consumo problemático		
1 a 12 meses	769	49,8%
13 a 24 meses	280	18,1
25 a 36 meses	150	9,7%
37 a 60 meses	233	15,1%
61 a más meses	111	7,1%
Patrón de consumo		
Ocasional	34	2,20%
Habitual	152	9,8%

Abuso	269	17,4%
Dependencia	1088	70,5%

Fuente: Programa informático excel del servicio Habla Franco, Devida. Modalidad telefónica 2012 al 2015

En lo que respecta a la información presentada en la Tabla 5 acerca de las conductas asociadas al consumo de drogas, se identificó una múltiple asociación con conductas de riesgo, entre ellos con un porcentaje de 30,98% a la violencia psicológica, seguida de la deserción escolar con 15,04%, el robo con 11,86%, deserción académica con 5,96%, la micro-comercialización 5,25%, la violencia familiar 5,18%, el conflicto con la ley 3,95%, la violencia sexual/conducta sexual de riesgo 1,75%, el pandillaje 0,78% y más de dos conductas asociadas con 12,45%.

Tabla 5.

Conductas asociadas al consumo de drogas de los consultantes que llaman a la línea de ayuda. 2012 al 2015.

Conductas asociadas al consumo de drogas	N =	100%
Conductas asociadas	1543	
Violencia Psicológica	478	30,98
Deserción Escolar	232	15,04
Robo	183	11,86
Deserción Académica	105	6,8
Violencia Física	92	5,96
Micro-comercialización	81	5,25
Violencia Familiar	80	5,18
Conflicto con la Ley	61	3,95
Violencia sexual/conducta sexual de riesgo	27	1,75
Pandillaje	12	0,78
Más de 2 Conductas Asociadas	192	12,45

Fuente: Programa informático excel del servicio Habla Franco, Devida. Modalidad telefónica 2012 al 2015

Como se observa en la Tabla 6 y 7 se han encontrado asociaciones altas entre las variables. En la Tabla 6 fueron 3 de las conductas relacionadas al consumo como deserción escolar/académica, conflicto con la ley (Robo, pandillaje, microcomercialización) y tipos de violencia física, psicológica, familiar y sexual que presentan alta asociación con 4 drogas predominantes como el alcohol, marihuana, y drogas cocaínicas.

En la Tabla 7 las conductas relacionadas al consumo y el tiempo promedio del consumo drogas tuvo también altas asociaciones.

Tabla 6.

Asociación entre conductas asociadas y droga problema de los consultantes que llaman a la línea de ayuda. 2012 al 2015.

Conductas asociadas y Droga problema (consumo actual o de consumo más frecuente e intenso)												
Conductas	Alcohol	Analgésicos	Anfetaminas	Clorhidrato de cocaína	Ketamina	Marihuana	PBC - Cigarrillos Tabacazo	PBC - THC - Mixtos	Pegamento - Terokal	Sedantes	Tabaco - Cigarrillo	Total
Conflicto con la ley	9	0	0	3	0	30	5	13	1	0	0	61
	14.75	0	0	4.92	0	49.18	8.2	21.31	1.64	0	0	100
	3.86	0	0	1.85	0	4.31	2.38	5.88	11.11	0	0	3.95
Deserción académica	7	0	0	10	1	63	12	10	0	2	0	105
	6.67	0	0	9.52	0.95	60	11.43	9.52	0	1.9	0	100
	3	0	0	6.17	50	9.05	5.71	4.52	0	66.67	0	6.80
Deserción escolar	15	1	0	18	0	105	36	54	2	0	1	232
	6.47	0.43	0	7.76	0	45.26	15.52	23.28	0.86	0	0.43	100
	6.44	50	0	11.11	0	15.09	17.14	24.43	22.22	0	25	15.04
Robo	17	0	0	10	0	110	23	22	0	0	1	183
	9.29	0	0	5.46	0	60.11	12.57	12.02	0	0	0.55	100
	7.3	0	0	6.17	0	15.8	10.95	9.95	0	0	25	11.86
Micro comercialización	1	0	0	12	1	50	8	9	0	0	0	81
	1.23	0	0	14.81	1.23	61.73	9.88	11.11	0	0	0	100
	0.43	0	0	7.41	50	7.18	3.81	4.07	0	0	0	5.25
Pandillaje	2	0	0	0	0	6	1	2	1	0	0	12
	16.67	0	0	0	0	50	8.33	16.67	8.33	0	0	100
	0.86	0	0	0	0	0.86	0.48	0.9	11.11	0	0	0.78
Violencia física	25	0	0	15	0	14	21	16	1	0	0	92
	27.17	0	0	16.3	0	15.22	22.83	17.39	1.09	0	0	100
	10.73	0	0	9.26	0	2.01	10	7.24	11.11	0	0	5.96
Violencia psicológica	87	1	1	55	0	233	51	48	1	0	1	478
	18.2	0.21	0.21	11.51	0	48.74	10.67	10.04	0.21	0	0.21	100
	37.34	50	100	33.95	0	33.48	24.29	21.72	11.11	0	25	30.98
Sexo conductas de riesgo	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100

	0.86	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.13
Violencia familiar	25	0	0	7	0	21	17	8	2	0	0	80
	31.25	0	0	8.75	0	26.25	21.25	10	2.5	0	0	100
	10.73	0	0	4.32	0	3.02	8.1	3.62	22.22	0	0	5.18
Más de 2 conductas	43	0	0	32	0	64	36	39	1	1	1	217
	19.82	0	0	14.75	0	29.49	16.59	17.97	0.46	0.46	0.46	100
	18.45	0	0	19.75	0	9.2	17.14	17.65	11.11	33.33	25	14.06
Total	233	2	1	162	2	696	210	221	9	3	4	1543
	15.10	0.13	0.06	10.50	0.13	45.11	13.61	14.32	0.58	0.19	0.26	100
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabla 7.

Asociación entre conductas asociadas y tiempo promedio consumo droga problema de los consultantes que llaman a la línea de ayuda. 2012 al 2015.

Conductas asociadas y tiempo promedio consumo droga problema						
Conductas	1 a 24 meses	25 a 48 meses	49 a 96 meses	97 a 144 meses	145 a más meses	Total
Conflicto con la ley	17	12	16	7	9	61
	27.87	19.67	26.23	11.48	14.75	100
	3.07	3.74	4.61	4.02	6.08	3.95
Deserción académica	35	28	26	15	1	105
	33.33	26.67	24.76	14.29	0.95	100
	6.33	8.72	7.49	8.62	0.68	6.8
Deserción escolar	100	54	57	15	6	232
	43.1	23.28	24.57	6.47	2.59	100
	18.08	16.82	16.43	8.62	4.05	15.04
Robo	79	47	33	16	8	183
	43.17	25.68	18.03	8.74	4.37	100
	14.29	14.64	9.51	9.2	5.41	11.86
Microcomercialización	39	21	16	3	2	81
	48.15	25.93	19.75	3.7	2.47	100
	7.05	6.54	4.61	1.72	1.35	5.25
Pandillaje	11	1	0	0	0	12
	91.67	8.33	0	0	0	100
	1.99	0.31	0	0	0	0.78
Violencia física	14	13	28	19	18	92
	15.22	14.13	30.43	20.65	19.57	100
	2.53	4.05	8.07	10.92	12.16	5.96
Violencia psicológica	175	95	103	55	50	478
	36.61	19.87	21.55	11.51	10.46	100
	31.65	29.6	29.68	31.61	33.78	30.98
Sexo conductas de riesgo	1	0	1	0	0	2
	50	0	50	0	0	100
	0.18	0	0.29	0	0	0.13

Violencia familiar	10	12	17	18	23	80
	12.5	15	21.25	22.5	28.75	100
	1.81	3.74	4.9	10.34	15.54	5.18
Más de 2 conductas	72	38	50	26	31	217
	33.18	17.51	23.04	11.98	14.29	100
	13.02	11.84	14.41	14.94	20.95	14.06
Total	553	321	347	174	148	1543
	35.84	20.8	22.49	11.28	9.59	100
	100	100	100	100	100	100

Fuente: Programa informático excel del servicio Habla Franco, Devida. Modalidad telefónica 2012 al 2015

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como finalidad establecer la asociación entre las características del perfil sociodemográfico, las características del consumo y las conductas asociadas a la frecuencia de uso de sustancias en un grupo de consultantes que llamaron a una línea de ayuda durante el periodo 2012 al 2015.

El perfil sociodemográfico de las personas que consultan la línea de ayuda comprende variables como sexo, edad, ocupación, grado de instrucción y lugar de residencia, por tanto, los resultados muestran las siguientes características: se identificó predominantemente a los hombres (88,8%) en comparación con las mujeres (11,2%), en cuanto a la edad son los adolescentes y jóvenes entre 12 y 24 años (65,9%) quienes llaman a la línea de ayuda a propósito de ser un servicio gratuito, anónimo y confidencial lo que podría significar un espacio seguro al no revelar su identidad teniendo la posibilidad de utilizar un seudónimo.

En lo que respecta al grado de instrucción y ocupación sobresalen los grupos que se encuentran con secundaria completa (31,0%), incompleta (35,8%) y superior incompleta (15,3%) que en asociación con su ocupación se puede especular que casi la mitad se encuentran sin ocupación (45%), otros están estudiando la secundaria (21,0%) o tienen un trabajo temporal (20,7%), sumado el consumo de sustancias los coloca en situaciones de mayor riesgo afectando aspectos sociales, psicológicos, económicos, familiares, agravando sus expectativas de desarrollo personal. Finalmente, más del 80% de los

consultantes llaman desde Lima y Callao, lo que hace reflexionar respecto a las limitaciones de la cobertura a pesar de ser un servicio gratuito a nivel nacional. Podría analizarse las vías y formas de difusión a partir de la identificación de la población objetivo.

A continuación el análisis por variable y su vinculación con los diversos estudios hallados.

Los resultados mostrados respecto a la variable sexo, explican un comportamiento similar al encontrado por otros investigadores a nivel nacional e internacional. Se encontró que un 88,8% fueron consultantes del sexo masculino y un 11,2% del sexo femenino. Estos resultados son similares a los encontrados por Miguez, H. (2006), en su estudio de llamadas telefónicas de personas con problemas de drogas con un seguimiento comparativo de diez años, también halló que, nueve de cada diez llamados señalaba a un varón como problema de consulta. Así también, la Secretaria de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina SEDRONAR (2016), en su boletín estadístico de perfiles de consultantes que recurren a su línea gratuita de ayuda, denota que en la distribución por sexo, los hombres obtienen un 86% y las mujeres un 13,3%.

Es importante señalar que existen servicios de atención personalizada ambulatoria donde señalan el perfil sociodemográfico de adolescentes consumidores de drogas que son similares a las intervenciones vía telefónica en cuanto a la variable sexo, es el caso del estudio de Toledo, M. (2003), quien encontró un 70% de predominio del sexo masculino, Kendall, R., Pérez, R. y Sanz, Y. (2010), identifican que el hombre tiene la mayor prevalencia de

Abuso–Dependencia de 8.4%, frente a un 2.2% en la mujer, al igual que el estudio de Quimbayo (2013), referente a que un 71% son hombres en comparación del 29% de mujeres.

Sin embargo, otros estudios como el de Ortega, C., Da Costa, M. y Pereira, G. (2011) muestran que la relación entre el sexo masculino y femenino no es muy significativo, este investigador encontró que en 185 estudiantes que experimentaron el consumo de drogas, 44,33% fueron de sexo femenino y 55,67% masculino. Estos resultados fueron hallados en población universitaria, lo que lleva a reflexionar sobre el grupo de mujeres en particular y la poca frecuencia de solicitar la ayuda psicológica a través de la línea telefónica, así como otros aspectos como la estigmatización social.

Estudios de DEVIDA (2012) en población escolar, señalan que la edad de inicio para consumir drogas es cada vez más temprana y que la brecha entre hombres y mujeres se va reduciendo, la diferencia de consumo de drogas legales entre varones y mujeres es mínima: la prevalencia de año de consumo de drogas, muestran que por cada 100 escolares hombres, existen 86 estudiantes mujeres que también lo hacen. En el caso de las sustancias ilegales, por cada 100 escolares varones que usan este tipo de drogas existen 69 estudiantes mujeres, esto quiere decir que las diferencias significativas por género no son evidentes. Sumado a ello, el último reporte de DEVIDA (2017), muestra que las mujeres tienen mayor prevalencia de consumo de drogas legales y médicas en comparación con los hombres, tal es así que, se observa que 15,5% de los escolares ha consumido alcohol el último año en relación al 19,5% de las escolares. Por lo tanto preguntamos, ¿por qué no llaman las mujeres a las líneas

de ayuda o asisten a los centros de atención? Pueden ser los factores socioculturales en torno al consumo de las mujeres los que marcan la diferencia significativa con los hombres, ya que esta población suele estar doblemente estigmatizada, primero por contraponerse al “rol clásico”, y segundo por consumir drogas. En ese sentido Castillo Aguilera, A; Llopis Llacer, J; Rebollida, M; Fernández Gómez, C; Orengo, T. (2003), mencionan que frente al “sesgo de la masculinización de la adicción”, –esto quiere decir que no se toma en cuenta la idiosincrasia de esta población–, debemos más bien los profesionales comprender que la dificultad, tiene que ver con el diseño de nuestros programas preventivos y de intervención basados en sus necesidades, ya que de manera sostenida se elabora un perfil masculinizado ignorando su especificidad, incluyendo la publicidad.

La edad de las personas identificadas con problemas de uso de drogas del presente estudio se sitúa con un 65,9% entre los 12 y 24 años, edades que abarcan el ciclo vital de la adolescencia y la juventud, según la OMS; por otro lado un 34,1% tiene que ver con consultantes mayores a los 25 años.

Antecedentes nacionales e internacionales generalmente tienen como población de estudio a los adolescentes escolares y jóvenes universitarios. Miguez, H. (2006) de una base de datos de 24,766 llamadas telefónicas realizadas por personas con problemas de drogas, identificó que 6 de cada 10 llamados refieren una edad menor de 25 años, resultados que respaldan el presente estudio. Al igual que el estudio realizado por Ortiz, A., Soriano, A., Meza, D., Martínez, R. y Galván, J. (2006), quienes en un estudio sobre semejanzas y diferencias entre el consumo de los hombres y las mujeres,

asistieron a diversos centros de atención a la salud y sistema de justicia, en dicha muestra, categorizaron la edad en grupos, encontrando 221 (31,84%) consultante entre los 12 a 19 años, 133 (19,16%) en el rango de los 20 y 24 años y 331 (47,69%) de 25 a más años de edad.

Cabe resaltar que la SEDRONAR (2016) informa a través de un boletín institucional información recabada del sistema SIPROVI, en el cual se registran pacientes, consultas, turnos y llamadas a la línea 141, que la distribución de la edad de la población atendida registra que 32 (1,5%) de sus consultantes fueron adolescentes entre los 10 y 17 años, 355 (16,6%) se encontraron entre los 18 a 23 años, y su mayor población de 658 (31%) atenciones personalizadas se encuentra entre los 24 a 30 años, finalmente 1098 (51,2%) fueron personas mayores a 31 años, estos datos no difieren mucho al obtenido en el presente estudio, siendo el promedio encontrado de 23 años. Para la SEDRONAR, entre los asistidos varones la edad más frecuente es 24 años, mientras que en mujeres son los 21 años.

Otros estudios importantes a citar pero que contradicen los resultados obtenidos son los de Quimbayo-Díaz, J., Olivella-Fernández, M. (2013) cuyo objetivo fue describir el patrón de comportamiento asociado al consumo de marihuana observándose que de la muestra de 700 estudiantes universitarios elegidos de manera aleatoria se encuentran entre los 15 a 25 años, 187 (27%) consumen marihuana. Concentrándose el mayor índice entre los 18 y 21 años (59%), seguido de 17% entre los 15 y 17 años y finalmente 24% entre los 22 a 25 años. Salazar, E., Ugarte, M., Vásquez, L. y Loaiza, J. (2004), hallaron en su muestra con adolescentes en edad escolar de 1° a 5° de secundaria que 42

(10.7%) tenía problemas con el alcohol y las drogas. Por otro lado Toledo, M. (2003), en un estudio con adolescentes consumidores de drogas que asistieron a un servicio especializado en adicciones, 98% de sus consultantes están entre los 12 y 16 años.

De estos resultados comparados similares y contradictorios, en opinión de Florenzano, R. (2006), la razón por la cual se habla tan frecuentemente de la drogadicción como un problema de los adolescentes y jóvenes es que estadísticamente el período del ciclo vital en que hay mayor tendencia al consumo de sustancias químicas es el de los 15 a 25 años. Esto no quita que sean los adultos quienes presentan la mayor parte de las consecuencias mórbidas de este consumo: los alcohólicos se incuban en la niñez y preadolescencia, florecen en la segunda y tercera décadas de vida, y sufren las consecuencias del consumo, en términos de enfermedad o muerte, desde los cuarenta en adelante. Por otro lado, es una etapa de vida donde su proceso de desarrollo y maduración los coloca en estado de vulnerabilidad despertando intensamente la curiosidad o experimentación, la búsqueda de sensaciones, la influencia de las tendencias socioculturales o la presión de grupo; en ese sentido podría el consumo de drogas ser parte de la etapa evolutiva transitoria o utilizarlas para enfrentar situaciones problemáticas como los conflictos intrafamiliares, emocionales, disminuyendo su capacidad de elaborar constructivamente las diversas situaciones que se les presente.

Cabe señalar que, las llamadas eran categorizadas por llamadas directas e indirectas, la primera son aquellas consultas en las cuales llama la persona que considera tiene un problema y busca ser apoyada. La segunda, se refiere a las

consultas realizadas por algún familiar o amigo/a de la persona con problemas de uso de sustancias. El grueso de llamadas se concentra en el tipo Indirecta, dando la posibilidad posteriormente de llamar el propio consultante (tipo Directa) y retroalimentar el Sistema de Gestión de Fichas con información. Por otro lado, tomando en cuenta las características de a línea de ayuda, todos los consultantes y en particular los menores de edad -que podrían estar acompañadas o no por algún familiar-, conseguirían salvaguardar su identidad a través del anonimato.

Sobre el grado de instrucción, el estudio muestra que el 66,8% de la población cuenta con estudios de secundaria, ya sean completos (31%) o incompletos (35,8%), este último podría mostrar que los consultante estarían estudiando en el momento de la consulta o haber abandonado sus actividades escolares. Estos resultados, tienen una significativa relación con las investigaciones nacionales e internacionales que han estudiado tanto perfiles sociodemográficos en asociación con el consumo de drogas en escolares y universitarios.

Ortiz, A., Soriano, A., Meza, D., Martínez, R. y Galván, J. (2006), quienes en su objetivo de encontrar diferencias y semejanzas entre el consumo de drogas entre hombres y mujeres, muestran que el nivel de escolaridad entre los hombres es principalmente de secundaria completa: 24.4%, mientras que las mujeres (19.4%) de secundaria incompleta.

Villatoro, J., Gutiérrez, M., Quiroz, N., Moreno, M., Gaytán, L., Itzcóatl, F., Amador, N. y Medina, M. (2009), en su estudio sobre prevalencia y evolución del consumo de drogas en estudiantes, según el nivel educativo

hallaron que el consumo de sustancias fue casi el doble para los/las adolescentes de escuelas de bachillerato técnico (33,9%) y bachillerato (30,8%) en comparación con los/las estudiantes de secundaria (17,5%). En el caso de Toledo, M. (2003), halló que los que se encontraban en nivel primaria (19%) habían abandonado los estudios escolares, mientras que un 79% cursaba estudios de secundaria en el momento de la intervención. Por otro lado, Kendall, R., Pérez, R. y Sanez, Y. (2010), observaron la prevalencia de Abuso-Dependencia del alcohol, según el grado de instrucción, encontrando que las personas que cuentan con secundaria/bachillerato son las que tienen la mayor prevalencia (7,6%).

Por su parte, Salazar, E., Ugarte, M., Vásquez, L. y Loaiza, J. (2004), hallaron en su muestra de adolescentes escolares de secundaria que el 10,7% tenía problemas con el consumo de drogas, asociándolo a factores como el estrés psicológico severo, pensamiento problemático severo y abuso físico.

Estos hallazgos en concordancia, muestran que a mayor edad se incrementa el consumo de drogas, sin dejar de mencionar que el inicio se presenta en etapas tempranas, de vulnerabilidad biológica y psicológica. De tal manera la exposición a todo lo que conlleva el consumo de drogas, desde la accesibilidad a ellas, ambientes familiares críticos, entornos de peligro, entre otros, ponen en riesgo a los adolescentes.

Con relación a la ocupación, adquiere gran relevancia en este estudio, aquellas personas que se encuentran sin ninguna actividad, es decir sin ocupación, alcanzando un 45,7%. En ese sentido solo se ha hallado un estudio, el de Ortiz, A., Soriano, A., Meza, D., Martínez, R. y Galván, J. (2006), en el

que mencionan la relación entre el consumo de drogas y la actividad laboral, siendo la ocupación de los hombres empleado o comerciante (34,6%) y la de las mujeres es estudiante (34,7%).

Si bien la presente investigación mantiene porcentajes importantes concentrados en población en edad escolar y académica, llama la atención que casi la mitad se encuentre sin ocupación, esto lleva a especular, que el consumo de drogas y/o todas aquellas situaciones de riesgo afectan el aspecto cultural, social, psicológico, biológico, situación económica y la interacción familiar, agravando las expectativas de oportunidades de desarrollo académico o laboral que se reconoce los valora ante la sociedad y eleva su autovaloración.

Finalmente, en lo que respecta al lugar de residencia, el 82,8% lo constituyen la capital del Perú y la provincia constitucional del Callao, obteniendo los departamentos del país un 17.2% de representatividad. Si se compara estos datos a nivel internacional, la Secretaria de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina SEDRONAR (2016), muestra que las provincias de CABA y Buenos Aires representan algo más del 80% de las llamadas y cerca del 80% del chat. El resto de las Provincias representan un 19% en llamadas y un 19% en chat.

Esto merece un análisis respecto a las estrategias de difusión o al plan de comunicaciones al tratarse de un servicio del Estado con cobertura a nivel nacional, es decir, ofrecer un espacio especializado y de ayuda inmediata a aquellas regiones con dificultades de acceso a servicios de salud, ya que el servicio está planteado como un espacio de orientación y consejería psicológica

especializada que podría contener casos que se encuentran en espera o búsqueda de atención en algún centro de salud del país.

En relación a las características del consumo de drogas, la mayor prevalencia de droga problema fue para el uso de marihuana 45,11%, alcohol 15,10%, seguido de PBC - THC (Mixtos) 14,32%, PBC - Cigarrillos (Tabacazos) 13,61%, Clorhidrato de cocaína 10,50% y otras drogas 1,40%. El análisis realizado a nivel internacional como la Secretaria de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina SEDRONAR (2016), a través de su línea de ayuda refleja que la población solicita apoyo por el consumo de clorhidrato de cocaína 23,5%, alcohol 22,6%, marihuana 20,1%, tabaco 11,4%, pasta base 9,8%, psicofármacos 9,6%, otras drogas 1,0%, inhalantes 0,9%, LSD 0,6% y drogas de diseño 0,5%; del mismo modo Míguez, H. (2016), en su estudio comparativo de dos periodos 1994–1996 y 2004–2006 de una línea telefónica de ayuda especializada en la atención de casos por drogas, encontró que los perfiles se mantienen diez años después incluyendo las sustancias consultadas como problema, estas son marihuana 12,3%, clorhidrato de cocaína 9,7% y pasta base 3,8%. Otros resultados que difieren de las investigaciones anteriores son los obtenidos por Toledo, M. (2003), en población adolescente en un hospital especializado del Perú. Los datos obtenidos difieren del presente estudio, identificando como drogas problema a los disolventes volátiles con 22%, seguido de la combinación de dos drogas 31%, marihuana 21%, múltiples drogas 10% y pasta básica de cocaína 6%. Llama la atención los porcentajes elevados en las drogas múltiples o combinación de dos, donde el consumo de

alcohol mantiene una posición importante y sostenida en una población adolescente.

En este caso se puede considerar las sustancias con mayores menciones como motivo de consulta, estas son marihuana, alcohol, pasta base, cocaína, inhalantes, psicofármacos, entre otras que varían según los contextos culturales y sociales. Hay que reflexionar sobre la presencia y uso de drogas como el alcohol (legal) y la marihuana (ilegal) en espacios educativos como los colegios y universidades y sus entornos, así como el control de la venta y el consumo por parte de las autoridades.

Sin lugar a duda, el consumo de drogas como la marihuana y el alcohol constan de una representación social poderosa en la población adolescente y joven y esto en razón a la normalización de su uso, por ejemplo la forma como el alcohol es parte de los contextos de ocio como lubricante social, mejorar las interacciones entre pares o como una sustancia necesaria para divertirse; así también la marihuana y su resonante impacto sobre su uso terapéutico genera en la población distintos tipos de valoración, en muchos casos positiva y aceptación desconociendo muchas veces la diferencias entre lo terapéutico y recreacional.

La edad de inicio, es decir tiempo cronológico de vida donde se establece el primer contacto con la/s drogas de la población estudiada constituye en un 75.7% al grupo conformado por edades de 13 a 16 años.

Este dato lleva a reflexionar acerca de lo que transcurre en dicha etapa evolutiva, como la interacción de los aspectos biológicos y psicosociales, entre ellos, un constructo poco profundizado pero importante como es la curiosidad,

innata y propia del ser humano y que forma parte de la adquisición de experiencias y la inmediatez de los placeres. Por otro lado, el protagonismo que han adquirido los grupos sociales como la familia en una sociedad en constante evolución; refiriéndose a esta como grupo natural en la formación de sus miembros; en ese sentido, Minuchin, refiere que la estructura familiar es un invisible conjunto de demandas funcionales que organiza la manera de interacción, si ésta es disfuncional, la relación será fallida con una jerarquía paterna ineficaz, que descalifica y es violenta. Por tanto, la disconformidad de sus miembros los coloca en una posición ambigua, la de querer encajar pero al mismo tiempo de ataque en ese proceso de recobrar su posición en el sistema familiar. Se ha observado en la casuística clínica que los consumidores/as de sustancias que iniciaron tempranamente tenían una historia familiar caracterizada por la confusión de acuerdos y reglas, sin estructura delimitada con figuras de autoridad o un sistema parental establecido, con situaciones críticas resueltas sin éxito.

Comparando con otros estudios, como los de Toledo, M. (2003), quien identifica que la edad media del inicio de consumo de bebidas alcohólicas y de cigarrillo está entre los 12 y los 15 años de edad, con una tendencia a ser cada vez más temprana, los adolescentes que acudieron a consulta externa se encontraban en la etapa de la adolescencia media entre los 15 y los 16 años (65%) y en la etapa de adolescencia temprana (33%)

Así lo revela también la Secretaria de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina SEDRONAR (2016) donde el promedio general de edad de inicio de los consultantes atendidos en su servicio personalizado, se

ubica en los 15 años para los hombres, y las mujeres 17 años. En cuanto a los tipos de sustancias la cocaína se ubica en los 18 años y para el tabaco y los tranquilizantes son las sustancias con promedio de edad de inicio más bajo, 12 y 13 años respectivamente.

Ortega, C., Da Costa, M. y Pereira, G. (2011), observaron que 1,5 % inicio entre los 8 y 12 años y ya en edades entre los 13 y 18 el 79,8% ya consumía o había consumido droga por lo menos una vez en la vida. Se conoce que en esa población, la edad de ingreso de los jóvenes a la Universidad ronda entre los 17 y 18 años, así al menos el 50% o más de los jóvenes usuarios de drogas ya había consumido al menos una droga antes de su ingreso a la universidad.

Finalmente, Ortiz, A., Soriano, A., Meza, D., Martínez, R. y Galván, J. (2006), identificaron la edad de inicio en consultantes que asistieron a instituciones de atención a la salud y procuración de justicia, en la mayoría de los hombres es de 15 a 19 años, y en las mujeres entre los 12 y 14 años.

El Informe sobre Uso de Drogas en las Américas Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito - UNODC. (2012), (2015), muestra que en países como la Argentina, Colombia, casi la mitad de los estudiantes de secundaria había consumido alcohol durante el último mes. Asimismo, de los 29 países del hemisferio estudiados, muestran una prevalencia de consumo de alcohol en el último mes por encima del 30%. En el caso del Perú el consumo de alcohol se triplicó entre los estudiantes de 8vo y 12vo grados, esto es en edades de 13 a 17 años.

Mostrando cada una de las experiencias que la edad de inicio suele darse en la etapa de la adolescente, es importante considerarla como población objetivo de programas preventivos, ya que implica un periodo crítico con altas probabilidades de desencadenar patrones de abuso y consecutiva dependencia con un fuerte impacto sobre su salud, asimismo, la estrecha relación que tiene con comportamientos de riesgo como involucrarse en actos delincuenciales, conducta sexual temprana, relaciones sociales conflictivas, deserción escolar, entre otras.

Respecto a la droga de inicio el 67,34% (1039) de los consultantes refirieron haberlo hecho con una droga legal como el alcohol, seguido de un 23,20% (358) con marihuana, luego el tabaco 5,25% (81), las drogas cocaínicas como el clorhidrato de cocaína, pasta básica (sus variedades) obtienen un 3,18% (49) y finalmente otras drogas (pegamentos, sedantes) con 1,04% (16).

Este resultado permite analizar como el alcohol siendo una droga social lícita pero sin políticas preventivas claras en los menores de edad y más aún en el sistema educativo, social, familiar y comunitario se ubica como droga de inicio, abriendo la posibilidad de experimentación con otro tipo de drogas.

Sin embargo, La Secretaria de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina SEDRONAR (2016), identificó que cerca del 52% de los asistidos a su servicio de atención personalizada tuvo como sustancia de inicio a la marihuana, 20% el alcohol y para cerca del 18% la cocaína. Inhalantes/solvente (2,4%) tabaco (2,4%), pasta base/paco (2,8%) y los fármacos (1,4%).

Ortiz, A., Soriano, A., Meza, D., Martínez, R. y Galván, J. (2006) hallaron que la sustancia inicial de consumo más mencionada fue la marihuana con 70,3%, seguida por los inhalantes 74,6%, cocaína 29%, seguido por los fármacos 10%, éxtasis 5%, opiáceos 5%, alucinógenos 5% y crack 2,8%.

Finalmente, Ortega, C., Da Costa, M. y Pereira, G. (2011), identificaron como sustancia de inicio en su población estudiada al alcohol con 74,6%, el tabaco 16,6% la segunda, luego la marihuana 7,3%, las benzodiacepinas 1,0% y las anfetaminas 0,5%.

Los datos presentados difieren del presente estudio, tomando en cuenta que una de las drogas más utilizadas es la marihuana, en ese sentido debemos considerar los contextos sociales y representaciones sociales respecto a su uso, así como su regularización y todo lo que gira en torno a ella como el uso medicinal, la normalización de la misma. Como podemos observar hay diferencia entre los países sobre la droga de inicio.

Es evidente que el contacto inicial con las drogas se da cada vez a edades más tempranas como en la etapa escolar y la incidencia del uso múltiple de drogas como el alcohol, tabaco, marihuana demuestran relevancia en contextos sociales. Del mismo modo, los factores familiares han captado la atención de algunos investigadores, concibiendo como un riesgo la transmisión de creencias, valores o hábitos a favor del consumo de drogas y la influencia en sus hijos.

En esta investigación las variables asociadas a la frecuencia y tiempo promedio de consumo de droga problema son preocupantes, pues el 57,29% muestra que la población estudiada consume sustancias diariamente (38,56%)

e interdiariamente (18,73%), así mismo los consumos que se dan durante la semana (21,52%) y fin de semana (15,62%) abarcan un 37,14%. Analizar y relacionar variables como éstas requieren de una mirada integral y global de las personas, en este caso los adolescentes y jóvenes, es claro que el consumo de esta población responde a una serie de fenómenos internos y sociales y otros coadyuvantes tales como actitudes y la presión del medio social.

Alfonso, J., Huedo, T. y Espada, J. (2009), refiere que el consumo de drogas aumenta en cantidad con la edad y en su investigación intentaron clarificar el patrón habitual que distingue entre aquellos adolescentes que consumen más y los que lo hacen con menor frecuencia. Hallaron que aunque la mayoría de los que fuman de 5 a 10 cigarrillos a la semana o menos y los que consumen menos de 3 veces al mes cannabis son los que beben 1 copa al mes, un 44,1% de los que fuman de 5 a 10 cigarrillos a la semana beben 2 o 3 copas al mes, un 34,8% de los que beben más de 3 copas a la semana son los que fuman más de 10 cigarrillos al día y un 38,5% de éstos que beben dicha cantidad de alcohol son los que consumen 1 o 2 veces a la semana cannabis. Por otro lado los adolescentes que menos beben se discriminan cuanto mayor disgusto muestra la familia ante el consumo, menor consumo de alcohol. Asimismo, se distingue entre los niveles de consumo de alcohol en función de que el adolescente tenga o no amigos que consumen, siendo lo que más consumen lo que más vulnerabilidad presentan en este factor, en función de la dificultad para acceder a las drogas, de las relaciones familiares, el número de actividades protectoras de las que se rodea el adolescente, y el estilo educativo familiar,

siendo los que más consumen los que más vulnerabilidad presentan en estos cuatro últimos factores.

En cuanto a la frecuencia del consumo de alcohol, destaca que, aunque la mayoría de los sujetos que consumen de 2 a 3 veces al mes cannabis son los que beben 1 o 2 copas a la semana o incluso menos, el 36.8% de los sujetos que toman más de 3 copas a la semana consumen cannabis más de 3 veces a la semana.

Por su parte, Morales, G., Del Valle, C., Belmar, C., Orellana, Y., Soto, A. e Ivanovic, D. (2011), estudiaron a una población universitaria representada por 2.265 universitarios chilenos, de los cuales 1.373 ingresaban a primero y 892 cursaban cuarto año (facultades de salud; educación y ciencias sociales; ingeniería y ciencias agropecuarias). Se halló, que las prevalencias del consumo de tabaco, alcohol, tabaco-alcohol y marihuana son mayores en los universitarios que cursaban el cuarto año en comparación con el primer año. Del mismo modo, 79.8% correspondía a universitarios no fumadores que refirieron que “Nadie fuma en el hogar”, por lo que infieren que provenir de una familia u hogar que no tiene el hábito de fumar disminuye la vulnerabilidad. En ese sentido, el presente estudio ha hallado consumo problemáticos en una edad promedio de 23 años con una edad promedio de inicio entre los 13 y 16 años de edad (75.7%) entre 4-8 años de tiempo promedio de consumo de sustancias psicoactivas, donde se ha “escalado” e intensificado el problema.

En lo que respecta al patrón de consumo de droga problema son los comportamientos reportados por el consultante que denotan el nivel o grado de

severidad, el estudio identificó que el 70,64% (1090) de los consultantes experimentaban sintomatología de un cuadro de dependencia, es decir, deseo intenso por consumir, fenómeno de tolerancia, número de intentos frustrados para abandonar el hábito, consecuencias en los diversos ámbitos de su vida; seguido otros porcentajes importantes como son el abuso con 17,37% (268) y el consumo de tipo habitual 9,78% (151), ocasional y experimental suman 2, 20%.

El consumo en edades tempranas posibilita el desarrollo rápido de una adicción tratándose de personas vulnerables en etapa de desarrollo, crecimiento físico, biológico y madurez psicológica emocional. Asimismo, con la presencia de otros factores de riesgo como la no actividad académica o laboral o escasos vínculos parentales.

En el grupo de consultantes que llamaron a la línea de ayuda reportaron una serie de comportamientos asociados a la frecuencia de consumo como también al tipo de droga que les generaba problemas. El alcohol está altamente asociado con la violencia psicológica y física al igual que la marihuana y las sustancias de tipo cocaínicas. En ese sentido, Deza (2013) tal como muestra en el número de casos atendidos por violencia familiar y sexual en los Centros de Emergencia Mujer (CEM) a nivel nacional, donde aparece que el 74% de las agresiones denunciadas los agresores se encontraban sobrios, el 24% bajo los efectos del alcohol, el 1% bajo los efectos de drogas, y el 1% bajo ambos efectos (enero – junio, 2012), del mismo modo. Del mismo modo, el alcohol y la marihuana se encuentran asociados al incumplimiento de las normas como el conflicto con la ley, es así que UNODC (2010) de 1233 casos, más del 80% de

los adolescentes infractores encuestados ha usado alcohol y tabaco alguna vez en su vida, aunque el consumo actual sólo está presente en el 8,5% para tabaco y el 10,4% para alcohol.

En cuanto al consumo de drogas ilícitas, la marihuana es la droga más consumida, con prevalencias de vida, año y mes de 42,7%, 29,3% y 2,7% respectivamente. El porcentaje de adolescentes que habían consumido drogas, 30 días antes de cometer la infracción, es alarmante entre aquellos infractores que cometieron las faltas más graves y que por tal motivo cumplen su sanción en el sistema cerrado. Es así que el 90% había consumido alcohol 30 días antes de cometer la infracción y sobre el 95% había consumido algún tipo de droga ilícita o inhalables. Estas cifras contrastan con adolescentes del sistema abierto, donde sólo el 10% había usado alcohol en los 30 días previos a la comisión de la infracción y menos del 5% había usado algún tipo de droga ilícita.

Se aprecia además en el grupo de consultantes que la asociación entre la frecuencia o periodicidad del consumo de drogas en cuestiones de tiempo de consumo tiene una alta asociación con diversos tipos de violencia, demostrando una clara sostenibilidad en comparación con los demás comportamientos. Es decir, de haber cumplido mínimo 12 meses hasta el desarrollo de la adicción. La transición de los patrones de consumo hacia la dependencia se manifiesta por los cambios fisiológicos, cognitivos y emocionales, en específico en el control de sus emociones y sus impulsos, ejerciendo daño sobre sí mismo como hacia los demás, según se presenta en los resultados. Podría decirse que los dos primeros años de consumo activo la conducta sexual de riesgo, pandillaje, robo, microcomercialización, conflicto con la ley, deserción escolar se encuentran

altamente asociadas, las mismas que se dispersen en el tiempo a diferencia de los tipos de violencia. Es importante hacer mención nuevamente al consumo temprano de drogas, el tipo de drogas y la frecuencia de uso lo que coloca a la persona en deterioro de su pleno desarrollo personal y participe activo de su sociedad.

En el estudio de Castro, E. Rojas, G. De la Serna, J. (2013) realizado en población estudiantil se mostró que de 4 conductas asociadas como arrestos, consultar especialistas, padres piensan que usa demasiada droga y el deseo de usar menor cantidad, son los consumidores de alcohol los que se asocian con la disminución de su consumo, seguido de los arrestos; en cuanto a las drogas ilegales ocurre el mismo fenómeno. En cuanto a las conductas delictivas, los consumidores leves, moderados y excesivos mostraron comportamientos como el robo (tomar un auto), golpear o dañar algo, venta de drogas, tomar dinero ajeno, golpear a otras personas, formar parte de riñas. Este estudio indicó que el 7,9% (6511) de estudiantes son consumidores excesivos de drogas legales e ilegales, también presentan como característica la inactividad (de estudios o trabajo), todo ello durante el año anterior al estudio, por lo que podría inferirse que el tiempo promedio de consumo se encontraría durante los doce meses.

Conclusiones

Luego del análisis de los resultados de esta investigación, es factible plantear las siguientes conclusiones.

- Se identificó el perfil sociodemográfico, se establecieron las características del consumo e identificaron las conductas asociadas de un grupo de consultantes a una línea de ayuda.
- Existe una alta asociación entre las variable Características del consumo: Droga problema (consumo actual o de consumo más frecuente e intenso), Tiempo promedio de consumo de la droga problema con la variable Conductas asociadas: Violencia psicológica, física, familiar, deserción escolar/académica, robo, micro-comercialización, conflicto con la ley en relación con la frecuencia del tiempo promedio de uso de la droga problema, siendo entre 1 a 8 años en los consultantes que llamaron a la línea de ayuda entre el 2012 al 2015.
- El objetivo inicial por el cual fue creada la línea de ayuda para la atención de adolescente con consumos incipientes o experimentales debe ampliarse según el perfil hallado en esta investigación.
- Dado que el grueso de la población estudiada se encuentra en niveles de riesgo como lo habitual y dependencia debe tenerse en cuenta programas especializados acordes al perfil como por ejemplo las intervenciones de corte breve.

Recomendaciones

1. Evaluar la eficacia de la línea de ayuda y seguir investigando los perfiles a lo largo del tiempo.
2. Reevaluar los protocolo de intervención.
3. Incorporar nuevas estrategias de orientación eficientes.
4. Promover la investigación sostenida a través de un equipo de investigadores interesados en conocer los perfiles y dinámica de la casuística debido a la ingente información que se registra.
5. Profundizar sobre las conductas asociadas.
6. Reflexionar sobre las medidas preventivas que puedan evitar o minimizar el riesgo una vez identificado, por ejemplo el inicio temprano, las políticas de prevención del uso de sustancias en la escuela como en la comunidad. Implementar abordajes dirigidos a las familias en términos de crianza, parentalidad, creencias normativas.

Referencias bibliográficas

- Albendea Ortega, R. (2006). Habilidades del psicólogo en drogodependencias. *Revista Española de Drogodependencias*, 31 (1) 196-209. 2006
- Alfonso, J., Huedo, T. y Espada, J. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de psicología*, 25 (2), 330-338.
- Altell, G., Ferrer, X. y Nogués, V. (2002). Abuso de alcohol y violencia doméstica. Interacción, problemas y sugerencias para la intervención. Generalitat Valenciana. Conselleria de Bienestar Social.
- Castro de la Mata, R. (1989). Aspectos farmacológicos de la pasta básica de cocaína. En: R. Castro de la Mata y F. León (Eds.). Pasta básica de cocaína un estudio multidisciplinario. CEDRO, pp.137-166
- Comisión Interamericana para el control de abuso de drogas – Secretaria de Seguridad Multidimensional, Organización de los Estados Americanos CICAD/OEA (2015) Informe sobre uso de drogas en las Américas 2015. Washington.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (2007). II Estudio Nacional: Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria – 2017. Lima.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (2012). Encuesta Nacional. Consumo de Drogas en Población General 2010. Lima
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (2013). IV Estudio Nacional: Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria – 2012. Lima.

- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (2013) I Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas en Adolescentes Infractores del Poder Judicial. Lima
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (2014). I Estudio sobre Prevención y Consumo de Drogas en la Población General de Lima Metropolitana y el Callao – 2013. Lima.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (2010). Manual de atención del servicio de orientación y consejería psicológica en drogas - modalidad telefónica y *on-line* “Habla Franco”. Lima
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (2019). Manual de atención del servicio de orientación, consejería e intervención breve Habla Franco. Global Graph: Lima.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (2017). Encuesta Nacional. Consumo de Drogas en Población General 2010. Lima
- Coordinadora Conxa Perpiñá (2012). Manual de la entrevista psicológica. Ed. Pirámide. Madrid.
- Castillo Aguilera, A; Llopis Llacer, J; Rebollida, M; Fernández Gómez, C; Orengo, T. (2003). Identidad de género y abuso de drogas. Estudio de las características del uso de drogas ilegales entre las mujeres en la comunidad valenciana. *Salud y drogas*, vol. 3, núm. 2, 2003, pp. 37-60
- De La Villa, M. y Ovejero, A. (2010). Consumo abusivo de alcohol en adolescentes españoles: tendencias emergentes y percepciones de riesgo. *Univ. Psychol*, 10 (1), 71-87.

- Deza, S. (2013). Violencia familiar asociado al consumo de sustancias psicoactivas en hombres que ejercen violencia. *Avances en psicología, UNIFE*. 21 (1)
- Espada, J., Botvin, G., Griffin, K. y Méndez, X. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del psicólogo*, 23 (84), 9-17.
- Fletes, I., Sánchez, B., Quesada, M., Carreras, J., Maldonado, B. y Sánchez, L. (2007). Nuevos tratamientos psicológicos en tabaquismo: las intervenciones a distancia. *Psicooncología*. 3, (2-3), 337-345.
- Florenzano, R. (2006). Problemas de Salud del Adolescente. Salud Mental. Consumo de drogas. Pontificia Universidad Católica de Chile. Diplomado Desarrollo y Salud Integral del Adolescente. Chile.
- González, F., García, M. y Salvador, G. (1997). Consumo de drogas en la adolescencia. *Psichothema*, 8 (2), 257-267.
- HABLA FRANCO (2016). *Información sobre drogas*. Recuperado el 9 de marzo del 2016, de <http://www.hablafranco.gob.pe/drogas.aspx>
- Hernández, Fernández y Baptista, (2010). Metodología de la investigación. *México*. Ed. Mac Graw Hill, 6ta edición.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2017). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - Nacional y departamental. Lima
- Kendall, R., Pérez, R. y Sanez, Y. (2010). Prevalencia y factores asociados en el abuso/dependencia del alcohol en el adulto en Lima Metropolitana y Callao. *Anales de Salud Mental*, 26 (1), 19-29.
- Miguez, H. (2006). Consulta por uso de drogas. Acta Psiquiátrica y Psicológicas de América Latina. 52.
- Ministerio de Educación (2015), ESCALE – Estadísticas de la Calidad Educativa.

- Minuchin, S. (2003). Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa.
- Morales, G., Del Valle, C., Belmar, C., Orellana, Y., Soto, A. e Ivanovic, D. (2011). Prevalencia de consumo de drogas en estudiantes universitarios que cursan primer y cuarto año. *Rev Med Chile*, 139, 1573-1580.
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito - UNODC. (2012). Informe Mundial sobre las drogas. Washington. ONU.
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito – UNODC. (2013). Pasta Básica de Cocaína. Cuatro décadas de historia, actualidad y desafíos. Lima
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito - UNODC. (2014). *Informe mundial sobre las drogas. Resumen ejecutivo*. Recuperado de http://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603_spanish.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito - UNODC. (2010). Relación droga y delito en adolescentes infractores de la ley. La experiencia de Bolivia, Chile, Colombia, Perú y Uruguay. Quinto informe conjunto.
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito - UNODC. (2018). Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. Recuperado el 14 de enero de 2019
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Washington.
- Organización Mundial de la Salud (2014). Informe sobre la situación mundial sobre el Alcohol y la Salud. Washington. OMS

- Organización Mundial de la Salud. (2015). Definición de drogas. Recuperado el 5 de marzo del 2016, de <http://cicode.ugr.es/drogodependencia/pages/legislacion/drogas>.
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades décima revisión (CIE-11). disponible: <http://www.paho.org/relacsis/index.php/en/docs/recursos/reuniones-y-talleres-regionales/2019-1-vi-reunion-fci-chile/377-06-cc-cie11-chi-2019-vilma-gawryszewski-lanzamiento-de-la-cie-11-en-espanol/file>
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública*. Washington D.C.: OPS. Recuperado de http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/epidemiologia_drogas_web.pdf
- Ortega, C., Da Costa, M. y Pereira, G. (2011). Perfil epidemiológico de la drogadicción en estudiantes universitarios. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, 19, 665-672.
- Ortiz, A., Soriano, A., Meza, D., Martínez, R. y Galván, J. (2006). Uso de sustancias entre hombres y mujeres, semejanzas y diferencias. *Salud Mental*, 29 (5), 32-37.
- Quimbayo-Díaz, J., Olivella-Fernández, M. (2013). Consumo de marihuana en estudiantes de una universidad colombiana. *Revista de Salud Pública*. 15(1),32-43.
- Salazar, E., Ugarte, M., Vásquez, L. y Loaiza, J. (2004). Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima. *Anales de la Facultad de Medicina*, 65 (3), 179-187.

- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina SEDRONAR (2016). Boletín estadístico del perfil de pacientes asistidos, montos subsidiados y servicio 141 del primer trimestre 2016. Buenos Aires
- Slaikou, K. (1988). Intervención en crisis. Manual Moderno. México.
- Toledo, M. (2003). Perfil clínico epidemiológico de adolescentes consumidores de drogas en el Hospital Hermilio Valdizán. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizán*, 4 (1), 19-28.
- Villatoro, J., Gutiérrez, M., Quiroz, N., Moreno, M., Gaytán, L., Itzcóatl, F., Amador, N. y Medina, M. (2009). Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud mental*, 32 (4), 287-297.
- Zárate, M., Zavaleta, A., Danjoy, D., Chanamé, E., Prochazka, R., Salas, M. y Maldonado, V. (2006). Prácticas de consumo de tabaco y otras drogas en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad privada de Lima, Perú. *Investigación y Educación en Enfermería*, 24 (2), 72-8.

ANEXO

Glosario de términos.

Sistema de Gestión de Fichas (SGF)	Es un programa informático (software) compuesto en su estructura por módulos.
Módulo del SGF	Son las secciones del SGF que abordan un tema en específico y está conformado por un conjunto de preguntas.



PERÚ

Presidencia del
Consejo de Ministros

Comisión Nacional para el Desarrollo
y Vida Sin Drogas - DEVIDA

CARTA DE COMPROMISO DE USO DE BASE DE DATOS - FORMATO EXCEL

YO, AZUCENA DE ALELÍ AVALOS JARA, con DNI [REDACTED] Psicóloga de profesión, declaro que he recibido de parte del Servicio Habla Franco de la Comisión Nacional para el Desarrollo y vida sin Drogas - DEVIDA:

Base de datos – (formato Excel), correspondiente al periodo 2012 al 2015

Información que me obligo a utilizar con fines únicos y exclusivamente investigativos. Al mismo tiempo me obligo a cumplir con cada uno de los requisitos enunciados a continuación y asumo las sanciones legales correspondientes en caso de faltar a cualquiera de ellos.

Requisitos:

- El uso de los datos será con fines exclusivos de investigación.
- DEVIDA autoriza el uso de la información siempre que se cite la fuente en cada documento producido a partir de estos datos.
- Queda totalmente prohibida la copia o reproducción de la información contenida en cualquier soporte electrónico (redes, bases de datos o publicaciones electrónicas) que permita la disponibilidad de esta información a múltiples usuarios sin previo consentimiento por escrito de DEVIDA.
- Queda prohibida toda comercialización de las bases de datos proporcionadas.
- Queda prohibido vulnerar y/o revelar información que permita la identificación de individuos o grupos de individuos.
- El/ los beneficiarios de la información proporcionada se comprometerán a devolver una copia del producto final como consecuencia del uso de los datos. El producto proporcionado deberá ser en versión impresa y digital.



Com

gas

[REDACTED]
CLAUDETTE KATERINA DELGADO LLANOS
DIRECTORA (e) DE ARTICULACIÓN TERRITORIAL
Responsable Técnica del Programa Presupuestal
de Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas

Miraflores, junio del 2016

[REDACTED]
Azucena de Aleli Avalos Jara
PSICOLOGA
C.Pa.P. 12848



PERU

Presidencia del
Consejo de Ministros

Comisión Nacional para el Desarrollo
y Vida Sin Drogas - DEVIDA

AUTORIZACIÓN ENTREGA DE BASE DE DATOS

Autorizo que la LIC. AZUCENA DE ALELI AVALOS JARA, psicóloga de profesión e investigadora principal de este es estudio:

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO Y CONDUCTAS ASOCIADAS AL USO DE SUSTANCIAS EN CONSULTANTES DEL SERVICIO HABLA FRANCO, DEVIDA. MODALIDAD TELEFÓNICA 2012 AL 2015

Obtenga la data del servicio de Información, Orientación, y Consejería Psicológica HABLA FRANCO, correspondiente a los años 2012 al 2015 de la modalidad telefónica, en formato Excel y presentada en un CD.

La información deberá protegerla en su totalidad salvaguardando la identidad de los consultantes (confidencial y anónima).

Los resultados que obtenga la investigadora con este estudio, deberá ser con fines investigativos y de utilidad para las mejoras en el diseño de programas de intervención y/o prevención de la institución y otras poblaciones.



Comi

CLAUDETTE KATERINA DELGADO LLANOS
DIRECTORA (a) DE ARTICULACIÓN TERRITORIAL
Responsable Técnica del Programa Presupuestal
de Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas

Azucena de Aleli Avalos Jara
PSICOLOGA
C.Ps.P. 12948

Miraflores, junio del 2016



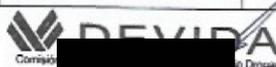
PERU

Presidencia del Consejo de Ministros

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas - DEVIDA

FICHA DE REGISTRO

Nombres y apellidos	AZUCENA DE ALELÍ AVALOS JARA
DNI	[REDACTED]
Teléfono	---
Número de celular	986604602
Fax	
Correo electrónico	E-mail: [REDACTED] E-mail: azucena.avalos.i@upch.pe
Profesión	Psicóloga
Grado	Licenciatura <input checked="" type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Post doctorado <input type="checkbox"/>
Institución	
Nombre del proyecto de investigación:	"PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO Y CONDUCTAS ASOCIADAS AL USO DE SUSTANCIAS EN CONSULTANTES DEL SERVICIO HABLA FRANCO, DEVIDA. MODALIDAD TELEFÓNICA, 2012 AL 2015"



CLAUDETTA KATERINA DELGADO LLANOS
DIRECTORA (e) DE ARTICULACIÓN TERRITORIAL
Responsable Técnica del Programa Presupuestal
de Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas
Miraflores, junio del 2016

Azucena de Aleli Avalos Jara
PSICOLOGA
C.Ps.P. 12844