



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS,  
INDIVIDUALES Y CONTEXTUALES  
COMO PREDICTORES DEL CONSUMO  
DE MARIHUANA SEGÚN GÉNERO EN  
LA POBLACIÓN DE 12 A 65 AÑOS DE  
LIMA METROPOLITANA: ANÁLISIS DE  
LA BASE DE DATOS DE DEVIDA 2013”**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE  
MAESTRO  
EN FARMACODEPENDENCIA

**WILLIAM EUGENIO CABANILLAS ROJAS**

LIMA – PERÚ

2021



**ASESOR**

Dr. Carlos Alberto López Villavicencio

## **JURADO DE TESIS**

Dra. Elizabeth Dany Araujo Robles

Presidente

Mg. Elena Esther Yaya Castañeda

Vocal

Mg. Carolina Jesusa Mayorca Castillo

Secretaria

## **DEDICATORIA**

A mi esposa Gloria y a mi hija María José por su gran paciencia, apoyo y tolerancia. Ambas son mi fuerza para enfrentar todos mis retos.

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Dr. Carlos López por su tiempo y eficaz orientación en este complejo y laborioso proceso.

A la Dra. Teresa Fernández por sus precisiones y consejos en la fase final del trabajo.

A la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) por otorgarme la base de datos y por ser el espacio donde puedo desarrollar mi vocación

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

Tesis autofinanciada

## **TABLA DE CONTENIDOS**

	<b>Pág.</b>
RESUMEN	
ABSTRACT	
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
2.1 Identificación del problema	3
2.2 Justificación	5
2.3 Objetivos de la investigación	6
2.3.1. Objetivo general	6
2.3.2. Objetivos específicos	7
<b>III. MARCO TEÓRICO</b>	
3.1 Aspectos conceptuales pertinentes	9
3.1.1 Magnitudes del consumo de marihuana en el Perú	9
3.1.2 Bases teóricas integrativas del consumo de drogas	11
3.1.2.1 Teoría cognitiva social	11
3.1.2.2 Teoría de la conducta problema	14
3.1.2.3 Teoría de la conducta planificada	16
3.1.3 Impactos negativos asociados al consumo de marihuana	18
3.1.4 Trayectorias de consumo de marihuana	20
3.2 Investigaciones en torno al problema	23
3.3 Definiciones conceptuales y operacionales de las variables	41
3.4 Hipótesis	43
<b>IV. METODOLOGÍA</b>	

4.1	Características metodológicas de la base de datos	48
4.1.1	Objetivos del estudio de DEVIDA	48
4.1.2	Tipo de investigación	49
4.1.3	Diseño de investigación	49
4.1.4	Población	49
4.1.5	Muestra y muestreo	50
4.1.6	Instrumento de recolección de datos	50
4.1.7	Periodo de recolección de datos	50
4.1.8	Procedimiento de recolección de datos realizado por DEVIDA	51
4.1.9	Consideraciones éticas	51
4.2	Características metodológicas del análisis secundario de datos	52
4.2.1.	Unidad de análisis	52
4.2.2.	Selección de las variables predictoras	52
4.2.3.	Coordinación y permisos	53
4.2.4.	Plan de análisis de datos	54
<b>V. RESULTADOS</b>		
5.1.	Determinación y comparación de prevalencias anuales de marihuana según género	56
5.2	Determinación del valor predictivo de factores sociodemográficos, individuales y contextuales según género en el consumo de marihuana.	58
<b>VI. DISCUSIÓN</b>		61
<b>VII. CONCLUSIONES</b>		69
<b>VIII. RECOMENDACIONES</b>		71
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>		72
<b>ANEXO</b>		

## **RESUMEN**

Esta investigación tiene el objetivo de estimar el valor predictivo de factores sociodemográficos, individuales y contextuales específicos de género para el uso de marihuana en la población de 12 a 65 años de Lima Metropolitana. El estudio fue un análisis secundario de tipo descriptivo y analítico de corte transversal, utilizando la base de datos del Estudio sobre la Prevención y el Consumo de Drogas en la Población General de Lima Metropolitana y Callao 2013 realizada por la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA). La muestra estuvo compuesta por 18,562 participantes de 12 a 65 años seleccionados al azar. Se realizaron análisis descriptivos y regresiones logísticas para muestras complejas. En general, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la prevalencia del consumo de marihuana en los últimos 12 meses. Para ambos sexos, el acceso percibido a la marihuana fue el predictor más fuerte para el uso de la marihuana en el último año. En los hombres, el grupo de edad de 30-65 años tuvo efectos protectores contra el uso de la marihuana. Por otro lado, el uso de drogas ilegales en el vecindario, la percepción de bajo riesgo del uso frecuente de marihuana y la percepción de bajo riesgo de uso en algún momento de la marihuana se identificaron como factores de riesgo. En las mujeres, el grupo de edad de 19 a 29 años y de 30 a 65 años se identificaron como factores protectores. Además, la percepción de bajo riesgo del uso ocasional de la marihuana se determinó como predictor del uso de la marihuana.

## **PALABRAS CLAVES**

CONSUMO DE MARIHUANA, POBLACIÓN GENERAL, PERCEPCIÓN DE ACCESIBILIDAD, PERCEPCIÓN DE RIESGO.



## **ABSTRACT**

This research has the objective of to estimate the predictive value of gender-specific sociodemographic, individual and contextual factors for the marijuana use in the last year in the general population of Lima. The study was cross-sectional descriptive and analytical using the database of the Study on Drug Prevention and Consumption in the General Population of Metropolitan Lima and Callao- 2013 conducted by the National Commission for Development and Life without Drugs (DEVIDA). The sample consisted of 18,562 participants from 12 to 65 years randomly selected. Descriptive analyzes and logistic regressions was used for complex samples. In general, statistically significant differences were found between males and females in last 12 months prevalence of marijuana use. For both genders, the perceived access to marijuana was the strongest predictor for marijuana use in the last year. In males, age group of 30-65 years had protective effects against the use of marijuana. On the other hand, illegal drug use in the neighborhood, low risk perception of regular use of marijuana and low risk perception of sometime use of marijuana were identified as risk factors. In females, age group of 19 to 29 years and 30 to 65 years were identified as protective factors. Furthermore, low risk perception of sometime use marijuana was determined as predictor of marijuana use. The results show differences and similarities between male and female in identifying gender-specific predictors.

## **KEYWORDS**

**MARIJUANA USE, GENERAL POPULATION, PERCEIVED ACCESS, RISK PERCEPTION.**

## **I. INTRODUCCIÓN**

Existe amplio consenso en reconocer a la problemática del consumo de drogas como prioritaria para la salud pública, teniendo diversas implicancias negativas de carácter sanitario, psicosocial y económico. A nivel mundial se estima que el 5.4% de la población de 15 a 64 años utilizó drogas ilegales. De este grupo, la más consumida es la marihuana con 192 millones usuarios en el 2018. Se evidencia, además, una creciente demanda de tratamiento para los trastornos por uso de marihuana e impactos negativos en la salud. Asimismo, la marihuana presenta la mayor producción a nivel mundial. En el periodo 2010-2018 el cultivo de marihuana fue reportado en 151 países (UNODC, 2020).

En el Perú, la marihuana es la droga ilegal de mayor consumo, con magnitudes cercanas al uso de tranquilizantes sin prescripción médica tanto en la población escolar de nivel secundario y población general (DEVIDA, 2013, 2014, 2019). En general, se observa que los hombres presentan mayores prevalencias de consumo de marihuana en comparación a las mujeres. Esta coyuntura también se encuentra en Lima Metropolitana (DEVIDA, 2007, 2010) y población universitaria (Comunidad Andina, Proyecto PRADICAN, Unión Europea, 2009, 2013).

Además de los aspectos epidemiológicos, es necesario comprender que la utilización de marihuana se asocia a una serie de problemas sociales, psicológicos y físicos. Por ejemplo, el consumo de marihuana se asocia con un menor rendimiento académico (Fergusson et al., 2003; Lynsky y Hall, 2000), menor productividad en el trabajo, mayor desorganización en la comunidad (Furr-Holden

et al., 2011; Tucker et al., 2013; Wilson et al., 2005), disminución del cociente intelectual (Power et al., 2021) y mayor riesgo de consumo de otras drogas ilícitas (Lynskey et al., 2003). Asimismo, el uso regular de marihuana se encuentra asociado también con síntomas de depresión y ansiedad (Hall y Degenhardt, 2007; Wittchen et al., 2007; Buckner et al., 2008).

Junto a la comprensión de los impactos negativos en la salud física y mental del consumo de marihuana, se requiere también la comprensión de sus factores asociados. La investigación científica tiene en los factores de riesgo/protección una línea de estudio fundamental en su identificación e implicancias para la intervención del consumo de drogas (Cabanillas-Rojas, 2012). La mayor parte de estudios sobre estos factores (Hawkins, Catalano y Miller, 1992; Stone et al., 2012) se han realizado en un pequeño número de países de altos ingresos (Estados Unidos, Australia, Países Bajos, Nueva Zelanda, entre otros). En los países en desarrollo los estudios son limitados, pero se sugiere que se podrían identificar factores de riesgo y protección de similar naturaleza (Hall y Degenhardt, 2007). No obstante, para el caso del Perú, se requiere de evidencia contextualizada a nuestra realidad sobre estos factores, sirviendo como insumo para la formulación de políticas e intervenciones basadas en evidencia (Cabanillas-Rojas, 2012).

## **II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.1. Identificación del problema**

La comprensión del consumo de marihuana a través de un enfoque basado en factores de riesgo/protección, ofrece evidencia importante para un abordaje preventivo efectivo. En esa línea de análisis, existe evidencia de que la disponibilidad percibida de drogas tiene un rol significativo en la iniciación y abuso de marihuana (Gillespie, Neale, y Kendler, 2009). Asimismo, se encuentra información sobre la relación inversa entre el uso de marihuana y su percepción de riesgo (Compton et al., 2005). En general, estas percepciones son sensibles a la influencia de aspectos comunitarios y socioculturales, ejerciendo un rol significativo a la luz de las diversas reformas internacionales en las políticas de drogas. Por ejemplo, Cerda et al. (2012) demostraron que los adultos residentes en estados de la unión americana con leyes sobre uso médico de marihuana, presentan mayores probabilidades de uso de marihuana que los residentes de estados sin tales leyes. Del mismo modo, se reporta que los habitantes de estados con leyes relacionadas al uso de marihuana medicinal, tenían percepciones más bajas de riesgo asociado con su uso, así como al uso de marihuana en la población adolescente (Wall et al., 2011). En Colorado, la comercialización de marihuana también se asoció con una menor percepción de gran riesgo tanto para adolescentes como para adultos (Schuermeyer et al., 2014). En suma, factores de tipo individual y contextual tienen un importante rol en la explicación y prevención del consumo de marihuana.

De otro lado, las diferencias de género se reconocen como un importante aspecto de análisis del consumo de sustancias psicoactivas, incluidos los factores de riesgo relacionados a su iniciación, progresión y mantenimiento de uso. El género es uno de los factores asociados que suscita un importante interés en la investigación de los comportamientos de riesgo. Por ejemplo, se evidencia que los hombres tienen más probabilidades de consumir drogas ilícitas (Korn y Bonny-Noach, 2017). Pese a esta evidencia, se observa que la magnitud de consumo asociada al género varía según la sustancia. Así, los varones son más propensos a fumar tabaco y beber alcohol en comparación con las mujeres, aunque las estadísticas muestran que esta diferencia progresivamente se reduce (DEVIDA, 2012; Johnston et al., 2006). Además, la magnitud de consumo de drogas en mujeres es cada vez más significativa en el Perú (DEVIDA, 2012).

Aunque se reconoce que la magnitud de consumo de marihuana es mayor en hombres (Compton et al., 2004), se identifica que sus factores asociados pueden diferir según el género (Copeland y Swift, 2009; Guxens et al., 2007), lo que justifica la necesidad de realizar análisis estratificados. Esto cobra mayor relevancia al considerar que se presenta un estrechamiento de las diferencias hombre-mujer en el consumo de marihuana (Anthony, López-Quintero y Alshaarawy, 2016).

Bajo este marco, el *Estudio sobre Prevención y Consumo de Drogas en la Población General de Lima Metropolitana y el Callao- 2013* priorizó la exploración de variables individuales, sociales y comunitarios de relevancia: percepción de riesgo, percepción de accesibilidad, venta y consumo de drogas en la comunidad.

No obstante, es necesario probar si estas poseen valor predictivo para el consumo de marihuana. Estos factores, junto a la edad y nivel educativo, nos servirán para el análisis multifactorial del consumo de marihuana en la población general de 12 a 65 años.

Tomando en consideración lo expuesto, formulamos la siguiente pregunta de investigación: **¿En qué medida los factores sociodemográficos, individuales y contextuales predicen el consumo de marihuana según género en la población de 12 a 65 años de Lima Metropolitana: Análisis de la base de datos de DEVIDA 2013?**

## **2.2. Justificación**

El estudio se enmarca en las necesidades de investigación priorizadas en la *Agenda Nacional de Investigación para la Lucha contra las Drogas 2016-2021* (DEVIDA, 2016). En este documento se explicita la necesidad de identificar factores asociados al consumo de drogas legales e ilegales. Del mismo modo, contribuirá a la *Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas 2017-2021* (Decreto Supremo N° 061-2017-PCM) que tiene como uno de sus objetivos estratégicos la generación de evidencia para la mejora de las políticas e intervenciones en la reducción de la demanda de drogas.

En el plano teórico, la presente investigación contribuye al cuerpo de conocimiento sobre factores asociados al uso de marihuana. Adicionalmente, los resultados del

estudio permiten explorar la capacidad explicativa de algunas teorías relacionadas al consumo de drogas (ej. teoría de la conducta problema, teoría de la conducta planificada y teoría cognitiva social).

A nivel metodológico, se realiza un análisis estadístico inédito en el contexto nacional. Aunque existen antecedentes de investigación en el Perú sobre factores asociados al consumo de drogas (ej. Fiestas, Ponce, Gallo, Bustamante, Ordoñez, y Mazzotti, 2011; Gutiérrez, Contreras, Trujillo, Haro y Ramos-Castillo, 2009), no se ha realizado hasta el momento un análisis orientado a una identificación específica de factores asociados según el género. De este modo, la presente investigación contribuye a las políticas e intervenciones preventivas relacionadas al consumo de marihuana.

## **2.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.3.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar en qué medida los factores sociodemográficos, individuales y contextuales predicen el consumo de marihuana según género en la población de 12 a 65 años de Lima Metropolitana: Análisis de la base de datos de DEVIDA 2013.

### **2.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analizar en qué medida la edad y nivel educativo predicen el consumo de marihuana según género en la población de 12 a 65 años de Lima Metropolitana: Base de datos de la encuesta de DEVIDA 2013.
- Analizar en qué medida la percepción de riesgo sobre el consumo de marihuana predice el consumo de marihuana en el último año según género en la población de 12 a 65 años de Lima Metropolitana: Base de datos de la encuesta de DEVIDA 2013.
- Analizar en qué medida la venta de drogas en el barrio, el consumo de drogas en el barrio y la percepción de accesibilidad a la marihuana predicen el consumo de marihuana en el último año según género en la población de 12 a 65 años de Lima Metropolitana: Base de datos de la encuesta de DEVIDA 2013.
- Estimar y comparar la prevalencia anual de consumo de marihuana según género de acuerdo con el grupo de edad y nivel educativo en la población de 12 a 65 años de Lima Metropolitana: Base de datos de la encuesta de DEVIDA 2013.



- Estimar y comparar la prevalencia anual de consumo de marihuana según género de acuerdo con la percepción de riesgo de consumo alguna vez y frecuente de marihuana en la población de 12 a 65 años de Lima Metropolitana: Base de datos de la encuesta de DEVIDA 2013.
  
- Estimar y comparar la prevalencia anual de consumo de marihuana según género de acuerdo con el reporte de venta de drogas en el barrio, consumo de drogas ilegales en el barrio y percepción de accesibilidad a la marihuana en la población de 12 a 65 años de Lima Metropolitana: Base de datos de la encuesta de DEVIDA 2013.

### **III. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1. Aspectos conceptuales pertinentes**

Es necesario indicar que la orientación de formulación de contenidos de esta sección no profundizará sobre aspectos clínicos o psicopatológicos del consumo problemático o dependiente de marihuana. Se focalizarán los contenidos hacia la magnitud del uso, bases explicativas, impactos negativos, y trayectorias de consumo.

##### **3.1.1. Magnitudes del consumo de marihuana en el Perú**

La exploración de la magnitud de consumo de marihuana en el Perú se ha realizado en diversas poblaciones. En el año 2010 se estimó en 1% la prevalencia anual de uso de marihuana en la población general de 12 a 65 años (DEVIDA, 2010). De este modo, alrededor de 124,000 personas declararon haber consumido marihuana en los últimos 12 meses. Esta prevalencia fue superior a la alcanzada en un estudio previo (DEVIDA, 2007). En cuanto a la prevalencia anual de marihuana según género, se evidenció un consumo significativamente mayor en la población masculina (DEVIDA, 2007, 2010). En Lima Metropolitana, el consumo de marihuana en la población general fue estable durante el periodo 2010 – 2013. En el año 2010 se estimó en 1.1% la prevalencia anual y 1.2% el 2013 (DEVIDA, 2010; DEVIDA, 2013). Al igual que en la información

de nivel nacional, se reporta en Lima Metropolitana una mayor prevalencia anual en la población masculina.

En la población escolar de nivel secundario se han reportado magnitudes significativas del consumo de marihuana. Para el año 2012 (DEVIDA, 2013), se registró una prevalencia de vida de 4.3% (94,790 estudiantes), una prevalencia anual de 2.2% (47,234 estudiantes) y una prevalencia mensual de 1.4% (29,727 estudiantes). Recientemente, se ha registrado una prevalencia de vida de consumo de marihuana ascendente a 5.6% y una prevalencia anual de 2.6% (DEVIDA, 2019). Al igual que en la población general, se reporta un mayor consumo en los hombres. En el ámbito distrital, Bueno, Guerrero, Pedrajas y Tam (2015) encontraron, en estudiantes de nivel secundario de escuelas públicas del distrito de Ventanilla, una prevalencia de vida de consumo de marihuana de 9%. Asimismo, se reportó una prevalencia anual de 7.4% y una prevalencia mensual de 5.9%. La prevalencia anual fue mayor en varones (9.5%) que en mujeres (5.5%).

En el caso de la población universitaria (Comunidad Andina, Proyecto Pradican, Unión Europea, 2013), se reporta una prevalencia de vida de consumo de marihuana de 11.6%, una prevalencia anual de 4.3% y una prevalencia mensual de 1.6%. Adicionalmente, se evidencia un mayor uso en hombres (6%) que en mujeres (2.6%). Es importante destacar que estas prevalencias son superiores a las reportadas en un estudio previo (Unión Europea, Comunidad Andina, 2009). Recientemente, se ha reportado una

prevalencia anual de consumo de marihuana de 7.1% en hombres y 3.2% en mujeres. Asimismo, se advierte que dos de cada diez universitarios no perciben un gran riesgo en el consumo frecuente de marihuana (Unión Europea, UNODC, PREDEM, DEVIDA, 2017)

La exploración epidemiológica en el Perú sobre el consumo de marihuana también se ha realizado en poblaciones vulnerables. En el 2013, DEVIDA realizó un estudio nacional en adolescentes infractores reportando, para el caso del uso de marihuana, una prevalencia de vida de 42.7%, una prevalencia anual de 29.3% y una prevalencia mensual de 2.7%. Considerando las características de vulnerabilidad de esta población, es entendible que las prevalencias de consumo sean significativamente superiores a la población general, población escolar de nivel secundario y población universitaria.

### **3.1.2. Bases teóricas integrativas del consumo de drogas**

#### **3.1.2.1. Teoría cognitiva social**

Esta teoría ofrece elementos conceptuales importantes para comprender las causas del comportamiento humano. Su afirmación de que la motivación para el comportamiento (activación y persistencia) ocurre en términos de una expectativa generalizada de control y resultados de las contingencias de refuerzo aprendidas (el comportamiento refleja la anticipación de beneficios o aversión de

problemas), es central para el análisis de conductas como la del consumo de drogas. La teoría del aprendizaje social afirma que la autorregulación se produce a través de la expectativa de autoeficacia, que es una representación simbólica cognitiva que toma forma de una creencia en la capacidad de rendimiento (Bandura, 1987).

La teoría del aprendizaje social sugiere que las personas formulan activamente sus expectativas de eficacia personal a través de cuatro fuentes: modelización y aprendizaje vicario, maestría enactiva (que implica la práctica), instrucción verbal o exhortativa (es decir, persuasión), y estados fisiológicos (excitación emocional o estrés). De acuerdo con esta teoría, la autoeficacia es especialmente potente como motivador del comportamiento cuando el individuo percibe su rendimiento debido a la habilidad y no debido a una fuente o ayuda externa. La autoeficacia también surge como una poderosa fuerza motivadora cuando el individuo cree que la tarea es un desafío y que sus acciones obtendrán resultados positivos (Bandura, 1987). Estos aspectos conceptuales y teóricos son útiles para el análisis del consumo de marihuana, dado que destacan el rol de factores individuales y sociales.

Desde hace varios años se reconoce a la autoeficacia como un constructo de importancia en la comprensión del consumo de drogas (López-Torrecillas, Salvador, Verdejo y Cobo, 2002). La autoeficacia

influye en el cambio de comportamiento asociado al consumo, abuso y dependencia a drogas (Bandura, 1997). Por ejemplo, se ha reportado que los usuarios de sustancias con baja autoeficacia evitan el tratamiento o presentan complicaciones en la obtención de resultados positivos durante la intervención (DiClemente y Hughes, 1990). Además, se ha evidenciado que la autoeficacia, al final del tratamiento, predice la recaída y las situaciones en las que es probable que ocurra (Bandura, 1997; Connor, Gullo, Feeney, Kavanagh y Young, 2014; DiClemente, Fairhurst, y Piotrowski, 1995; Kadden y Litt, 2011; Marlatt, Baer y Quigley, 1995).

Existen diversas implicaciones de la teoría del aprendizaje social en la comprensión del consumo de drogas y su prevención. A modo de ejemplo, muchos adolescentes y jóvenes aprenden sobre los efectos de las drogas observando a sus compañeros o amigos cercanos. La teoría del aprendizaje social sugiere que, una vez que estos comportamientos ocurren, el observador adopta una forma de anticipación y autoevaluación, reflexionando sobre si él o ella pueden realizar este comportamiento y obtener resultados (es decir, obtener la aprobación social de los amigos para fumar cigarrillos o beber alcohol).

La teoría del aprendizaje social tiene hasta la actualidad una significativa influencia en el diseño de programas de prevención que

involucran entrenamiento en habilidades sociales de resistencia y en competencias psicosociales (Botvin, 2000). Uno de los objetivos básicos de estos programas consiste en enseñar a los adolescentes habilidades específicas para confrontar y evitar o reducir la ansiedad, desarrollar habilidades generales de comunicación, toma de decisiones, auto-refuerzo, analizar críticamente la influencia de los medios de comunicación con mensajes pro-consumo, entre otros (Botvin y Griffin, 2010).

### **3.1.2.2. Teoría de la conducta problema**

Esta teoría propuesta por Jessor (1991) sugiere que existen tres sistemas de procesos que interactúan para producir un comportamiento: la personalidad, el ambiente y el comportamiento. Un postulado clave es que una inadecuada interacción entre estos sistemas puede generar una tendencia al comportamiento problemático. Cuando existe un desequilibrio en estos sistemas, los adolescentes y jóvenes se involucran en comportamientos riesgosos, entre ellos el consumo de drogas.

El sistema de personalidad contiene procesos cognitivos que reflejan valores, creencias, expectativas y orientaciones hacia uno mismo y otros. El balance dentro de este sistema gira alrededor de motivaciones o instigaciones para usar drogas y protecciones o controles que

minimizan las oportunidades de consumo de drogas. Entre las instigaciones motivacionales con valores significativos entre los jóvenes están la independencia, el afecto y el rendimiento académico. Los jóvenes que luchan por la autonomía, mostrando poco apego hacia sus padres, y mostrando poco interés en instituciones convencionales como la escuela son más propensos a participar en comportamientos problemáticos. El sistema de personalidad contiene tres componentes: motivación-instigación, creencia personal y control personal, todos los cuales componen la naturaleza de la persona (Jessor, 2014).

La Teoría de la Conducta Problema (TCP) es una de las teorías psicosociales que se aplica al consumo de marihuana. Esta teoría propone que los comportamientos problemáticos, como el uso de marihuana, están influenciados por modelos que participan en el comportamiento (por ejemplo, compañeros o amigos) o controles sociales contra el comportamiento antisocial (por ejemplo, supervisión de los padres), junto con una variedad de fuerzas motivacionales individuales que proporcionan un impulso o acción (por ejemplo, ansiedad social) que regulan e inhiben el comportamiento.

La investigación ha demostrado que muchos de los ámbitos conceptuales de esta teoría se asocian con el consumo de marihuana en adolescentes. Por ejemplo, Donovan (1996) encontró correlaciones



altamente significativas entre los dominios del TCP y el uso de marihuana. La aprobación de los padres al uso de drogas, el consumo de drogas de los amigos y el consumo de alcohol fueron predictores del uso de marihuana. Además, se encontró que estas asociaciones eran consistentes con datos recopilados durante un período de 20 años, sugiriendo que la TCP tiene una validez endógena.

### **3.1.2.3. Teoría de la conducta planificada**

La Teoría de la Conducta Planificada (Ajzen, 1991) enfatiza que la comprensión y predicción de la conducta se relaciona a sus intenciones de actuar. La intención conductual es lo más cercano al comportamiento. Esta teoría incorpora también la participación de las actitudes, normas subjetivas y el control conductual. Aplicando estos elementos teóricos podemos indicar que el consumo de drogas se encuentra influenciado por la intención de consumirlas. Esta intención a su vez se vincula con:

- a) Actitud ante el uso de drogas: Este componente alude a un conjunto de creencias referidas a los efectos del consumo y el valor afectivo sobre tales consecuencias.

- b) Creencias normativas: Percepciones asociadas a la aprobación o desaprobación de otras personas significativas sobre el consumo de drogas y el nivel de motivación para adaptarse a esas expectativas.
  
- c) Control conductual percibido: Implica la percepción sobre la capacidad de enfrentar la presión social hacia el consumo de drogas.

La Teoría de la Conducta Planificada presenta evidencia de validez en diferentes ámbitos, poblaciones y conductas (Armitage y Conner, 2001). En el campo particular del consumo de drogas, se reportan estudios sobre su aplicación en relación con el uso de alcohol, tabaco, alcohol y drogas ilegales (Marcoux y Shope, 1997; Saiz, 2009; Topa y Moriano, 2010). Para el caso de la marihuana, diversas investigaciones han demostrado que los constructos involucrados en la Teoría de la Conducta Planificada se encuentran asociados al consumo de marihuana (Conner y McMillan, 1999; Ito, Henry, Cordova y Bryan, 2015; McMillan y Connor, 2003).

Asimismo, la Teoría de la Conducta Planificada también sirve de marco teórico para analizar cogniciones específicas (expectativas positivas y negativas, actitud evaluativa, aprobación social y autoeficacia) que son antecedentes del uso de la marihuana y que es mediada por la intención de consumo. Malmberg et al. (2012) revelaron que, a través de modelos

de ecuaciones estructurales, las actitudes positivas sobre la marihuana, la aprobación del ambiente social y la auto-eficacia se relacionaron con la iniciación de uso de marihuana a través de la intención de consumo. Este resultado ofrece datos pertinentes para la formulación de programas preventivos específicos para la marihuana, destacando la importancia de orientar los esfuerzos para debilitar las actitudes positivas de los adolescentes hacia la marihuana, disminuir su aprobación social y estimular el desarrollo de habilidades de rechazo.

### **3.1.3. Impactos negativos asociados al consumo de marihuana**

Crean, Crane y Mason (2011) revisaron un amplio espectro de funciones cognitivas como la concentración, la atención, la toma de decisiones, la impulsividad, inhibición (autocontrol de las respuestas), tiempo de reacción, toma de riesgos, fluidez verbal y memoria de trabajo. Se encontró que la marihuana afecta a varios componentes de la función cognitiva y el incremento de toma de riesgos e impulsividad. A largo plazo se evidencia que el consumo sostenido de marihuana durante varias décadas produce disminuciones sustanciales en el desempeño cognitivo. Así, por ejemplo, se evaluó la evolución en el coeficiente intelectual entre los 13 años (antes de que se utilizaran marihuana) y a los 38 años en 1037 neozelandeses nacidos entre 1972 y 1973. Los miembros del estudio con un mayor consumo de marihuana mostraron una disminución del cociente intelectual (Meier et al., 2012).

De otro lado, se encontró que la exposición a marihuana se encuentra asociada con déficits en la memoria verbal (Auer et al., 2016).

El uso de marihuana también se ha vinculado con una afectación a la coordinación motora, interfiriendo con las habilidades de conducción y aumentando el riesgo de lesiones. En los últimos años, los estudios epidemiológicos han encontrado que los usuarios de marihuana, junto a la embriaguez, duplican su riesgo de accidentes automovilísticos (Asbridge, Hayden y Cartwright, 2012).

De otro lado, existe evidencia que revela que el consumo de marihuana a temprana edad (antes de los 15 años) predice la deserción escolar (Ellickson, Bui, Bell y McGuigan, 1998). Esto se confirma en otros estudios realizados en Australia y Nueva Zelanda (Horwood et al., 2010). Asimismo, diversas investigaciones muestran que la iniciación temprana del uso intensivo de marihuana se asocia con menores ingresos, menor logro universitario, mayor necesidad de asistencia económica, desempleo y uso de otras drogas (Brook, Lee, Finch, Seltzer y Brook, 2013; Fergusson y Boden, 2008; Fergusson, Horwood y Beautrais, 2003). A pesar de esta evidencia, es importante considerar que los resultados educativos en los usuarios regulares de marihuana se ven afectados también por una multiplicidad de razones de carácter psicosocial (ej. McCaffrey, Pacula, Han y Ellickson, 2010).

### **3.1.4. Trayectorias de consumo de marihuana**

La iniciación al uso de sustancias psicoactivas como la marihuana responde a diversas razones que se reflejan en la historia individual, así como en influencias sociales, familiares, ambientales y educativas. Por tanto, es relevante analizar los patrones actuales e históricos de consumo de marihuana entre los diversos grupos de edad.

Se identifica que gran parte de la evidencia empírica sobre el consumo de marihuana se ha concentrado en los usos iniciales y consumo en la etapa adolescente y juvenil. Asimismo, la ingesta de alcohol tiene una relevancia significativa en la iniciación del consumo de marihuana (Bergen-Cico y Lape, 2013; Kokkevi, Gabhain y Spyropoulou, 2006). Se evidencia también que la iniciación temprana de marihuana incrementa el riesgo de su consumo problemático o dependiente (Kosterman, Hawkins, Guo, Catalano, y Abbott, 2000).

Basada en evidencia epidemiológica (Johnston, O'Malley, Bachman, y Schulenberg, 2005), se ha identificado que el consumo de marihuana suele tener su mayor magnitud en la adolescencia y edad adulta temprana. Cabe destacar que el consumo de marihuana posterior a la adolescencia no exime de problemas asociados de salud mental. Así, por ejemplo, Washburn y Capaldi (2014) encontraron que

los patrones de consumo de marihuana entre los hombres de 20 años se asociaron con diagnósticos de trastornos por consumo de marihuana posteriormente, así como comportamiento antisocial y asociación con pares consumidores. Estos hallazgos indican que los patrones diferenciales del consumo de marihuana en la edad adulta temprana se asocian con psicopatología hacia la mediana edad.

En relación con el uso de la marihuana se han identificado trayectorias que abarcan desde la adolescencia hasta la adultez temprana (Brook, Zhang y Brook, 2011; Buu, Dabrowska, Heinze, Hsieh y Zimmerman, 2015; Patton, Coffey, Lynskey, Reid, Hemphill, Carlin, y Hall, 2007). Por ejemplo, Ellickson, Martino y Collins (2004) estudiaron patrones evolutivos de uso de marihuana desde la adolescencia (13 años) hasta la edad juvenil (23 años). Se identificó cuatro trayectorias de consumo: usuarios intensivos tempranos, quienes disminuyeron de un nivel relativamente alto de consumo a los 13 años a un nivel más moderado; usuarios estables ligeros, quienes mantuvieron un bajo nivel de uso; usuarios incrementadores constantes, que aumentaron consistentemente el uso; y usuarios ocasionales ligeros quienes comenzaron a usar a los 14 años y mantuvieron niveles bajos de consumo a partir de entonces. Los análisis también revelaron que los abstemios presentaron resultados más favorables (nivel educativo más alto, mejor salud general, mayor satisfacción con la vida), mientras que

los usuarios de alto nivel consumo tuvieron resultados menos favorables.

De otro lado, Windle y Wiesner (2004), utilizando una muestra comunitaria de estudiantes de secundaria seguida hasta la edad adulta, identificaron cinco grupos de trayectorias: crónicos altos, disminuidores, incrementadores, usuarios experimentales y abstencionistas. Por otra parte, en una muestra regional que abarcó la adolescencia hasta los 30 años de edad, Kandel y Chen (2000) encontraron cuatro grupos de trayectorias entre individuos que usaron marihuana por lo menos 10 veces en su vida: inicio temprano con uso intenso, inicio temprano con uso ligero, inicio medio con uso intensivo, e inicio tardío con uso ligero.

La mayoría de las investigaciones sobre trayectorias del consumo de marihuana se han focalizado en la adolescencia, que es el momento más común de inicio. El estudio de Chen y Jacobson (2012) comparó patrones generales de desarrollo del consumo de sustancias diferenciándolos por género y aspectos raciales/étnicos. Aunque las formas de las trayectorias del desarrollo eran similares, se encontraron diferentes tasas de cambio. El consumo de marihuana presentó estabilidad en el tiempo. Si bien las diferencias raciales/étnicas en las tasas de cambio fueron generalmente consistentes en el uso de sustancias, las diferencias de género en las

tasas de cambio del uso de tabaco y marihuana eran más pequeñas que en el consumo de alcohol.

Las trayectorias de desarrollo del uso de sustancias son moldeadas por eventos de la vida como la escuela o la transición hacia la adultez con la asunción de nuevos roles, por lo que las diferencias en las trayectorias podrían ser debidas a factores socioculturales. Esta mayor estabilidad y menor diferencia asociada al género, puede implicar factores contextuales que tienen influencia específica sobre el consumo de marihuana. No obstante, los autores del estudio advierten la necesidad de realizar estudios longitudinales para identificar con mayor precisión mecanismos etiológicos.

### **3.2. Investigaciones en torno al problema**

Griffin, Botvin, Scheier y Nichols (2002) investigaron si diversos factores psicosociales medidos en la adolescencia temprana predecían el uso de marihuana. La muestra estuvo conformada por un grupo de 1,132 estudiantes del séptimo grado del Estado de Nueva York, Estados Unidos. Se realizó un seguimiento hasta el doceavo grado. Los resultados indicaron que el 14% de los estudiantes fumaba marihuana regularmente (una o más veces por mes). De otro lado, el inicio de uso de cigarrillos, alcohol e intoxicación de alcohol predijo el uso regular de marihuana. Se identificó también que la influencia de



amigos y parientes que fuman cigarrillos incrementó la probabilidad de uso de marihuana. Los resultados sugieren que intervenciones preventivas tempranas del uso de alcohol, tabaco u otras drogas en los adolescentes tienen efectos relevantes en el uso de marihuana en la adolescencia y en la adultez temprana.

Olsson et al. (2003) tuvieron el objetivo de investigar las relaciones entre el consumo de marihuana, los índices de interacción entre padres e hijos, el apego, el funcionamiento familiar, la actitud parental ante las drogas y la delincuencia en adolescentes australianos. La muestra estuvo conformada por un total de 5,211 estudiantes que participaron en la Encuesta Victoriana de Salud y Bienestar de Adolescentes ejecutado por el Departamento de Servicios Humanos de Victoria, Australia. El estudio fue realizado en una muestra aleatoria de 535 escuelas secundarias metropolitanas y rurales, gubernamentales y no gubernamentales. Se utilizó regresión logística multivariada para identificar asociaciones entre el consumo de marihuana y el apego entre padres e hijos, el funcionamiento de la familia y la actitud parental hacia el consumo de drogas y delincuencia. Los resultados mostraron que el uso de marihuana se asoció con actitudes permisivas de los padres hacia las drogas, y fue particularmente sensible a pequeños cambios en la calidad de la relación padre-hijo en el cual el riesgo se incrementó para aquellos que describen su apego como 'bueno' comparado con 'muy bueno'. Estos resultados sugieren la pertinencia de realizar intervenciones preventivas que fortalezcan la relación entre padres e hijos y promover actitudes menos permisivas de los padres hacia el uso de drogas.

Buscando determinar el impacto de factores de riesgo y protección de tipo social y familiar del consumo de marihuana, Best et al. (2005) utilizaron una encuesta autoaplicada en 2,078 adolescentes de 14 a 16 años de edad que asistieron a siete escuelas de nivel secundario en el sur de Londres, Inglaterra. Se realizó una evaluación de las prevalencias y factores de riesgo para el consumo de marihuana. El 24% del total de la muestra nunca había utilizado marihuana y el 15% lo había hecho en el mes anterior a la evaluación. Además de una mayor probabilidad de uso de drogas ilícitas, los usuarios de marihuana durante toda su vida tuvieron menos probabilidades de pasar tiempo significativo con sus padres, pero más probabilidades de pasar tiempo libre con amigos que fumaban y bebían alcohol, así como relacionarse con amigos involucrados en delitos. Entre los participantes que han consumido marihuana, se predijo la frecuencia de consumo (la iniciación temprana del uso de alcohol y el uso de marihuana estaban vinculados a un uso más frecuente) y dos factores sociales (más tiempo dedicado a amigos que usan drogas y menos tiempo con la madre). Esta investigación evidenció que el inicio temprano está vinculado a un uso más frecuente de marihuana y parece estar sostenido por un menor tiempo de interacción con los padres y más tiempo de interacción con compañeros que usan drogas.

Asimismo, Guxens, Nebot y Ariza (2007) analizaron las posibles diferencias según edad y sexo en factores asociados con el inicio del consumo de marihuana entre adolescentes de escuelas secundarias de Barcelona (España). Se seleccionó una muestra representativa de escolares ( $n = 1,056$ ) y se realizó un seguimiento del primero al cuarto año de educación secundaria (7°-10°

grado). Los participantes completaron un cuestionario de estilo de vida autoadministrado cada año. Se utilizaron modelos de regresión logística para cada año y sexo para analizar los predictores del consumo de marihuana. Los resultados mostraron que el inicio del consumo de marihuana durante el seguimiento estuvo asociado con una historia previa de tabaquismo [odds ratio (OR) = 7.7 en los niños; OR = 3.8 en las niñas], el consumo de alcohol (OR = 6.4 en los varones, OR = 3.2 en las niñas), el comportamiento antisocial (OR = 2.8 en los varones, OR = 2.2 en las niñas), la intención de consumir drogas (OR = 3.5 en varones, OR = 4.2 en niñas), consumo de drogas entre amigos (OR = 2.5 en varones, OR = 3.7 en niñas) y pasar tiempo libre en bares o discotecas (OR = 2.1 en los niños, OR = 3.8 en las niñas). Además, entre las niñas que asisten a escuelas estatales, el bajo rendimiento académico y vida familiar monoparental se asociaron con el consumo de marihuana. Este estudio revela una amplia gama de factores predictivos en el inicio del uso de marihuana que difieren de la edad y género. Los resultados apoyan el papel del consumo de alcohol y tabaco, así como el impacto del uso de drogas entre los amigos y la importancia de los patrones de tiempo libre como facilitadores de consumo de marihuana.

Con el objetivo de determinar diferencias según género y grado escolar en el consumo de marihuana, King, Vidourek y Hoffman (2012) realizaron un estudio en una muestra de 54,361 estudiantes estadounidenses de séptimo a duodécimo grado. Los participantes completaron una encuesta que examinó el impacto del daño percibido por el consumo de marihuana, la facilidad de acceso para obtener marihuana y la desaprobación percibida entre padres y

pares del consumo de marihuana. Se determinó que un tercio (32.4%) de los estudiantes percibió que la marihuana era fácil o de muy fácil acceso. Los hombres informaron un acceso significativamente más fácil a la marihuana que las mujeres. Asimismo, el daño percibido difería según el género y el grado. Los hombres consideraban que el uso de marihuana era menos dañino que las mujeres. Se utilizó la regresión logística para calcular odds ratios y determinar si el uso reciente y anual difirió significativamente en función del daño percibido, la facilidad de acceso y desaprobación parental y de pares sobre el uso de sustancias. Los resultados indicaron que los estudiantes con mayor riesgo de consumo de marihuana eran aquellos que sentían que el uso de marihuana era no dañino, de fácil acceso, y que tenía padres/compañeros que desaprobaban uso de sustancias. Tales hallazgos se mantuvieron tanto en hombres como en mujeres.

Hecimovic, Barret, Derreseau y Stewart (2014) buscaron determinar la influencia de cuatro factores de personalidad (sensibilidad a la ansiedad [SA], introversión / desesperanza [I / D], búsqueda de sensaciones [BS] e impulsividad [IMP]) en el riesgo de uso y abuso de sustancias. En el estudio participaron 105 hombres adultos (18 a 59 años) consumidores de marihuana que fueron reclutados de la comunidad de Halifax, Nueva Escocia (Canadá). Cada factor de personalidad está relacionado con la preferencia a una sustancia psicoactiva específica (por ejemplo, AS con ansiolíticos). Sin embargo, el consumo de marihuana no se ha vinculado con alguno de estos factores de la personalidad. Esto puede deberse a la heterogeneidad de los motivos de uso de

la marihuana. En esta investigación se exploró la asociación entre estos cuatro factores de riesgo de personalidad y diferentes motivos de uso de marihuana. Se utilizó una entrevista sobre sus motivos para el consumo de marihuana, así como la Escala de Perfil de Riesgo (SURPS), que mide el riesgo a través de factores de personalidad. Los resultados mostraron que la SA se asoció con motivos relacionados a conformidad y la I/D se asoció con motivos de afrontamiento para el consumo de marihuana. La BS se asoció positivamente con los motivos de expansión y la IMP se asoció con la disponibilidad de drogas. Se concluye que los factores de personalidad evaluados se asocian con los motivos de uso de marihuana.

Ketcherside y Filbey (2015) evaluaron si el afecto negativo (depresión y ansiedad) mediaba la relación entre el consumo de marihuana y el estrés. Se probaron modelos para determinar los mediadores entre los problemas con el uso de la marihuana, el estrés, y el afecto negativo en 157 usuarios actuales de marihuana del área metropolitana de Albuquerque (Estados Unidos). Se encontró que las puntuaciones de depresión y ansiedad mediaron significativamente la relación entre el estrés percibido y el uso problemático de la marihuana. Estos hallazgos demuestran que la depresión mediaba tanto el estrés, el estrés percibido y el consumo problemático de marihuana, y la ansiedad mediada por el estrés percibido y el uso problemático de la marihuana. El análisis de mediación representa un primer paso hacia la comprensión de la relación entre estas variables. Sin embargo, se necesitan estudios longitudinales para determinar de forma más robusta su causalidad. Se concluye que el

abordaje de la depresión y la ansiedad, concomitantes en aquellos que reportan el estrés percibido, es relevante para la prevención de los trastornos por uso de marihuana.

Con el objetivo de estimar la probabilidad de progresión al consumo ilícito de drogas entre individuos con antecedentes de consumo de marihuana e identificar predictores de progresión desde el consumo de marihuana a otras drogas ilícitas, Secades-Villa et al. (2015) realizaron un análisis a una submuestra estadounidense de participantes de la Ola 1 de la National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (*NESARC*) que empezaron a usar marihuana antes que otra droga ( $n = 6,624$ ). Se utilizaron análisis de supervivencia univariante y multivariable para identificar predictores de progresión a cualquier uso de drogas. Las estimaciones de la probabilidad indicaron que el 44.7% de los individuos con uso de marihuana progresó al uso de otra droga ilícita en algún momento de sus vidas. El incremento del riesgo de la progresión del consumo de marihuana a otras drogas ilícitas destaca la importancia de considerar los beneficios y los efectos adversos de los cambios en la regulación de la marihuana y en el diseño de estrategias de prevención y tratamiento dirigidas a poblaciones específicas.

Martins et al. (2016) analizaron la relación entre las leyes de regulación del uso de marihuana medicinal, la prevalencia del consumo de marihuana en el último mes y la disponibilidad percibida de marihuana. Se analizaron los datos de la

National Survey of Drug Use and Health 2004-2013. Tomando en cuenta ese periodo, se exploró la información de 17,500 adolescentes (de 12 a 17 años), 17,500 jóvenes (de 18 a 25 años) y 18,800 adultos mayores de 26 años. Con respecto al análisis de datos, se aplicó la regresión logística multinivel para probar las diferencias entre los individuos residentes en estados de la Unión Americana que cuentan con leyes que regulan el uso de marihuana medicinal y los residentes en estados que no cuentan con esa normativa. Asimismo, en estos dos grupos se evaluaron los cambios en la prevalencia del consumo de marihuana en el último mes y la disponibilidad percibida antes y después de la aprobación de las normativas. Entre los adultos mayores de 26 años, la prevalencia del consumo de marihuana en el último mes aumentó del 5.87% al 7.15% después de la aprobación de las regulaciones sobre el uso para fines medicinales de la marihuana (cociente de probabilidades ajustado (AOR): 1.24 [1.16–1.31]), pero no se encontró ningún cambio en la prevalencia del consumo en los grupos de 12– 17 y 18-25 años. La disponibilidad percibida de marihuana aumentó después de que se promulgaron las leyes entre los mayores de 26 años, pero no en los grupos más jóvenes. Entre todos los grupos de edad, la prevalencia del consumo de marihuana y la percepción de que está fácilmente disponible fue mayor en los estados que contaban con las regulaciones en comparación con los que no lo habían hecho. Es pertinente destacar que la disponibilidad percibida se asoció significativamente a un mayor riesgo de consumo de marihuana el mes pasado en todos los grupos de edad.

Los adolescentes que rechazan las ofertas directas de marihuana y los no usuarios de esta sustancia representan un grupo relevante de investigación. En ese sentido, Burdzovic, Pape y Bretteville-Jensen (2016) examinaron diversos factores de riesgo y protección asociados con un perfil resistente al consumo de marihuana en una muestra de 19,303 estudiantes noruegos de escuela secundaria. Los resultados, a través del uso de regresión logística multinomial, revelaron un conjunto de características de los adolescentes que se resistieron a las ofertas de marihuana. La calidad de la relación padre-hijo, creencias negativas relacionadas con las drogas, ausencia de relaciones estrechas con los consumidores de marihuana, baja participación en actos delictivos, ningún consumo regular de tabaco o episodios de intoxicación alcohólica se asociaron con mayores probabilidades de estar en el grupo con resistencia al consumo de marihuana.

Asimismo, Burdzovic-Andreas y Bretteville-Jensen (2017) analizaron el uso de marihuana en adolescentes mediante el análisis de las oportunidades de uso e intención de utilizar marihuana. Se consideró un diseño transversal. Participaron un total de 8,818 jóvenes de 16 años que participaron en el European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) durante el 2007, 2011 y 2015. Se utilizaron autoinformes sobre el "uso de marihuana" y "posibilidades de uso de marihuana" para evaluar: a) el consumo de marihuana, b) la exposición a oportunidades reales de consumo de marihuana, y c) el consumo de marihuana entre las personas expuestas a oportunidades de uso. Se utilizaron modelos de regresión logística para estimar



las tendencias nacionales en estos indicadores e identificar factores individuales asociados al uso de marihuana versus el no uso entre los jóvenes expuestos a oportunidades de uso. Se reportó que la prevalencia de vida de consumo de marihuana se mantuvo estable, promediando en 6.4% en las tres encuestas. La exposición a lo largo de la vida a oportunidades de uso de marihuana disminuyó significativamente; sin embargo, el consumo de marihuana entre adolescentes con estas oportunidades aumentó de manera constante. La abstinencia al uso de tabaco y la intoxicación alcohólica, así como la percepción sobre el uso de marihuana, emergieron como los factores que redujeron la probabilidad de uso de marihuana entre los expuestos a las oportunidades de consumo a esta sustancia. Se concluye que las oportunidades de uso resultaron ser críticos en la comprensión del consumo de marihuana en menores de edad teniendo importantes implicancias para el desarrollo de estrategias de prevención.

Por otra parte, Garcia-Moya, Ortiz-Barón y Moreno (2017) examinaron la influencia de factores emocionales (control emocional y depresión) y psicosociales (comportamiento convencional de los compañeros, uso de sustancias entre compañeros y relaciones entre padres e hijos) en el consumo de alcohol, tabaco y marihuana en la adolescencia. La muestra estuvo conformada por 1,752 adolescentes españoles de 15 a 16 años que participaron en la edición 2014 de la Encuesta de Comportamiento de la Salud de la OMS. Los datos se recolectaron mediante cuestionarios anónimos en línea. Se utilizaron modelos de regresión jerárquica múltiple utilizando las variables sexo y edad como controles. Los resultados revelaron que los factores

emocionales y psicosociales mostraron efectos interactivos significativos en el uso de sustancias. El control emocional, que tendía a amortiguar los efectos de los posibles factores de riesgo, y el uso de sustancias de sus compañeros fueron predictores consistentes del uso de sustancias. Por el contrario, el papel de otros factores dependía de la sustancia, con la depresión y el comportamiento convencional de sus compañeros.

Teniendo el objetivo de conocer la relación entre el nivel de urbanización, la disponibilidad de drogas, la exposición a la oportunidad de consumo, la percepción de riesgo y la tolerancia social con el consumo de marihuana, Villatoro et al. (2017) desarrollaron un estudio utilizando la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014. La muestra estuvo conformada por 114,364 estudiantes de secundaria y bachillerato. Los resultados evidenciaron que las variables predictoras de un mayor consumo de marihuana fueron: la tolerancia ante el consumo de drogas de la familia y del mejor amigo, el nivel de urbanización y una baja percepción de riesgo. Este hallazgo destaca la relevancia de intervenir sobre la disponibilidad de drogas, tolerancia social y percepción de riesgo.

Choi, DiNitto y Marti (2017) examinaron las asociaciones entre las percepciones de riesgo del consumo de marihuana y el patrón de consumo de marihuana. Los datos se obtuvieron de la National Survey of Drug Use and Health de 2013 a 2015 (n=24,057 encuestados estadounidenses mayores de 50 años). Se aplicó la regresión logística bivariada para comparar las percepciones

de riesgo entre los no usuarios, usuarios anteriores y usuarios de último año. Asimismo, se utilizó regresión logística multivariada para probar las asociaciones entre la percepción del riesgo, el estado de consumo de marihuana y los patrones de consumo de marihuana. Se evidenció que los consumidores antiguos de marihuana (AOR = 0.30, IC del 95% = 0.27-0.32) y de último año (AOR = 0.05, IC del 95% = 0.04-0.06) tenían probabilidades significativamente más bajas de percepción de riesgo moderada/alta (a diferencia de una percepción de riesgo nula/leve) en comparación a los no usuarios. Entre los usuarios de último año, las probabilidades de percepción de riesgo moderada/alta fueron menores entre los que consumieron marihuana con mayor frecuencia (AOR = 0.14, IC del 95% = 0.07-0.28 para más de 300 días de uso en comparación con 1 a 11 días de uso) y que informaron sobre el uso de marihuana medicinal (AOR = 0.27, IC del 95% = 0.14-0.51). Sin embargo, aquellos que tenían un trastorno por consumo de marihuana tenían 3.5 veces más probabilidades de informar una percepción de riesgo moderada/grande (AOR = 3.50, IC del 95% = 1.62-7.58). Aquellos que tenían una educación universitaria, tenían ingresos más altos y residían en estados con leyes de marihuana medicinal también tenían percepciones de riesgo más bajas.

Con el objetivo de cuantificar asociaciones recíprocas entre el consumo de marihuana en el último año y la percepción de riesgo del uso de marihuana en un panel longitudinal de adultos jóvenes, Salloum et al. (2018) realizaron un estudio observacional de datos longitudinales utilizando un análisis de panel autorregresivos cruzados en función a encuestas administradas a estudiantes de

12° grado de la población general de los Estados Unidos. La muestra estuvo conformada por un total de 9,929 estudiantes de 12° grado (edad media 18 años) que fueron encuestados inicialmente durante el periodo 2000-2005, incluyéndose datos de seguimiento hasta los 23-24 años (tres oleadas; n = 9,929). Los resultados muestran que, al inicio del estudio, el 33% de los estudiantes de 12° grado consumieron marihuana en el último año frente al 28% en el tercer seguimiento. Asimismo, el 83% creía que fumar marihuana implicaba un riesgo moderado o alto, frente al 78% en el tercer seguimiento. Se encontraron asociaciones negativas estadísticamente significativas en ambas direcciones y en todos los puntos temporales. El consumo de marihuana predijo una disminución de la probabilidad de percibir a la marihuana como riesgosa en el próximo seguimiento, mientras que las creencias sobre el riesgo de usar marihuana predijeron la disminución de la probabilidad de consumo de marihuana en el próximo momento. Se obtuvieron resultados similares cuando el análisis se limitó a aquellos que nunca habían consumido marihuana antes de la línea de base. Se concluye que las asociaciones longitudinales entre el consumo de marihuana y la percepción de riesgo del consumo de marihuana son de naturaleza recíproca, con una asociación más fuerte entre el consumo de marihuana y una menor percepción del riesgo posterior.

Han y Palamar (2018) realizaron un análisis transversal de las respuestas de 17,608 adultos de 50 a más años de edad a partir de la National Survey on Drug Use and Health, administrada el 2015 y 2016. Se calculó y comparó la prevalencia del consumo de marihuana el año anterior entre adultos de mediana

edad (50-64 años) y adultos mayores ( $\geq 65$ ). Las características de los consumidores de marihuana en el último año, incluidos los datos demográficos, el uso de sustancias, las enfermedades crónicas y el uso de la sala de emergencias, se compararon con los no consumidores de marihuana y se estratificaron por grupo de edad. Las características del consumo de marihuana también se compararon entre adultos de mediana edad y adultos mayores. Se utilizó regresión logística multivariable para determinar los correlatos del consumo de marihuana en el último año. Los resultados evidenciaron que el consumo de marihuana en el último año fue del 9.0% entre los adultos de 50 a 64 años y del 2.9% entre los adultos de 65 años o más. Asimismo, la prevalencia del trastorno por consumo de alcohol del año anterior, la dependencia de la nicotina, el uso de cocaína y el uso indebido de medicamentos recetados (es decir, opioides, sedantes, tranquilizantes) fue mayor entre los consumidores de marihuana en comparación con los no consumidores. En modelos ajustados, el inicio del consumo de marihuana antes de los 19 años [odds ratio ajustado (AOR) = 13.43, intervalo de confianza (IC) del 95% 9.60- 18.78], trastornos por uso de drogas (AOR = 2.11, IC del 95% 1.51 - 2.94), el uso indebido de opioides recetados (AOR 2.49; IC del 95%: 1.61- 3.85), la dependencia a nicotina (AOR = 1.90; IC del 95%: 1.59- 2.26) y el consumo de cocaína (AOR 7.43; IC del 95%: 4.23-13.03) se asociaron con un aumento probabilidades de consumo de marihuana.

Kážmér, Chomynová y Csémy (2019) tuvieron como objetivo examinar la relación entre la disponibilidad percibida de marihuana y la prevalencia del

consumo de marihuana en 8,069 escolares checos de 15 a 16 años. Se utilizaron los datos de The Czech 2011 European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD). En el análisis de datos se utilizó regresión multinivel para examinar las desigualdades sociogeográficas tanto en la disponibilidad percibida como en el consumo frecuente de marihuana en los adolescentes. Al mismo tiempo, se analizó su relación mutua. Asimismo, se utilizó un modelo de ecuaciones estructurales para estimar el efecto relativo de la disponibilidad percibida de marihuana sobre la frecuencia del consumo de marihuana y compararlo. Los resultados indicaron que los adolescentes procedentes de zonas muy urbanizadas que percibían que la marihuana estaba más disponible, reportaban una mayor prevalencia del consumo de marihuana. De otro lado, la percepción de mayor disponibilidad medió las desigualdades sociogeográficas en el consumo de marihuana. El efecto de la disponibilidad percibida sobre el consumo de marihuana parece ser mucho más fuerte que el efecto del uso de marihuana en la disponibilidad percibida cuando se invierte.

De otro lado, Libuy, Ibañez y Mundt (2020) tuvieron el objetivo de identificar las tendencias de consumo de marihuana e identificar factores asociados en adolescentes chilenos. Se realizó un análisis de regresión logística multivariante en 416,417 encuestas de escolares chilenos matriculados de 8° a 12° grado. El periodo de análisis fue entre el 2003 y 2017. El consumo de marihuana fue la variable dependiente. Se evaluaron como variables independientes la edad, el sexo, las variables socioeconómicas y factores de nivel individual, escolar y familiar. Los hallazgos indican que la prevalencia

del consumo de marihuana en el último año aumentó en el periodo estudiado (de 13.6% a 31.3%), presentando una tendencia lineal ( $F$  (df: 1.6) = 27.6;  $R^2$  = 0.79;  $p$  <0.01). Asimismo, la asociación más fuerte con el consumo de marihuana se observó entre los adolescentes que reportaron tener amigos que consumen marihuana con regularidad y baja percepción de riesgo del consumo de marihuana. Entre el 2003 y 2017, la fuerza de asociación entre la variable tener amigos que consumen marihuana habitualmente y el consumo de marihuana disminuyó de  $OR$  = 6.2 a  $OR$  = 2,9, en una tendencia lineal significativa ( $F$  (gl: 1.6) = 60.5;  $R^2$  = 0.89;  $p$  <0.01); mientras que el  $OR$  para el bajo rechazo de los padres al consumo de marihuana aumentó en una tendencia lineal ( $F$  (gl: 1.6) = 22.8;  $R^2$  = 0.75,  $p$  <0.01) de  $OR$  = 1.2 a  $OR$  = 2.1. Se concluye que el aumento del consumo de marihuana entre los adolescentes chilenos demanda ajustes en las estrategias de prevención.

Leos-Toro et al. (2020) examinaron las percepciones de riesgo asociadas con el consumo de marihuana. Se realizó una encuesta en línea a una muestra nacional ( $n$ = 870) de canadienses de 16 a 30 años. El estudio examinó la conciencia y percepción de los jóvenes sobre los efectos negativos para la salud que conlleva el uso de marihuana, la evaluación de los riesgos y las percepciones de riesgo. Se evidenció que la mayoría de los encuestados conocía los efectos de la marihuana sobre la salud física (78.0%). Aproximadamente un tercio informó haber estado expuesto a mensajes de salud pública sobre la marihuana. Los medios digitales fueron los más reportados. De otro lado, una cuarta parte de los consumidores de marihuana

de los últimos 3 meses informaron que eran al menos "un poco" adictos. Los encuestados que informaron haber usado una forma particular de autoadministración de marihuana (por ejemplo, comestibles, fumables) tenían menos probabilidades de percibir daños que aquellos que no usaron ( $p < 0.001$ ). El uso diario de marihuana en todas sus formas se percibió como más riesgoso que el consumo ocasional. En términos de los modos de administración, la marihuana fumada, vaporizada y comestible se percibió que tenían un riesgo similar, mientras que productos de alta potencia y productos de cannabis sintético fueron percibidos como más riesgosos.

Recientemente, Arora et al. (2021) examinaron la variabilidad en los patrones de consumo de marihuana en 80 usuarios de 60 años a más del Estado de Colorado, Estados Unidos. Los encuestados de la muestra informaron sobre el consumo de marihuana en el último año y la frecuencia de consumo en cuatro períodos de la edad adulta (18–30 años, 31–49 años, 50–64 años y 65 a más). Los análisis utilizaron una tabla de contingencia multidireccional para identificar subgrupos mutuamente excluyentes de consumidores de marihuana basados en informes de uso y modelos de probabilidad lineal para identificar predictores de identidad de grupo. Se identificaron tres subgrupos de consumidores de marihuana de edad avanzada: nuevos consumidores, consumidores intermitentes o que dejaron de consumir, y consumidores constantes. Los tres grupos variaron en la frecuencia de uso actual y forma de consumo, así como en características sociales y de salud.



Finalmente, Keethakumar et al. (2021) realizaron un estudio orientado a identificar la prevalencia, características y patrones del consumo de marihuana entre hombres y mujeres ubicados en la etapa adulta y adulta mayor antes de la legalización en Canadá. Se realizó un análisis secundario a partir de la Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey 2017, con una muestra de 4,789 adultos de 40 años a más. El resultado principal se definió como el consumo de marihuana el año anterior y el análisis estadístico se realizó por separado para hombres y mujeres. Para el análisis de datos, se realizó una regresión logística bivariada y multivariable para identificar asociaciones entre el resultado principal y diversas variables sociodemográficas, de salud y de consumo de sustancias. En el 2017, el 5.9% de las mujeres y el 9.0% de los hombres mayores de 40 años informaron haber consumido marihuana el año anterior. Asimismo, el 62% de los hombres que consumieron marihuana en el último año informaron de un intento fallido de reducir o detener su consumo de marihuana. Del mismo modo, más de la mitad (56%) de las mujeres mayores declararon haber consumido marihuana con fines médicos. Aproximadamente uno de cada cinco adultos mayores informó haber usado un vaporizador o un cigarrillo electrónico como método de administración. Las características significativas del consumo de marihuana por parte de los hombres incluyeron no tener pareja matrimonial, fumar cigarrillos y el uso de drogas ilegales. Además, los predictores significativos del consumo de marihuana en el último año en mujeres incluyeron residir en una comunidad urbana, provincias del Atlántico este o Columbia Británica, tener una salud mental regular/mala, fumar cigarrillos, el uso de otros productos de tabaco y drogas ilegales.

### 3.3. Definiciones conceptuales y operacionales de variables

En correspondencia a la tipología de variables utilizada en documentos especializados (Argimon y Jimenez, 2013; Hernández-Ávila, 2007), utilizaremos la denominación de variables predictoras (variable independiente o explicativa, que puede explicar o predecir el comportamiento de otra u otras variables) y variable de respuesta (variable objeto del estudio y que sus resultados se pretenden explicar por medio de las variables llamadas explicativas o independientes).

Esta investigación analizará siete variables predictoras de naturaleza:

- a) **Sociodemográfica:** Grupo de edad, nivel educativo.
- b) **Individual:** Percepción de riesgo sobre el consumo frecuente de marihuana, percepción de riesgo sobre el consumo alguna vez de marihuana.
- c) **Contextual:** Venta y consumo de drogas ilegales en el barrio, percepción sobre el acceso a la marihuana.

La variable de respuesta será el consumo reportado de marihuana en los últimos 12 meses. Para efectos de responder los objetivos e hipótesis, el género será la variable de estratificación del análisis.

Las variables fueron seleccionadas del Estudio sobre Prevención y Consumo de Drogas en la Población General de Lima Metropolitana y el Callao – 2013 realizado por DEVIDA (2014). A continuación, se detallan las variables según

diversas características:

**Tabla 1**  
*Variables explicativas*

Variable	Definición conceptual	Categorías /Dimensiones	Indicador	Escala
Grupo de Edad	Años de vida de una persona agrupados en categorías	12-18 años 19-29 años 30-65 años	Ítem 1	Ordinal
Nivel educativo	Es el último grado de estudios terminado y aprobado por una persona, en el nivel o ciclo avanzado que ha cursado en cualquier centro de enseñanza	Hasta primaria Secundaria Superior no universitaria Superior universitaria	Ítem 3	Ordinal
Venta de drogas ilegales (marihuana, PBC, Cocaína u otras) en el barrio	Percepción sobre la existencia o no de venta de drogas ilegales en el barrio donde se reside.	Si existe No existe	Ítem 9.1	Nominal
Consumo de drogas ilegales (marihuana, PBC, cocaína u otras) en el barrio	Percepción sobre la existencia o no de consumo de drogas ilegales en el barrio donde se reside.	Si existe No existe	Ítem 9.2	Nominal
Percepción de riesgo sobre el consumo de marihuana alguna vez	Evaluación subjetiva individual relacionada a los efectos negativos del consumo de marihuana	Bajo riesgo Alto riesgo	Ítem 16.4	Ordinal
Percepción de riesgo sobre el consumo de marihuana frecuentemente	Evaluación subjetiva individual relacionada a los efectos negativos del consumo de marihuana	Bajo riesgo Alto riesgo	Ítem 16.5	Ordinal
Acceso a marihuana	Percepción de la disponibilidad de marihuana para ser adquirida por la persona	Me sería fácil Me sería difícil	Ítem 48.1	Ordinal

Fuente: DEVIDA (2014). Estudio sobre prevención y consumo de drogas en la población general de Lima Metropolitana y el Callao – 2013.

**Tabla 2**  
**Variable de respuesta: Prevalencia anual de marihuana**

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Escala
Consumo de marihuana en los últimos 12 meses	Consumo de marihuana una o más veces durante los últimos doce meses	Consumió el último año  No consumió el último año	Ítem 69	Nominal

Fuente: DEVIDA (2014). Estudio sobre prevención y consumo de drogas en la población general de Lima Metropolitana y el Callao – 2013.

### 3.4. Hipótesis

#### Hipótesis de trabajo

- Los factores sociodemográficos, individuales y contextuales están asociados al consumo de marihuana según género en la población de 12 a 65 años de Lima Metropolitana: Análisis de base de datos de DEVIDA 2013.

Para dar respuesta a los objetivos de investigación se plantearon las siguientes hipótesis explicativas y descriptivas-comparativas:

#### Edad

H1: La edad como factor predictor está asociada al consumo de marihuana según el género en la población de 12 a 65 años de Lima Metropolitana: Base de datos de la encuesta de DEVIDA 2013.

### **Nivel educativo**

H1: El nivel educativo como factor predictor está asociado al consumo de marihuana según género en la población de 12 a 65 años de Lima Metropolitana: Base de datos de la encuesta de DEVIDA 2013.

### **Venta de drogas ilegales en el barrio**

H1: La venta de drogas ilegales en el barrio como factor predictor está asociada al consumo de marihuana según género en la población de 12 a 65 años de Lima Metropolitana: Base de datos de la encuesta de DEVIDA 2013.

### **Consumo de drogas en el barrio**

H1: El consumo de drogas ilegales en el barrio como factor predictor está asociado al consumo de marihuana según género en la población de 12 a 65 años de Lima Metropolitana: Base de datos de la encuesta de DEVIDA 2013.

### **Percepción de riesgo sobre el uso de marihuana alguna vez**

H1: La baja percepción de riesgo sobre el consumo de marihuana alguna vez como factor predictor está asociada al consumo de marihuana según género en la población de 12 a 65 años de Lima Metropolitana: Base de datos de la encuesta de DEVIDA 2013.

### **Percepción de riesgo sobre el uso frecuente de marihuana**

H1: La baja percepción de riesgo sobre el consumo frecuente de marihuana como factor predictor está asociada al consumo de marihuana según género en la población de 12 a 65 años de Lima Metropolitana: Base de datos de la encuesta de DEVIDA 2013.

### **Percepción de facilidad de acceso**

H1: La percepción de facilidad de acceso a la marihuana como factor predictor está asociada al consumo de marihuana según género en la población de 12 a 65 años de Lima Metropolitana: Base de datos de la encuesta de DEVIDA 2013.

### **Comparación de la prevalencia anual de consumo de marihuana según género de acuerdo a la edad**

H1: Existen diferencias significativas en la prevalencia anual de consumo de marihuana entre varones y mujeres de acuerdo al grupo de edad en la población de 12 a 65 años de Lima Metropolitana: Base de datos de la encuesta de DEVIDA 2013.

### **Comparación de la prevalencia anual de consumo de marihuana según género de acuerdo al nivel educativo**

H1: Existen diferencias significativas en la prevalencia anual de consumo de marihuana entre varones y mujeres de acuerdo al nivel educativo en la

población de 12 a 65 años de Lima Metropolitana: Base de datos de la encuesta de DEVIDA 2013.

**Comparación de la prevalencia anual de consumo de marihuana según género de acuerdo a la venta de drogas ilegales en el barrio**

H1: Existen diferencias significativas en la prevalencia anual de consumo de marihuana entre varones y mujeres de acuerdo a la venta de drogas ilegales en el barrio en la población de 12 a 65 años de Lima Metropolitana: Base de datos de la encuesta de DEVIDA 2013.

**Comparación de la prevalencia anual de consumo de marihuana según género de acuerdo al consumo de drogas ilegales en el barrio**

H1: Existen diferencias significativas en la prevalencia anual de consumo de marihuana entre varones y mujeres de acuerdo al consumo de drogas ilegales en el barrio en la población de 12 a 65 años de Lima Metropolitana: Base de datos de la encuesta de DEVIDA 2013.

**Comparación de la prevalencia anual de consumo de marihuana según género de acuerdo a la percepción de riesgo de consumo de marihuana alguna vez**

H1: Existen diferencias significativas en la prevalencia anual de consumo de marihuana entre varones y mujeres de acuerdo a la percepción de riesgo de consumo de marihuana alguna vez en la población de 12 a 65 años de Lima Metropolitana: Base de datos de la encuesta de DEVIDA 2013.

**Comparación de la prevalencia anual de consumo de marihuana según género de acuerdo a la percepción de riesgo de consumo frecuente de marihuana**

H1: Existen diferencias significativas en la prevalencia anual de consumo de marihuana entre varones y mujeres de acuerdo a la percepción de riesgo de consumo frecuente de marihuana en la población de 12 a 65 años de Lima Metropolitana: Base de datos de la encuesta de DEVIDA 2013.

**Comparación de la prevalencia anual de consumo de marihuana según género de acuerdo a la percepción de acceso a marihuana**

H1: Existen diferencias significativas en la prevalencia anual de consumo de marihuana entre varones y mujeres de acuerdo a la percepción de acceso a marihuana en la población de 12 a 65 años de Lima Metropolitana: Base de datos de la encuesta de DEVIDA 2013.



## **IV. METODOLOGÍA**

La metodología del estudio está dividida en dos partes. La primera está referida al estudio realizado por DEVIDA que ha servido como fuente al trabajo de investigación. De otro lado, en la segunda parte, se describen las características metodológicas del análisis secundario.

### **4.1. Base de datos del Estudio sobre Prevención y Consumo de Drogas en la Población General de Lima Metropolitana y el Callao – 2013**

El Estudio sobre Prevención y Consumo de Drogas en la Población General de Lima Metropolitana y el Callao-2013 es una investigación gestionada por la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA). Este es el primer estudio específico sobre consumo de drogas en población general de Lima Metropolitana y Callao, y el último en una población general. A continuación, describiremos sus aspectos metodológicos principales:

#### **4.1.1. Objetivo del estudio de DEVIDA**

Determinar la magnitud, características y factores asociados al consumo de drogas en hombres y mujeres de 12 a 65 años de edad, residentes en 44 distritos de Lima Metropolitana.

#### **4.1.2. Tipo de investigación**

El estudio es analítico, transversal, observacional y retrospectivo. Siguiendo los criterios de Argimon y Jiménez (2013), el estudio es analítico dada su orientación a establecer asociación entre factores sociodemográficos y psicosociales con el consumo marihuana. En cuanto al carácter transversal y observacional, se realizó una sola medición sin controlar los factores explorados en el estudio. El estudio es retrospectivo porque su diseño fue posterior a los hechos.

#### **4.1.3. Diseño de la investigación**

Según la clasificación de Hernández et al. (2014), el diseño del estudio es no experimental-transversal con elementos de análisis descriptivo y explicativo.

#### **4.1.4. Población**

Persona de 12 a 65 años de edad residente en Lima Metropolitana durante los últimos treinta días previos a la aplicación de la encuesta. Al momento de realización del estudio la población estimada fue de 5'436,338 personas. La información fue representativa de la población general de Lima metropolitana al 2013.

#### **4.1.5. Muestra y muestreo**

El muestreo fue probabilístico, trietápico y estratificado a nivel de conglomerados. Cada uno de los conglomerados se conformó en manzanas de viviendas. La unidad secundaria de muestreo (USM) fue la vivienda ocupada en Lima Metropolitana. De otro lado, la unidad terciaria de muestreo (UTM) es la persona de 12 a 65 años que reside en Lima Metropolitana. Se obtuvo una muestra final de 18,562 personas.

#### **4.1.6. Instrumento de recolección de datos**

Para la recolección de datos se elaboró un cuestionario siguiendo los lineamientos del *Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas (SIDUC)*. El cuestionario incluyó 135 preguntas con 12 secciones: datos personales, inseguridad ciudadana, control y prevención del delito, microcomercialización de drogas, consumo de tabaco, consumo de alcohol, ofrecimiento, acceso e intención de consumo de drogas ilícitas, consumo de drogas médicas e ilícitas, problemas asociados al consumo de drogas, acceso a servicios de prevención, acceso a servicios de tratamiento, medidas para enfrentar el problema de las drogas.

#### **4.1.7. Periodo de recolección de datos**

El periodo de recolección de datos contempló cinco semanas de trabajo de

campo (13 noviembre – 18 de diciembre del 2013). La difusión de resultados se realizó a través de un reporte publicado el año siguiente (DEVIDA, 2014).

#### **4.1.8. Procedimiento de recolección de datos realizado por DEVIDA**

El estudio se ejecutó en una muestra de 3,439 conglomerados (correspondiente a 22,840 viviendas de los 44 distritos de Lima Metropolitana). Se utilizó el método de Kish para seleccionar a la persona al interior de cada vivienda. Posteriormente se realizó una entrevista directa de carácter privado y confidencial. Las entrevistas fueron realizadas por personal previamente capacitado y entrenado. Cada persona seleccionada debió residir en la vivienda los últimos treinta días previos a la aplicación de la entrevista. La duración de la entrevista fue entre 30 a 40 minutos.

#### **4.1.9. Consideraciones éticas**

El estudio no implicó riesgo físico o psicosocial en los participantes, el protocolo de aplicación de entrevista contempló el uso de consentimiento informado oral. Los aplicadores informaron a los participantes seleccionados sobre el carácter anónimo de su participación y que la información recabada será estrictamente para fines de investigación.

## **4.2. Características metodológicas del análisis secundario de datos**

En esta segunda parte, se describirá el procedimiento efectuado para el análisis secundario de la base de datos del “Estudio sobre Prevención y Consumo de Drogas en la Población General de Lima Metropolitana y el Callao – 2013”, ejecutado por la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA).

### **4.2.1. Unidad de análisis**

Para el análisis secundario se utilizó la totalidad de los 18,562 casos registrados en la base de datos procedentes de Lima Metropolitana.

### **4.2.2. Selección de las variables predictoras**

Tomando en consideración la necesidad de identificar factores predictores que permitan orientar el diseño de políticas e intervenciones preventivas sobre el consumo de drogas en el Perú (Cabanillas, 2012), se priorizaron variables con pertinencia teórica y en correspondencia a dominios de factores de riesgo (Gaete y Araya, 2017; Stone, Becker, Huber y Catalano, 2012). Para efectos de este estudio, se utilizaron 5 secciones del instrumento en correspondencia a los objetivos del estudio:

**Tabla 3**  
*Variables, secciones y preguntas seleccionadas*

Factores	Variables	Secciones	Preguntas
	Edad		1
<b>Sociodemográficos</b>	Sexo	Datos personales	2
	Nivel educativo		3
	Venta de drogas (marihuana, PBC, Cocaína u otras) en el barrio	Inseguridad ciudadana	9.1 9.2
<b>Contextual</b>	Consumo de drogas ilegales (marihuana, PBC, cocaína u otras) en el barrio		
	Acceso a marihuana	Facilidad de acceso	48.1
<b>Individual</b>	Percepción de riesgo sobre el consumo de marihuana alguna vez		16.4
	Percepción de riesgo sobre el consumo de marihuana frecuentemente	Percepción de riesgo	16.5
<b>Consumo de marihuana (prevalencia anual)</b>		Consumo de marihuana	69

Fuente: DEVIDA - Estudio sobre Prevención y Consumo de Drogas en la Población General de Lima Metropolitana y el Callao-2013, adecuado para el estudio.

#### 4.2.3. Coordinación y permisos

Para la obtención de la base de datos se coordinó con el responsable del Observatorio Peruano de Drogas. Se estableció una transferencia electrónica de información. Se solicitó formalmente la base de datos, obteniéndose la autorización y la transferencia correspondiente. Es importante señalar que DEVIDA autoriza la utilización de la base de datos para uso académico y de investigación.

#### **4.2.4. Plan de análisis de datos**

La base de datos fue elaborada por DEVIDA como parte de los procedimientos para el análisis epidemiológico. En el reporte (DEVIDA, 2014) se realizó un análisis de datos orientado a generar información epidemiológica de carácter descriptiva. En cuanto al análisis según género se presentó una sola mención en el reporte asociada a la prevalencia anual de consumo de drogas legales e ilegales. Tomando en cuenta este aspecto, y ante la necesidad de ampliar la exploración, el presente estudio contempló un plan de análisis de datos que incluyó estadística descriptiva e inferencial. Los datos se analizaron utilizando el programa STATA 13 (StataCorp LP, versión de prueba). A nivel del análisis descriptivo se obtendrán frecuencias y porcentajes de las variables de estudio. Se utilizará la prueba chi-cuadrado para analizar la diferencia en la prevalencia en el consumo de marihuana en los últimos 12 meses en cada categoría de las variables cualitativas en función del género.

De otro lado, se realizaron regresiones logísticas para calcular odds ratios (OR) con sus respectivos intervalos de confianza (IC) del 95% ( $p < 0.05$ ) para cada género. La elección de esta medida de asociación se sustenta en que el OR es un buen estimador cuando la prevalencia es baja (Espelt, Dell Olmo, Penelo, y Bosque-Prous, 2016; Schiaffino, Rodriguez, Pasarin, Regidor, Borrell y Fernández, 2003; Szklo y Nieto, 2003). Asimismo, se realizaron análisis de asociación cruda y ajustada, así como el análisis de posibles factores de

confusión. Se evaluó la existencia de multicolinealidad, utilizando el factor de inflación de varianza (VIF), no encontrándose problema de colinealidad (valores menores a 10). Los ajustes se hicieron primero para las variables edad, nivel educativo, venta de drogas ilegales en el barrio, consumo de drogas ilegales en el barrio, acceso a marihuana, disposición al consumo de drogas ilegales, percepción de riesgo sobre el consumo de marihuana alguna vez y percepción de riesgo sobre el consumo de marihuana frecuentemente. Para este fin se utilizó el método de regresión logística binaria. Las variables independientes fueron agrupadas, controlando que no existan categorías con pocos casos y que no presenten odds ratios muy altos e intervalos de confianza demasiado amplios.



## **V. RESULTADOS**

### **5.1. Determinación y comparación de prevalencias anuales de marihuana según género en la población general de Lima Metropolitana de acuerdo a las variables sociodemográficas, individuales y contextuales**

En la Tabla 4 se presenta el análisis comparativo según género de las prevalencias anuales de consumo de marihuana de acuerdo a las variables sociodemográficas, individuales y contextuales contempladas en el estudio. En general, se registra una diferencia significativa en la prevalencia anual de consumo de marihuana entre hombres y mujeres de la población general de Lima Metropolitana ( $\chi^2= 40.01$ ,  $p < 0.001$ ). Estas diferencias significativas se observan también en la mayoría de las variables exploradas. Debe destacarse que en el grupo de edad de 12 a 18 años las prevalencias anuales de consumo de marihuana son cercanas entre hombres y mujeres, no presentándose diferencias estadísticamente significativas. La mayor prevalencia se encuentra en el grupo masculino de 19 a 29 años. Asimismo, no se presentaron diferencias estadísticamente significativas en las prevalencias de consumo de marihuana según género de acuerdo al nivel educativo hasta primaria y superior universitaria. La mayor prevalencia de consumo la presenta el grupo masculino con educación superior no universitaria.

De otro lado, aunque se presentan diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, se observa en ambos géneros mayores prevalencias anuales de

consumo de marihuana entre quienes autoreportan baja percepción de riesgo para el consumo frecuente de marihuana, baja percepción de riesgo para el consumo de marihuana alguna vez y percepción de fácil accesibilidad a la marihuana. Las diferencias más notorias en las prevalencias de consumo se observa al analizar la percepción de acceso a marihuana. La prevalencia en los hombres que declaran facilidad de acceso a marihuana es trece veces mayor que en los que declaran dificultad de acceso. En las mujeres, la prevalencia anual de consumo de marihuana es dieciséis veces mayor entre quienes perciben facilidad de acceso que entre quienes perciben dificultad de acceso.

**Tabla 4**  
*Diferencias en las prevalencias anuales de consumo de marihuana según género de acuerdo a variables sociodemográficas, individuales y contextuales*

Variable	Prevalencia anual			$\chi^2$	p
	Masculino	Femenino	Total		
<b>Grupo de edad</b>					
De 12 a 18 años	2.5%	2.1%	2.3%	0.25	0.62
De 19 a 29 años	3.8%	0.6%	2.3%	23.23	0.00
De 30 a 65 años	1.0%	0.0%	0.5%	16.16	0.00
<b>Nivel educativo</b>					
Hasta Primaria	0.6%	0.2%	0.3%	0.89	0.35
Secundaria	2.1%	0.3%	1.2%	30.20	0.00
Superior no universitaria	2.6%	0.4%	1.5%	7.63	0.01
Superior universitaria	1.6%	0.9%	1.3%	1.83	0.18
<b>Venta de drogas ilegales en el barrio</b>					
Sí existe	2.6%	0.4%	1.5%	30.18	0.00
No existe	1.4%	0.4%	0.9%	11.23	0.00
<b>Consumo de drogas ilegales en el barrio</b>					
Sí existe	2.5%	0.5%	1.5%	35.34	0.00
No existe	1.0%	0.3%	0.6%	5.20	0.02
<b>Percepción de riesgo - Fuma marihuana alguna vez</b>					
Bajo riesgo	4.0%	1.1%	2.8%	11.00	0.00
Alto riesgo	1.7%	0.4%	1.0%	30.33	0.00
<b>Percepción de riesgo - Fuma marihuana frecuentemente</b>					
Bajo riesgo	11.5%	1.6%	7.6%	6.67	0.00
Alto riesgo	1.8%	0.4%	1.1%	35.93	0.00
<b>Acceso a marihuana</b>					
Me sería fácil	5.1%	1.6%	3.8%	19.94	0.00
Me sería difícil	0.4%	0.1%	0.2%	5.03	0.03
<b>Total</b>	<b>2.0%</b>	<b>0.4%</b>	<b>1.2%</b>	<b>40.01</b>	<b>0.00</b>

n= 18,562

## **5.2. Determinación del valor predictivo de factores sociodemográficos, individuales y contextuales según género en el consumo marihuana**

La Tabla 5 muestra los *odds ratios* (OR), intervalos de confianza al 95% y significancia de la asociación no ajustada y ajustada entre las variables psicosociales de interés y el consumo de marihuana en los últimos 12 meses. Como puede observarse, tanto en hombres como en mujeres, la pertenencia en algún nivel educativo y el reporte de venta de drogas ilegales en el barrio no presentaron asociaciones significativas con el consumo de marihuana.

Se observa que los hombres de 30 a 65 años tienen menor riesgo de fumar marihuana en los últimos 12 meses (OR = 0.20; IC 95%: 0.11 – 0.34;  $p < 0.001$ ) respecto a los hombres de 12 a 18 años. En las mujeres se evidencia menor riesgo de consumo de marihuana en los grupos de edad de 19 a 29 años (OR = 0.25; IC 95%: 0.11 – 0.59;  $p < 0.001$ ) y 30 a 65 años (OR = 0.07; IC 95%: 0.03 – 0.18;  $p < 0.001$ ).

El consumo de drogas ilegales en el barrio fue predictor significativo del consumo marihuana en hombres (OR = 1.90; IC 95%: 1.06 – 3.40;  $p < 0.05$ ) pero no en mujeres.

Los hombres que perciben facilidad de acceso a la marihuana tienen diez veces más riesgo de fumar marihuana en los últimos 12 meses que aquellos que perciben un acceso difícil (OR = 10.22; IC 95%: 6.22 – 16.78;  $p < 0.001$ ). Por otro lado, las mujeres que perciben facilidad de acceso a la marihuana tienen ocho veces más riesgo de fumar marihuana (OR = 8.91; IC 95%: 4.00 – 19.82;  $p < 0.001$ ).

Para el caso de la percepción de riesgo sobre el consumo frecuente de marihuana, se evidencia que esta variable es predictora del consumo de marihuana en los últimos 12 meses en hombres, pero no en mujeres. Los hombres que perciben bajo riesgo en el consumo frecuente de marihuana presentan alrededor de 5 veces más riesgo de consumir marihuana que aquellos que presentan alta percepción de riesgo (OR = 4.97; IC 95%: 2.51 – 9.82;  $p < 0.001$ ).

Se identifica que la percepción de riesgo sobre el consumo de marihuana alguna vez se presenta como predictor del consumo de marihuana tanto en hombres (OR = 2.15; IC 95%: 1.41 – 3.27;  $p < 0.001$ ) como en mujeres (OR = 2.65; IC 95%: 1.19 – 5.87;  $p < 0.05$ ). Para ambos géneros se observa que la baja percepción de riesgo del consumo de marihuana alguna vez incrementa dos veces el riesgo de consumir marihuana en los últimos 12 meses.

**Tabla 5**  
**Asociación entre variables sociodemográficas, individuales y contextuales según género con el consumo de marihuana en los últimos 12 meses**

Variables	Hombres		Mujeres	
	OR Crudo (95% IC)	OR Ajustado (95% IC)	OR Crudo (95% IC)	OR Ajustado (95% IC)
<b>Edad</b>				
12 - 18 años	1.00	1.00	1.00	1.00
19 - 29 años	1.49 (0.97 - 2.28)	1.00 (0.62 - 1.6)	0.39 (0.18 - 0.85)	<b>0.25 (0.11 - 0.59)</b>
30 - 65 años	0.25 (0.15 - 0.41)	<b>0.20 (0.11 - 0.34)*</b>	0.08 (0.03 - 0.20)	<b>0.07 (0.03 - 0.18)</b>
<b>Nivel educativo</b>				
Hasta primaria	1.00	1.00	1.00	1.00
Secundaria	2.04 (0.64 - 6.54)	0.99 (0.3 - 3.29)	2.57 (0.34 - 19.56)	1.15 (0.15 - 8.97)
Superior no universitaria	2.00 (0.60 - 6.65)	0.80 (0.23 - 2.83)	3.24 (0.39 - 26.94)	1.99 (0.23 - 17.11)
Superior universitaria	1.91 (0.59 - 6.27)	1.04 (0.3 - 3.58)	6.65 (0.86 - 51.18)	4.47 (0.56 - 35.58)
<b>Venta de drogas ilegales en el barrio</b>				
No existe	1.00	1.00	1.00	1.00
Si existe	1.73 (1.20 - 2.48)	0.96 (0.62 - 1.49)	1.32 (0.65 - 2.65)	0.61 (0.26 - 1.39)
<b>Consumo de drogas ilegales en el barrio</b>				
No existe	1.00	1.00	1.00	1.00
Si existe	2.76 (1.71 - 4.45)	<b>1.90 (1.06 - 3.4)</b>	2.59 (1.00 - 6.72)	2.63 (0.87 - 7.99)
<b>Acceso a marihuana</b>				
Me sería difícil	1.00	1.00	1.00	1.00
Me sería fácil	11.74 (7.28 - 18.95)	<b>10.22 (6.22 - 16.78)</b>	11.63 (5.40 - 25.06)	<b>8.91 (4 - 19.82)</b>
<b>Percepción de riesgo sobre el consumo de marihuana frecuentemente</b>				
Alto riesgo	1.00	1.00	1.00	1.00
Bajo riesgo	7.62 (4.32 - 13.44)	<b>4.97 (2.51 - 9.82)</b>	4.74 (1.13 - 20.00)	2.45 (0.47 - 12.73)
<b>Percepción de riesgo sobre el consumo de marihuana alguna vez</b>				
Alto riesgo	1.00	1.00	1.00	1.00
Bajo riesgo	3.29 (2.28 - 4.76)	<b>2.15 (1.41 - 3.27)</b>	4.07 (1.93 - 8.57)	<b>2.65 (1.19 - 5.87)</b>

**Nota:** Los odds ratios ajustados fueron derivados de un modelo de regresión logística binaria. Los ajustes se hicieron con las variables edad, nivel educativo, venta de drogas ilegales en el barrio, consumo de drogas ilegales en el barrio, acceso a marihuana, percepción de riesgo sobre el consumo de marihuana alguna vez y percepción de riesgo sobre el consumo de marihuana frecuentemente. Los valores resaltados indican significancia estadística.

\* = valores significativos.

## **VI. DISCUSIÓN**

El objetivo principal del estudio se orientó a probar el valor predictivo de variables sociodemográficas (edad y nivel educativo), individuales (percepción de riesgo del consumo alguna vez de marihuana y percepción de riesgo del consumo frecuente de marihuana) y contextuales (venta de drogas ilegales en el barrio, consumo de drogas ilegales en el barrio y acceso a marihuana) según género en la prevalencia anual de consumo de marihuana en la población general de Lima Metropolitana. Asimismo, se efectuaron análisis para determinar diferencias significativas en las prevalencias anuales de consumo de marihuana según género de acuerdo a las variables interés. Los objetivos y análisis realizados ofrecen aportes relevantes al conocimiento sobre la problemática del consumo de marihuana.

Aunque las mayores prevalencias de consumo de marihuana corresponden a la población masculina, debe destacarse que no se presenta una diferencia significativa en la prevalencia anual de consumo marihuana entre hombres y mujeres en el grupo de edad de 12 a 18 años. Se reporta prevalencias de consumo muy cercanas entre ambos géneros. Este hallazgo refuerza la evidencia asociada a la reducción de las brechas de consumo de marihuana entre hombres y mujeres, principalmente entre las generaciones más jóvenes (Anthony, López-Quintero, y Alshaarawy, 2016; Champman et al., 2017).

Un aspecto importante a considerar es la mayor involucración de las mujeres de Lima Metropolitana en el consumo de marihuana (DEVIDA, 2012; DEVIDA 2014). Esto tiene relevantes implicancias clínicas y preventivas, más aún si se considera que se ha identificado la existencia de un “efecto telescopio” en la progresión del consumo de marihuana en la población femenina. Las mujeres experimentarían una rápida progresión hacia la ocurrencia de trastornos por consumo de marihuana (Kerridge et al., 2018; Khan et al., 2013). Tomando en cuenta el limitado acceso al tratamiento para mujeres en Lima Metropolitana, se hace necesario incrementar la cobertura de atención y fortalecer la acción terapéutica para trastornos por consumo de marihuana. En esa línea, es pertinente la implementación de servicios y programas terapéuticos sensibles al género (Sherman, Baker y McRae-Clark, 2016; Sherman, McRae-Clark, Baker, Sonne, Killen, Cloud y Gray, 2017). Desde el lado de la prevención, se requiere ajustar los currículos preventivos incorporando contenidos y estrategias específicas para hombres y mujeres (Novák, Miovský, Vopravil, Gabrhelík, Stastná, y Jurystová, 2013; Vigna-Taglianti, Vadrucci, Faggiano, Burkhart, Siliquini, Galanti, y Eu-DAP Group ,2009).

La diferencia significativa en el consumo de marihuana entre hombres y mujeres puede estar relacionada a las prácticas tradicionales de masculinidad todavía imperantes en Lima Metropolitana donde el consumo de drogas se vincula con valores masculinos asociados al riesgo, valía y fortaleza (Hurtado, 2009; Salazar y Bustamante, 2011). De otro lado, en este contexto de roles tradicionales de género, las mujeres tendrían una menor presencia en los espacios de consumo de drogas,

mayor temor a las consecuencias negativas del consumo de drogas, discreción y mayor autocontrol (Salazar y Bustamante, 2011). Para el caso específico del consumo de marihuana se encontró que las normas que rigen al hombre y la mujer en el uso de esta droga son similares a las normas para el consumo de alcohol. Los hombres pueden consumir marihuana tanto en entornos públicos como privados, mientras que las mujeres consumen marihuana principalmente en entornos privados (Warner, Weber y Albanes, 1999). Estas expresiones de género relacionadas al consumo de drogas nos sugieren la posibilidad de efectos diferenciados en diversos factores de riesgo entre hombres y mujeres.

En esa línea, el análisis multivariado reveló algunas diferencias de género en la identificación de predictores del consumo de marihuana. Se observa que la edad tuvo un efecto protector importante en las mujeres. Terminando la adolescencia las mujeres tienen menos probabilidad de consumir marihuana. En los hombres el efecto protector de la edad ocurrió a partir de los 30 años. Este hallazgo ratifica la evidencia relacionada sobre la disminución del riesgo y consumo de marihuana conforme avanza la edad (Bergen-Cico y Cico, 2017).

De otro lado, el consumo de drogas ilegales en el barrio y la percepción de riesgo sobre el consumo frecuente de marihuana fueron predictores en hombres pero no en mujeres. Esto podría sugerir que las mujeres estarían menos influenciadas por el consumo de marihuana en su contexto barrial y asumen una percepción menos benigna de los impactos negativos del consumo frecuente de marihuana. Ello es



consistente con la evidencia acerca de que las mujeres tienen mayor probabilidad de percibir como de gran riesgo el consumo regular de marihuana (Pacek, Mauro y Martins, 2015). Por otro lado, la percepción de riesgo sobre el consumo de marihuana alguna vez presentó un efecto predictor similar en hombres y mujeres. Este hallazgo contrasta con el estudio de López-Quintero y Neumark (2010) que identificó una mayor magnitud de asociación en el grupo de mujeres. En general, los resultados son consistentes con la evidencia reportada sobre el rol predictor de la baja percepción de riesgo en el consumo de marihuana para ambos géneros y diversos grupos de edad (Apostolidis, Fieulaine, Simonin y Rolland, 2006; Choi, DiNitto, y Marti, 2017; Grevenstein, Nagy y Kroeninger-Jungberle, 2015; Kilmer, Hunt, Lee y Neighbors, 2007; King, Vidourek, y Hoffman, 2012; Leos-Toro et al., 2020; Libuy, Ibañez, y Mundt, 2020; Piontek, Kraus, Bjarnason, Demetrovics, y Ramstedt, 2013; Salloum et al., 2018; Villatoro et al., 2017).

Diversos estudios han dado cuenta sobre la relevancia de la disponibilidad de drogas en la iniciación de su consumo (Coffey et al., 2000; Freisthler, Needell y Gruenewald, 2005), así como la relación entre el acceso percibido y uso real de marihuana (Epstein et al., 2015; Swaim, 2003). En correspondencia a estos hallazgos, el presente estudio identificó que la percepción de fácil acceso a la marihuana presentó un importante efecto predictor tanto en hombres como en mujeres. El hallazgo sobre el importante valor predictivo de la percepción de facilidad de acceso al consumo de marihuana y otras drogas ilegales guarda correspondencia con hallazgos nacionales (Saravia, Gutiérrez y Frech, 2014) e internacionales (Dembo, Farrow, Schmeidler y Burgos, 1979; Duncan, Palamar, y

Williams, 2014; Kázmér, Chomynová y Csémy, 2019; King, Vidourek, y Hoffman, 2012; Knibbe et al., 2005; Keyes et al., 2011; Martins et al., 2016; Warren, Smalley y Barefoot, 2015).

Este resultado tiene implicancias para el análisis de la relación entre el consumo y mercado de drogas ilegales en Lima Metropolitana. En ese sentido, el uso de drogas ilícitas es más probable en las personas que viven en barrios o comunidades donde las drogas ilícitas son fácilmente accesibles (Dembo, Farrow, Schmeidler y Burgos, 1979; Van Etten, Neumark y Anthony, 1997). Este acceso se expresa por la oferta de drogas ilegales a través del microtráfico o redes específicas. Así, por ejemplo, se estima que en Lima Metropolitana y Callao existen alrededor de 1500 puntos de expendio de marihuana, cocaína, pasta básica de cocaína (CEDRO, 2017). No obstante, la venta callejera de marihuana no es la única modalidad de suministro en Lima Metropolitana, manifestándose también una oferta social caracterizada por redes de amistad y confianza, sin implicar la participación en actividades criminales o en organizaciones de narcotráfico (Pastor, 2016). Esto complejiza el contexto de la disponibilidad y acceso de marihuana en Lima Metropolitana puesto que hombres y mujeres pueden acceder a la marihuana en diversos escenarios. Esto rompe la concepción tradicional de restricción o exclusión de las mujeres en la oferta de marihuana.

Entendiendo la naturaleza multifactorial del consumo de marihuana, es pertinente destacar el proceso de interacción de la accesibilidad percibida con predictores

relacionados a la personalidad, familia y grupo de pares. Así, por ejemplo, se sugiere que la impulsividad, la percepción de facilidad de acceso y una menor supervisión de los padres son factores que influyen en la frecuencia de consumo de marihuana en adolescentes. Los adolescentes que reportaron altos niveles de acceso y menor monitoreo parental reportaron mayor uso de marihuana. Este efecto fue amplificado a su vez por la impulsividad (Haas, Zamboanga, Bersamin y Hyke ,2018). Este hallazgo ilustra la complejidad de la interacción entre los factores de riesgo implicados en el consumo de marihuana.

Aunque la marihuana es la droga ilegal más consumida en Lima Metropolitana, la mayor parte de la población general no percibe que sea fácil el acceso a esta sustancia (DEVIDA, 2012, 2014). Entre quienes perciben facilidad de acceso, el consumo de marihuana fue significativamente mayor, encontrándose además que es un importante predictor tanto en hombres como en mujeres. En países con un mayor consumo de marihuana se evidencia una disminución progresiva de la percepción de facilidad de acceso (Salas-Wright, Oh, Goings y Vaughn, 2017) y la percepción de riesgo (Okaneku, Vearrier, McKeever, LaSala y Greenberg, 2015). Aunque no existe un número suficiente de mediciones comparables en Lima Metropolitana para generar reportes de tendencias en estas variables, los resultados sugieren que la percepción de facilidad de acceso y baja percepción de riesgo a la marihuana contribuye a la generación de una vulnerabilidad contextual e individual. Las medidas recientes de regulación del uso medicinal y terapéutico de la marihuana en el Perú ofrecen adicionalmente un contexto sociopolítico que debe ser considerado en las políticas preventivas. De acuerdo a la evidencia generada en

los últimos años, la legalización de la marihuana con fines médicos se asocia en algunos grupos con una disminución de la percepción de riesgo e incremento de la percepción de accesibilidad (Chadi, Weitzman y Levy, 2018; Martins et al., 2016; Wall, Poh, Cerda, Keyes, Galea y Hasin, 2011).

En general, los hallazgos revelan un escenario de riesgo para el consumo de marihuana para ambos géneros de la población general caracterizándose por la percepción de facilidad en el acceso a marihuana y una baja percepción de riesgo. De forma diferencial, el reporte de consumo de drogas en el barrio y la baja percepción de riesgo del consumo frecuente de marihuana fueron predictores significativos solo para el grupo masculino.

Los resultados obtenidos tienen implicaciones para la prevención del consumo de marihuana. Los programas de prevención basados en evidencia se diseñan a partir de una adecuada identificación de factores que se pueden modificar. Se determinó el relevante valor predictivo de factores contextuales e individuales, lo cual podría ser considerado en el diseño e implementación de futuros proyectos prevención en Lima Metropolitana. En este sentido, varias revisiones sugieren que los programas de prevención específicos tienen un impacto positivo en la reducción del consumo de marihuana en el entorno escolar. Asimismo, existe evidencia de una necesidad introducir en estos programas, actividades y estrategias basadas en el modelo de influencia social (Ariza et al.2017; Lize et al.2017; Porath-Waller et al.2010). Estos

programas de prevención promueven el desarrollo de habilidades psicosociales para la no involucración en el consumo de drogas.

Por otro lado, es necesario articular estrategias para reducir la oferta y demanda de drogas en el marco de las políticas de reducción de la disponibilidad de drogas ilícitas (incluyendo marihuana), fortalecer a la comunidad y las familias, mejorar las habilidades de resistencia para afrontar las oportunidades de uso y reducir su disposición a consumir. A nivel de intervención en factores contextuales (por ejemplo, percepción de accesibilidad a drogas ilegales), los programas comunitarios y de prevención ambiental son una opción viable. Estas intervenciones promueven la conformación de organizaciones comunitarias para la prevención del consumo de drogas. Basado en la evaluación factores de riesgo y protección, cada comunidad crea redes para implementar programas en entornos educativos y familiares, además de promover acciones dirigidas a reducir las oportunidades de consumo de drogas y la accesibilidad (Bloomfield y Stock 2013; Feinberg y col. 2010; Furr-Holden y col. 2011; Mejía-Trujillo et al. 2015; Quinlan y col. 2015).

## VII. CONCLUSIONES

Se realizó un análisis secundario procedente de la base de datos del “Estudio sobre Prevención y Consumo de Drogas en la Población General de Lima Metropolitana y el Callao – 2013”. Como resultado del análisis se obtienen las siguientes conclusiones:

- 1) La pertenencia en el grupo de edad de 19 a 29 años y 30 a 65 años se identificó como un factor de protección para el consumo de marihuana en el último año en las mujeres. De otro lado, la pertenencia en el grupo de edad de 30 a 65 años fue un factor de protección para el consumo de marihuana en el último año en los hombres.
- 2) El nivel educativo no fue un predictor del consumo de marihuana en el último año para ambos sexos.
- 3) Tanto en hombres como en mujeres la venta de drogas ilegales en el barrio no fue un predictor significativo del consumo de marihuana en el último año.
- 4) El consumo de drogas en el barrio fue un predictor significativo del consumo de marihuana en el último año en los hombres, pero no en las mujeres.

- 5) La percepción de fácil acceso a la marihuana fue un predictor significativo del consumo de marihuana en el último año tanto en hombres como en mujeres.
- 6) La percepción de riesgo sobre el consumo de marihuana frecuentemente fue un predictor significativo del consumo de marihuana en el último año en hombres, pero no en mujeres.
- 7) Tanto en hombres como en mujeres la percepción de riesgo sobre el consumo de marihuana alguna vez fue un predictor significativo del consumo de marihuana en el último año.
- 8) Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia anual de consumo de marihuana según género de acuerdo al grupo de edad de 19 a 29 años y 30 a 65 años, nivel educativo, venta y consumo de drogas ilegales en el barrio, así como en la percepción de riesgo de consumo alguna vez y frecuente de marihuana.
- 9) No se encontraron diferencias estadísticamente en la prevalencia anual de consumo de marihuana según género en grupo de edad de 12 a 18 años, así como en los niveles educativos hasta primaria y superior universitaria.

## VIII. RECOMENDACIONES

A partir de los hallazgos de la presente investigación, se pueden formular las siguientes recomendaciones

1. Continuar la investigación sobre la problemática del consumo de marihuana considerando la exploración de la influencia de factores predictores de ámbito individual, social, familiar y comunitario.
2. Elaborar escalas multidimensionales sobre percepción de acceso a marihuana y percepción de riesgo permitiendo la mejora de la medición.
3. Ampliar las líneas de investigación en materia de consumo de marihuana proveyendo evidencia científica para el diseño de políticas e intervenciones preventivas.
4. Desarrollar investigaciones referentes al consumo de marihuana en población adulta y adulta mayor. Esto responde a la escasa información disponible y a la necesidad de contar con información nacional sobre magnitudes y características del consumo de marihuana en diversas etapas del ciclo vital.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Anthony, J.C., Lopez-Quintero, C., y Alshaarawy, O. (2016). Cannabis epidemiology: A selective review. *Current Pharmaceutical Design*, 22(42), 6340–6352. doi:10.2174/1381612822666160813214023.
- Argimon, J. y Jiménez, J. (2013). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Barcelona: Elsevier.
- Armitage, C. y Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471-499.
- Arora, K., Qualls, S. H., Bobitt, J., Milavetz, G., y Kaskie, B. (2021). Older cannabis users are not all alike: Lifespan cannabis use patterns. *Journal of Applied Gerontology*, 40(1), 87–94. doi:10.1177/0733464819894922.
- Asbridge, M., Hayden, J., y Cartwright, J. (2012). Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis. *BMJ*, 344:e536 doi: 10.1136/bmj.e536.
- Apostolidis, T., Fieulaine, N., Simonin, L., y Rolland, G. (2006). Cannabis use, time perspective and risk perception: Evidence of moderating effect. *Psychology & Health*, 21(5), 571-592.
- Auer, R., Vittinghoff, E., Yaffe, K., Künzi, A., Kertesz, S., Levine, D., et al. (2016). Association between lifetime marijuana use and cognitive function in middle age: The Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) study. *JAMA Internal Medicine*, 176 (3), 352-361.

- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción: Fundamentos Sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Bergen-Cico, D., y Cico, R. (2017). Age as a predictor of cannabis use. En V. Preedy (Ed.), *The handbook of cannabis and related pathologies: Biology, diagnosis, treatment, and pharmacology* (pp. 43-53). London: Academic Press.
- Bergen-Cico, D., y Lape, M. (2013). Age of first use as a predictor of current alcohol and marijuana use among college-bound adolescents. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 22, 235–253.
- Best, D., Gross, S., Manning, V., Gossop, M., Witton, J., y Strang, J. (2005). Cannabis use in adolescents: the impact of risk and protective factors and social functioning. *Drug and Alcohol Review*, 24, 483 – 488.
- Bloomfield, K., y Stock, C. (2013). Neighborhood structure and alcohol and other drug use: Implications for prevention. En C. Stock y A. Ellaway (Eds.), *Neighborhood structure and health promotion* (pp. 287-303). New York, NY: Springer.
- Borges, G., Bagge, C. y Orozco, R. (2016). A literature review and meta-analyses of cannabis use and suicidality. *Journal of Affective Disorders*, 195, 63-74. doi: 10.1016/j.jad.2016.02.007.
- Botvin, G. (2000). Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. *Addictive Behaviors*, 25(6), 887-897.

- Botvin, G., y Griffin, K.W. (2010). Advances in the science and practice of prevention: Targeting individual-level etiologic factors and the challenge of going to scale. En L.M. Scheier (Ed.), *Handbook of drug use etiology: Theory, methods, and empirical findings* (pp.631-650). Washington DC: American Psychological Association.
- Broman, C. (2016). The availability of substances in adolescence: Influences in emerging adulthood. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 25(5), 487-495.
- Brook, J., Lee, J., Finch, S., Seltzer, N., Brook, D. (2013). Adult work commitment, financial stability, and social environment as related to trajectories of marijuana use beginning in adolescence. *Substance Abuse*, 34,298–305.
- Brook, J., Zhang, Ch., y Brook, D. (2011). Developmental trajectories of marijuana use from adolescence to adulthood. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 165(1), 55-60.
- Buckner, J.D. (2013). College cannabis use: The unique roles of social norms, motives, and expectancies. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 4(5),720-726.
- Buckner, J.D., Schmidt, N.B., Lang, A.R., Small, J.W., Schlauch, R.C., y Lewinsohn, P.M. (2008). Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 230-239.

- Budney, A. y Borodovsky, J. (2017). The potential impact of cannabis legalization on the development of cannabis use disorders. *Prevention Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.06.034>
- Bueno, L., Guerrero, J., Pedrajas, R. y Tam, E. (2015). Prevalencia de consumo de marihuana en estudiantes de secundaria de instituciones educativas estatales de Ventanilla. *Revista Enfermería Herediana*, 8(1), 17-23.
- Burdzovic-Andreas, J. y Brettele- Jensen, A. (2017). Ready, willing, and able: The role of cannabis use opportunities in understanding adolescent cannabis use. *Addiction*. doi: 10.1111/add.13901.
- Burdzovic Andreas J., Pape H., Bretteville-Jensen A.L. (2016) Who are the adolescents saying "No" to cannabis offers. *Drug and Alcohol Dependence*, 163, 64-70.
- Buu, A., Dabrowska, A., Heinze, J., Hsieh, H., y Zimmerman, M. (2015). Gender differences in the developmental trajectories of multiple substance use and the effect of nicotine and marijuana use on heavy drinking in a high-risk sample. *Addictive Behaviors*, 50, 6-12.
- Cabanillas-Rojas, W. (2012). Factores de riesgo/protección y los programas preventivos en drogodependencias en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29 (1), 104-111.
- Calabria, B., Degenhardt, L., Hall, W. y Lynskey, M. (2010). Does cannabis use increase the risk of death? Systematic review of epidemiological evidence on adverse effects of cannabis use. *Drug and Alcohol Review*, 29, 318–330. DOI: 10.1111/j.1465-3362.2009.00149.x.
- Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas- CEDRO (2017). *El problema de las drogas en el Perú 2017*. Lima: CEDRO.

- Cerda, M., Wall, M., Keyes, K.M., Galea, S., y Hasin, D. (2012). Medical marijuana laws in 50 states: investigating the relationship between state legalization of medical marijuana and marijuana use, abuse and dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 120, 22-27.
- Chadi, N., Weitzman, E., y Levy, S., (2018). Understanding the impact of national and state medical marijuana policies on adolescents. *Current Addiction Reports*, 5(2), 93-101.
- Chapman, C., Slade, T., Swift, W., Keyes, K., Tonks, Z., y Teeson, M. (2017). Evidence for sex convergence in prevalence of cannabis use: A systematic review and meta-regression. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 78(3), 344-352.
- Chen, P. y Jacobson, K. (2012). Developmental trajectories of substance use from early adolescence to young adulthood: Gender and racial/ethnic differences. *Journal of Adolescence Health*, 50(2), 154–163. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.05.013.
- Cheung, J., Mann, R., Ialomiteanu, A., Stoduto, G., Chan, V., Ala-Leppilampi, K. y Rehm, J. (2010). Anxiety and Mood Disorders and Cannabis Use. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36,118–122. doi: 10.3109/00952991003713784.
- Choi, N., DiNitto, D. y Marti, N. (2016). Older marijuana users: Life stressors and perceived social support. *Drug and Alcohol Dependence*,169,56–63. doi: 10.1016/j.drugaldep.2016.10.012.
- Choi, N., DiNitto, D., & Marti, N. (2017). Older marijuana users' marijuana risk perceptions: associations with marijuana use patterns and marijuana and other

substance use disorders. *International Psychogeriatrics*, 30(9), 1311–1322.  
doi:10.1017/S1041610217002794.

Coffey, C., Lynskey, M., Wolfe, R., y Patton, G. (2000). Initiation and progression of cannabis use in a population-based Australian adolescent longitudinal study. *Addiction*, 95(11), 1679–1690.

Comunidad Andina, Proyecto Pradican, Unión Europea, DEVIDA (2013). II *Estudio epidemiológico andino sobre consume de drogas en la población universitaria. Informe Perú, 2012*. Lima: Autor.

Compton, W.M., Grant, B.F., Colliver, J.D., Glantz, M.D., y Stinson, F.S. (2004). Prevalence of marijuana use disorders in the United States: 1991–1992 and 2001–2002. *JAMA*, 17, 2114–2121.

Compton, W.M., Thomas, Y.F., Conway, K.P., y Colliver, J.D. (2005). Developments in the epidemiology of drug use and drug use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1494- 1502.

Conner, M. y McMillan, B. (1999). Interaction effects in the theory of planned behaviour: Studying cannabis use. *British Journal of Social Psychology*, 38(2), 195-222.

Connor, J., Gullo, M., Feeney, G., Kavanagh, D., y Young, R. (2014). The relationship between cannabis outcome expectancies and cannabis refusal self-efficacy in treatment population. *Addiction*, 109(1), 111-119.

Crean, R., Crane, N., y Mason, B. (2011). An evidence based review of acute and long-term effects of cannabis use on executive cognitive functions. *Journal of Addiction Medicine*, 5(1), 1-8.

- Danovitch, I. y Gorelick, D. (2010). State of the art treatments for cannabis dependence. *Psychiatric Clinics of North America*, 35, 309–326. doi:10.1016/j.psc.2012.03.0.
- Dembo, R., Farrow, D., Shmeidler, J., y Burgos, W. (1979). Testing a causal model of environmental influences on the early drug involvement of inner city junior high school youths. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 6(3), 313-336.
- DEVIDA (2007). *III Encuesta nacional de consumo de drogas en población general de Perú-2006*. Lima: Autor.
- DEVIDA (2012). *IV Encuesta nacional de consumo de drogas en población general de Perú-2010*. Lima: Autor.
- DEVIDA (2012). *IV Encuesta nacional de consumo de drogas en población general de Perú-2010*. Lima Metropolitana. Lima: Autor.
- DEVIDA (2013). *IV Estudio nacional: Prevención y consumo de drogas de secundaria 2012*. Lima: Autor.
- DEVIDA (2014). *I Estudio sobre prevención y consumo de drogas en la población general de Lima Metropolitana y Callao – 2013*. Lima: Autor.
- DEVIDA (2016). *Agenda nacional de investigación para la lucha contra las drogas*. Lima: Autor.
- DEVIDA (2019). *Estudio nacional sobre prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2017*. Lima: Autor.
- DiClemente, C., y Hughes, S.O. (1990). Stages of change profiles in outpatient treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2(2), 217-235.

- DiClemente, C., Fairhurst, S., y Piotrowski, N. (1995). The role of self-efficacy in the addictive behaviors. En J. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, Adaptation and adjustment: Theory, research and application* (pp. 109-122). New York: Plenum Press.
- Donovan, J.E. (1996). Problem-behavior theory and the explanation of adolescent marijuana use. *Journal of Drug Issues*, 26 (2), 379-404.
- Duncan, D., Palamar, J., y Williams, J. (2014). Perceived neighborhood illicit drug selling, peer illicit drug disapproval and illicit drug use among U.S. high school seniors. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 9:35. doi:10.1186/1747-597X-9-35.
- Ellickson, P., Bui, K., Bell, R., y McGuigan, K. (1998). Does early drug use increase the risk of dropping out of high school? *Journal of Drug Issues*, 28(2),357–380.
- Ellickson, P.L., Martino, S.C., y Collins, R.L. (2004). Marijuana use from adolescence to young adulthood: Multiple developmental trajectories and their associated outcomes. *Health Psychology*, 23, 299- 307.
- Epstein, M., Hill, K. G., Nevell, A. M., Guttmanova, K., Bailey, J. A., Abbott, R. D., et al. (2015). Trajectories of marijuana use from adolescence into adulthood: Environmental and individual correlates. *Developmental Psychology*, 51(11), 1650. doi:10.1037/dev0000054.
- Espelt, A., Dell Olmo, M., Penelo, E., y Bosque-Prous, M. (2016). Estimación de la razón de prevalencia con distintos modelos de regresión: Ejemplo de un estudio internacional en investigación de las adicciones. *Adicciones*, 29(2), 105-112.



- Fergusson, D., y Boden, J. (2008). Cannabis use and later life outcomes. *Addiction*, 103(6), 969–976.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J., y Beautrais, A.L., (2003). Cannabis and educational achievement. *Addiction*, 98, 1681-1692.
- Freisthler, B., Needell, B., & Gruenewald, P. (2005). Is the physical availability of alcohol and illicit drugs related to neighborhood rates of child maltreatment? *Child Abuse & Neglect*, 29, 1049-1060.
- Fiestas, F., Ponce, J., Gallo, C., Bustamante, I., Ordoñez, C., y Mazzotti, G. (2011). Factores predictores de uso problemático de alcohol en personas atendidas en una sala de emergencia. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 28(1), 54-61.
- Fiestas, F., Radovanovic, M., Martins, S., Medina-Mora, M., Posada-Villa, J. y Anthony, J. (2010). Cross-national differences in clinically significant cannabis problems: epidemiologic evidence from 'cannabis-only' smokers in the United States, Mexico, and Colombia. *BMC Public Health*, 10:152 doi: 10.1186/1471-2458-10-152.
- Freisthler, B., Needell, B., & Gruenewald, P. (2005). Is the physical availability of alcohol and illicit drugs related to neighborhood rates of child maltreatment? *Child Abuse & Neglect*, 29, 1049-1060.
- Furr-Holden, C.D., Lee, M.H., Milam, A.J., Johnson, R.M., Lee, K.S., y Ialongo, N.S., (2011). The growth of neighborhood disorder and marijuana use among urban adolescents: a case for policy and environmental interventions. *Journal of Study on Alcohol and Drugs*, 72, 371-379.

- Gaete, J., y Araya, R. (2017). Individual and contextual factors associated with tobacco, alcohol, and cannabis use among Chilean adolescents: A multilevel study. *Journal of Adolescence*, 56, 166-178. doi: 10.1016/j.adolescence.2017.02.011
- García del Castillo, J. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Salud y Drogas*, 12 (2), 133-151.
- García-Moya, I., Ortiz-Barón, M.J. y Moreno, C. (2017). Emotional and psychosocial factors associated with drunkenness and the use of tobacco and cannabis in adolescence: Independent or interactive effects? *Substance Use & Misuse*, 52(8), 1039-1050. doi: 10.1080/10826084.2016.1271431.
- Gillespie, N., Neale, M.C., y Kendler, K.S. (2009). Pathways to cannabis abuse: a multi-stage model from cannabis availability, cannabis initiation and progression to abuse. *Addiction*, 104(3), 430-438. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02456.x.
- Grevenstein, D., Nagy, E., y Kroeninger-Jungaberle, H. (2015). Development of risk perception and substance use tobacco, alcohol, and cannabis among adolescents and emerging adults: Evidence of directional influences. *Substance use & Misuse*, 50(3):376-86. doi: 10.3109/10826084.2014.984847.
- Griffin, K., Botvin, G. y Nichols, T. (2002). Factors associated with regular marijuana use among high school students: a long-term follow-up study. *Substance Use & Misuse*, 37(2), 225-238.
- Grunbaum, J.A., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Lowry, R., ...y Collins, J. (2004). Youth risk behavior surveillance—United States, 2003. *MMWR. Surveillance Summaries*.53(2),1–96.

- Gutiérrez, C., Contreras, H., Trujillo, D., Haro, E., y Ramos-Castillo, J. (2009). Drogas ilegales en escolares de Lima y Callao: factores familiares asociados a su consumo. *Anales de la Facultad de Medicina*, 70(4),247-254.
- Guxens, M., Nebot, M. y Ariza, C. (2007). Age and sex differences in factors associated with the onset of cannabis use: a cohort study. *Drug and Alcohol Dependence*, 88,234–243.
- Haas, A., Zamboanga, B., Bersamin, M., y Hyke, T. (2018). Perceived Access and parental monitoring as moderators of impulsivity and marijuana use among adolescents. *The Journal of Primary Prevention*, 39(2), 155-169. doi: 10.1007/s10935-018-0503-1.
- Hall, W. y Degenhardt, L. (2007). Prevalence and correlates of cannabis use in developed and developing countries. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 393-397.
- Hall, W.,Renstrom, M. y Poznyak, V. (2016). *The health and social effects of nonmedical cannabis use*. Geneva: World Health Organization.
- Han, B. H., y Palamar, J. J. (2018). Marijuana use by middle-aged and older adults in the United States, 2015-2016. *Drug and Alcohol Dependence*, 191, 374–381. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2018.07.006.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., y Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105.
- Hecimovic, K., Barrett, S., Darredeau, C. y Stewart, S. (2014). Cannabis use motives and personality risk factors. *Addictive Behaviors*, 39, 729–732.

- Hernández Ávila, M. (2007). *Epidemiología: Diseño y análisis de estudios*. México, D.F.: Editorial Médica Panamericana.
- Hines, L.A., Morley, K., Strang, J., Agrawal, A., Nelson, E., Statham, D., Martin, N. y Lynskey, M. (2016). Onset of opportunity to use cannabis and progression from opportunity to dependence: Are influences consistent across transitions? *Drug Alcohol Dependence*, 160, 57-64. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.12.032.
- Hoorwood, L., Fergusson, D., Hayatbakhsh, M., Najman, J., Coffey, C., Patton, G., y Hutchinson, D. (2010). Cannabis use and educational achievement: findings from three Australasian cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 110(3), 247-253.
- Hurtado, R. (2009). *Caracol de piedra. Fragilidad vs. Fortaleza: Aproximaciones al doble discurso de los hombres en Lima Metropolitana*. Lima: Talleres del Instituto de Paternidad Responsable-INPPARES.
- Hyshka, E. (2013). Applying a social determinants of health perspective to early adolescent cannabis use – An overview. *Drugs: education, prevention and policy*, 20(2), 110–119. doi: 10.3109/09687637.2012.752434.
- Ito, T., Henry, E., Cordova, K., y Bryan, A. (2015). Testing an Expanded Theory of Planned Behavior Model to explain marijuana use among emerging adults in a promarijuana community. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(3), 576-589.
- Jalling, C., Elgán, T.H., Tengström y Birgegård, A. (2017). Gender-specific predictors of at-risk adolescents' hazardous alcohol use—a cohort study. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 12:23.

- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.
- Jessor, R. (2014). Problem behavior theory: A half-century of research on adolescent behavior and development. En R.M. Lerner, A.C. Petersen, R.K. Silbereisen y J. Brooks-Gunn (Eds.), *The developmental science of adolescence: History through autobiography* (pp. 239-256). New York: Psychology Press.
- Johnston, L., O'Malley, P., Bachman, J., y Schulenberg, J. (2005). *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2004: Volume I, Secondary school students*. Bethesda,MD: National Institute on Drug Abuse.
- Kadden, R., y Litt, M. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 36(12), 1120-1126.
- Kandel, D.B., y Chen, K. (2000). Types of marijuana users by longitudinal course. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 367-378.
- Kázmér, L., Chomynová, P., y Csémy, L. (2019). What Affects What? Perceived Cannabis Availability and Its Use Among Czech Urban Youth—A Multilevel Sociogeographic Analysis. *SAGE Open*. doi:10.1177/2158244019846696.
- Keethakumar, A., Mehra, V.M., Khanlou, N., y Tamim, H. (2021). Cannabis use and patterns among middle and older aged Canadians prior to legalization: A sex-specific analysis of the Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey. *BMC Public Health* ,21, 26. doi: 10.1186/s12889-020-10074-z.
- Kerridge, B., Pickering, R., Chou, P., Saha, T., y Hasin, D. (2018). DSM-5 cannabis use disorder in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III: Gender-specific profile. *Addictive Behaviors*, 76, 52-60.

- Ketcherside, A. y Filbey, F. (2015). Mediating processes between stress and problematic marijuana use. *Addictive Behaviors*, 45,113-118. doi: 10.1016/j.addbeh.2015.01.015.
- Keyes, K., Schulenberg, J., O'Malley, P., Johnston, L., Bachman, J., Li, G., y Hasin, D. (2011). The social norms of birth cohorts and adolescent marijuana use in the United States, 1976-2007. *Addiction*, 106(10), 1790-1800. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03485.x.
- Khan, S., Secades-Villa, R., Okuda, M., Wang, S., Pérez-Fuentes, G., Kerridge, B., y Blanco, C. (2013). Gender differences in cannabis use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 130(1-3), 101–108. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.10.015.
- Kilmer, J., Hunt, S., Lee, C., y Neighbors (2007). Marijuana use, risk perception, and consequences: is perceived risk congruent with reality? *Addictive Behaviors*, 32(12), 3026-3033. doi: 10.1016/j.addbeh.2007.07.009
- King, K., Vodourek, R., y Hoffman, A. (2012). Sex and grade level differences in marijuana use among youth. *Journal of Drug Education*, 42(3), 361-377. doi:10.2190/DE.42.3.g.
- Knibbe, R., Joosten, J., Derickx, M., Choquet, M., Morin, D., Monshouwer, K., y Vollebergh, W. (2005). Perceived availability of substances, substance use and substance-related problems: a cross national study among French and Dutch adolescents. *Journal of Substance Use*, 10(2–3), 151–163.

- Kokkevi, A., Gabhainn, S. N., y Spyropoulou, M. (2006). Early initiation of Cannabis use: a cross-national European perspective. *Journal of Adolescent Health, 39*(5), 712–719.
- Korn, L. y Bonny-Noach, H. (2017). Gender differences in deviance and health risk behaviors among young-adults undergraduate students. *Substance Use & Misuse, 53*(1), 59–69. doi: 10.1080/10826084.2017.1323924
- Kosterman, R., Hawkins, D., Guo, J., Catalano, R. E., y Abbott, R. D.(2000). The dynamics of alcohol and marijuana initiation: patterns and predictors of first use in adolescence. *American Journal of Public Health, 90*(3), 360–366.
- Kosty, D.B., Seeley, J.R., Farmer, R.F., Stevens, J.J. y Lewinsohn, P.M. (2017). Trajectories of cannabis use disorder: risk factors, clinical characteristics and outcomes. *Addiction, 112*(2), 279-287. doi: 10.1111/add.13557.
- Leos-Toro, C., Fong, G.T., Meyer, S.B., y Hammond, D. (2020). Cannabis health knowledge and risk perceptions among Canadian youth and young adults. *Harm Reduction Journal, 17*, 54. doi:10.1186/s12954-020-00397-w.
- Libuy, N., Ibáñez, C., y Mundt, A. P. (2020). Factors related to an increase of cannabis use among adolescents in Chile: National school-based surveys between 2003 and 2017. *Addictive Behaviors Reports, 11*, 100260. doi: 10.1016/j.abrep.2020.100260.
- Lopez-Quintero, C., y Neumark, Y. (2010). Effects on risk perception of marijuana use on marijuana use and intentions to use among adolescents in Bogotá, Colombia. *Drug and Alcohol Dependence, 109*(1-3), 65-72.
- López-Torrecillas, F., Salvador, M., Verdejo, A., y Cobo, P. (2002). Autoeficacia y consumo de drogas: Una revisión. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense, 2*(1), 33-51.

- Lynskey, M., y Hall, W. (2000). The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: A review. *Addiction*, 95, 1621-1630.
- Lynskey, M.T., Health, A.C., Bucholz, K.K., Slutske, W.S., Madden, P.A., Nelson, E.C., Statham, D.J., y Martin, N.G. (2003). Escalation of drug use in early onset cannabis users vs co-twin controls. *JAMA*, 289, 427-433.
- Malmberg, M., Overbeek, G., Vermulst, A., Monshouwer, K., Volleberghd, W. y Engels, R. (2012). The theory of planned behavior: Precursors of marijuana use in early adolescence? *Drug and Alcohol Dependence*, 123, 22–28.
- Marcoux, B. y Shope, J. (1997). Application of the theory of planned behavior to adolescent use and misuse of alcohol. *Health Education Research*, 12, 323-331.
- Marlatt, A., Baer, J., y Quigley, A. (1995). Self-efficacy and addictive behavior. En A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 289-316). New York: Cambridge University Press.
- Martins, S., Mauro, C., Santaella-Tenorio, J., Kim, J., Cerda, M., Keyes, K., Hasin, D., Galea, S., y Wall, M. (2016). State-level medical marijuana laws, marijuana use and perceived availability of marijuana among the general U.S. population. *Drug and Alcohol Dependence*, 169, 26-32.
- Meier, M., Caspi, A., Ambler, A., Harrington, H., Houts, R., Keefe, R., et al. (2012). Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109(40),E2657–64.



- McCaffrey, D., Pacula, R., Han, B., y Ellickson, P. (2010). Marijuana use and high school dropout: The influence of unobservables. *Health Economics*, 19, 1281-1299. doi: 10.1002/hec.1561.
- McGee, R., Willimas, S., Poulton, R., y Moffitt, T. (2000). A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early. *Addiction*, 95(4), 491-503.
- McMillan, B. y Conner, M. (2003). Applying an extended version of the Theory of Planned Behavior to illicit drug use among students. *Journal of Applied Social Psychology*, 33(8), 1662-1683.
- Novák, P., Miovský, M., Vopravil, J., Gabrhelík, R., Stastná, L., y Jurystová, L. (2013). Gender-specific effectiveness on the Unplugged prevention intervention in reducing substance use among Czech adolescents. *Czech Sociological Review*, 49(6),903-925.
- Okaneku, J., Vearier, D., McKeever, R., LaSala, G., y Greenberg, M. (2015). Change in perceived risk associated with marijuana use in the United States from 2012 to 2012. *Clinical Toxicology*, 53(3), 151-155.
- Olivar-Arroyo, Á. y Carrero-Berzal, V. (2007). Análisis de la intención conductual de consumir cannabis en adolescentes: desarrollo de un instrumento de medida basado en la teoría de la conducta planificada. *Trastornos Adictivos*, 9(3),184-205.
- Olsson, C., Coffey, C., Toumbourou, J., Bond, L., Thomas, L. y Patton, G. (2003). Family risk factors for cannabis use: a population-based survey of Australian secondary school students. *Drug Alcohol Review*,22(2),143-52.

- Pacek, L., Mauro, P., y Martins, S. (2015). Perceived risk of regular cannabis use in the United States from 2002 to 2012: Differences by sex, age, and race/ethnicity. *Drug and Alcohol Dependence*, 149, 232-244.
- Pastor, A. (2016). El riesgo de ser un dealer: El involucramiento de jóvenes universitarios en el microcomercio de marihuana en Lima Metropolitana. *Debates en Sociología*, 43, 63-92.
- Patton, G., Coffey, C., Lynskey, M., Reid, S., Hemphill, S., Carlin, J., y Hall, W. (2007). Trajectories of adolescent alcohol and cannabis use into young adulthood. *Addiction*, 102(4), 607-615.
- Piontek, D., Kraus, L., Bjarnason, T., Demetrovics, Z., y Ramstedt, M. (2013). Individual and country-level effects of cannabis-related perceptions on cannabis use. A multilevel study among adolescents in 32 European countries. *Journal of Adolescent Health*, 52(4), 473-479. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.07.010
- Pope, H., Gruber, A., Hudson, J., Cohane, G., Huestis, M. y Yurgelun-Todd, D. (2011). Early-onset cannabis use and cognitive deficits: what is the nature of the association? *Drug and Alcohol Dependence*, 69, 303-310.
- Power, E., Sabherwal, S., Healy, C., O' Neill, A., Cotter, D., y Cannon, M. (2021). Intelligence quotient decline following frequent or dependent cannabis use in youth: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 51(2), 194–200. doi: 10.1017/S0033291720005036.
- Quinlan, K., Valenti, M., Barovier, L., Rots, G., y Harding, W. (2015). Community-based environmental strategies to prevent the non-medical use of marijuana: A review of the literature. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 22(4), 316-333.

- Richmond-Rakerd, L.S., Slutske, W.S., Lynskey, M.T., Agrawal, A., Madden P.A., Bucholz, K., Heath, A.C., Statham, D.J. y Martin, N.G. (2016). Age at first use and later substance use disorder: Shared genetic and environmental pathways for nicotine, alcohol, and cannabis. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(7), 946-959. doi: 10.1037/abn0000191.
- Richter, L., Pugh, B.S., y Ball, S.A. (2017). Assessing the risk of marijuana use disorder among adolescents and adults who use marijuana. *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 43(3), 247-260. doi: 10.3109/00952990.2016.1164711.
- Saiz, J. (2009). Estudio empírico de las variables de la Teoría de la Conducta Planificada como factores de riesgo para el consumo de cocaína en tres grupos diferentes. *Adicciones*, 21 (3), 187-194.
- Salas-Wright, C., Oh, S., Goings, T., y Vaughn, M. (2017). Trends in perceived access to marijuana among adolescents in the United States: 2002-2015. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 78(5), 771-780.
- Salazar, F., y Bustamante, I. (2011). *Percepciones sociales sobre drogas en Lima*. Lima: FAD.
- Salloum, N. C., Krauss, M. J., Agrawal, A., Bierut, L. J., y Gruzca, R. A. (2018). A reciprocal effects analysis of cannabis use and perceptions of risk. *Addiction*, 113(6), 1077–1085. doi:10.1111/add.14174.
- Saravia, J., Gutiérrez, C., y Frech, H. (2014). Factores asociados al inicio de consumo de drogas ilícitas en adolescentes de educación secundaria. *Revista Peruana de Epidemiología*, 18(1), 1-7.

- Schiaffino, A., Rodriguez, M., Pasarin, M., Regidor, E., Borrell, C., y Fernández, E. (2003). ¿Odds ratio o razón de proporciones? Su utilización en estudios transversales. *Gaceta Sanitaria*, 17 (1), 70-74.
- Schuermeyer, J., Salomonsen-Sautel, S., Price, R.K., Balan, S., Thurstone, C., Min, S.J., y Sakai, J.T. (2014). Temporal trends in marijuana attitudes, availability, and use in Colorado compared to non-medical marijuana states: 2003-11. *Drug and Alcohol Dependence*, 140, 145-155.
- Secades-Villa, R., Garcia-Rodríguez, O., Jin, Ch., Wang, S. y Blanco, C. (2015). Probability and predictors of the cannabis gateway effect: A national study. *International Journal of Drug Policy*, 26,135–142.
- Sherman, B., Baker, N., y McRae-Clark, A. (2016). Gender differences in cannabis use disorder treatment: Change readiness and taking steps predict worse cannabis outcomes for women. *Addictive Behaviors*, 60, 197-202. doi: 10.1016/j.addbeh.2016.04.014.
- Sherman, B., McRae-Clark, A., Baker, N., Sonne, S., Killen, T., Cloud, K., y Gray, K. (2017). Gender differences among treatment-seeking adults with cannabis use disorder: Clinical profiles of women and men enrolled in the achieving cannabis cessation-evaluating N-acetylcysteine treatment (ACCENT) study. *The American Journal on Addictions*, 26 (2), 136-144. doi: 10.1111/ajad.12503.
- Swaim, R. C. (2003). Individual and school level effects of perceived harm, perceived availability, and community size on marijuana use among 12th-grade students: A random effects model. *Prevention Science*, 4, 89–98. doi:10.1023/A:1022922231605.
- Szklo, M. y Nieto, J. (2003). *Epidemiología intermedia*. Madrid: Díaz de Santos.

- Stone, A.L., Becker, L.G., Huber, A.M., y Catalano, R.F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problema use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 37(7), 747-775.
- Topa, G. y Moriano, J. (2010). Theory of planned behavior and smoking: Meta-analysis and SEM model. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 1, 23-33.
- Tucker, J.S., Pollard, M.S., de la Haye, K., Kennedy, D.P., y Green, H.D., Jr., (2013). Neighborhood characteristics and the initiation of marijuana use and binge drinking. *Drug and Alcohol Dependence*, 128, 83–89.
- Unión Europea – Comunidad Andina (2009). *Estudio epidemiológico andino sobre el consumo de drogas sintéticas en la población universitaria. Informe Perú, 2009*. Lima: UE-CA.
- Unión Europea, UNODC, Predem, DEVIDA (2017). III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria de Perú, 2016. Lima: Autor.
- United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC (2020). *World drug report 2020*. Vienna: UNODC.
- Van Etten, M., Neumark, Y., y Anthony, J. (1997). Initial opportunity to use marijuana and the transition to first use: United States, 1979-1994. *Drug and Alcohol Dependence*, 49(1), 1-7.
- Vigna-Taglianti, F., Vadrucci, S., Faggiano, F., Burkhart, G., Siliquini, R., Galanti, M., y Eu-DAP Group (2009). Is universal prevention against youths substance misuse really universal? Gender-specific effects in the EU-Dap school-based prevention trial. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(9), 722-728.

- Villatoro, J., Bustos, M., Fregoso, D., Fleiz, C., Gutierrez, M., Amador, N., y Medina-Mora, M. (2017). Contextual factors associated with marijuana use in school population. *Salud Mental*, 40 (3), 93-101. doi:10.17711/SM.0185-3325.2017.012.
- Volkow, N., Swanson, J., Evins, E., DeLisi, L., Meier, M., Gonzalez, R., Bloomfield, M., Curran, V. y Baler, R. (2016). Effects of cannabis use on human behavior, including cognition, motivation, and psychosis: A review. *JAMA Psychiatry*. 73(3), 292-297. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.3278.
- Wall, M.M., Poh, E., Cerdá, M., Keyes, K.M., Galea, S., y Hasin, D.S. (2011). Adolescent marijuana use from 2002 to 2008: higher in states with medical marijuana laws, cause still unclear. *Annals of Epidemiology*. 21, 714-716.
- Walsh, Z., Gonzalez, R., Crosby, K., Thiessen, M., Carroll, C. y Bonn-Miller, M. (2017). Medical cannabis and mental health: A guided systematic review. *Clinical Psychology Review*, 51,15–29.
- Walshburn, I., y Capaldi, D. (2015). Heterogeneity in men's marijuana use in the 20s: adolescent antecedents and consequences in the 30s. *Development and Psychopathology*, 1-13.
- Warner, J., Weber, T., y Albanes, R. (1999). Girls are retarded when they're stoned. Marijuana and the construction of gender roles among adolescent females. *Sex Roles*, 40(1-2), 25-43.
- Warren, J., Smalley, K., y Barefoot, K. (2015). Perceived ease of access to alcohol, tobacco, and other substances in rural and urban US students. *Rural Remote Health*, 15(4), 3397.

Weiss, S., Howlett, K. y Baler, R. (2017). Building smart cannabis policy from the science up. *International Journal of Drug Policy*,42,39-49. doi: 10.1016/j.drugpo.2017.01.007

Windle, M., y Wiesner, M. (2004). Trajectories of marijuana use from adolescence to young adulthood: Predictors and outcomes. *Development & Psychopathology*, 16, 1007- 1027.

Wittchen, H.U., Frölich, C., Behrendt, S., Günther, A., Rehm, J., Zimmerman, P., Lieb, R., y Perkonigg, A. (2007). Cannabis use disorders and their relationship to mental disorders: a 10-year prospective-longitudinal community study in adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 88 Supp. 1, S60-S70.

## CUESTIONARIO

Buenos días: soy encuestador de Premium Data (**MOSTRAR CREDENCIAL**) y por encargo de Ipsos Perú hoy estamos haciendo la I Encuesta de Consumo de Drogas de Lima Metropolitana y Callao 2013. En total, estamos haciendo más de 20,000 encuestas en todos los distritos de Lima Metropolitana y su vivienda ha sido seleccionada para participar. La información que nos brinde será de suma importancia para conocer su opinión acerca de la realidad de este importante tema en nuestra ciudad. Muchas gracias.

**NOTA AL ENCUESTADOR:** para el caso de los menores de 18 años, la encuesta se realiza SOLO en el caso de que el padre, madre o encargado del menor de su consentimiento, en caso contrario agradecer y terminar. El mayor debe responder las preguntas de clasificación de nivel socioeconómico del cuestionario (penúltima sección).

Pedir autorización al padre / madre / encargado del menor: **1. Sí (continuar)**                      **2. No (Terminar)**

### RESULTADO DEL CONTACTO

Vivienda 1			Vivienda 2			Vivienda 3			Vivienda 4			Vivienda 5			Vivienda 6		
Visitas	Resultado		Visitas	Resultado		Visitas	Resultado		Visitas	Resultado		Visitas	Resultado		Visitas	Resultado	
1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3

### I. DATOS DE UBICACIÓN DE LA VIVIENDA SELECCIONADA Y DEL N° MIEMBROS DEL HOGAR

1. Ubigeo				2. Conglomerado				3. Manzana				4. Vivienda (Nro. de calle)			

### II. SELECCIÓN DEL INFORMANTE

- Liste a todas las personas (entre 12 y 65 años) que vivan en el hogar permanentemente, independientemente de que se encuentren presentes o no. Comience por el mayor y siga completando la lista hasta el menor. Anote el género y la edad de cada persona junto a su nombre.
- Vea la letra al inicio del cuestionario y ubíquela en la tabla Kish que se encuentra abajo de estas notas.
- Baje por la columna debajo de esa letra hasta la fila correspondiente al último miembro del hogar listado. El número que se encuentre en la celdilla a la que usted ha llegado identifica a la persona que deberá entrevistar.
- Vaya a la lista de miembros del hogar y ubique a la persona identificada con el número que ha salido sorteado. Pida hablar con esa persona.
- Si la persona no se encuentra en la primera visita, se deben realizar 2 intentos más (con varias horas de diferencia) para encontrarlo y hacerle la encuesta. Los intentos deben ser en el mismo día, por lo menos uno de ellos después de las 6 de la tarde. Luego de los tres intentos fallidos por hablar con esa persona, podrá sustituir el hogar de acuerdo a las indicaciones en su hoja de ruta.

#### Relación de personas de 12 a 65 años que han residido habitualmente en la vivienda en los últimos 30 días

Nombres de Pila	N° Orden*	Sexo		Edad	Sor-teado	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
		H	M																				
	1					1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	2					1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	3					1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3
	4					1	1	1	2	2	1	2	2	2	3	3	3	4	3	3	4	4	4
	5					1	1	1	2	2	3	2	2	3	3	4	4	3	4	4	5	5	5
	6					1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4	5	5	5	6	5	6
	7					1	1	2	1	2	3	4	3	4	4	5	4	5	6	7	6	7	7
	8					1	1	2	2	3	4	4	3	4	5	6	5	5	6	7	7	8	8
	9					1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	7	7	8	8	9	9
	10					1	1	2	2	3	3	4	5	4	6	7	6	8	8	9	9	10	10
	11					1	2	3	4	2	4	5	5	6	6	7	7	8	10	8	9	10	11
	12					1	2	3	4	2	4	5	6	5	7	8	7	9	10	9	11	10	12

\*Nota: Enumerar empezando por el de mayor edad hasta el de menor en edad. No considerar a las personas que trabajan en la vivienda.

Número de miembros del hogar de acuerdo a la tabla Kish (ANOTAR): \_\_\_\_\_ miembros en el hogar



**DATOS PERSONALES DEL INFORMANTE SELECCIONADO**

1. ¿Cuál es su edad exacta? (ANOTAR): \_\_\_\_\_

2. Sexo (MARCAR POR OBSERVACIÓN):

Hombre	1	Mujer	2
--------	---	-------	---

3. (MOSTRAR TARJETA 3) ¿Cuál es el nivel de educación que Ud. ha alcanzado?(UNA SOLA RESPUESTA)

No tiene estudios	1	Secundaria incompleta	5	Superior universitaria incompleta	9
Inicial	2	Secundaria completa	6	Superior universitaria completa	10
Primaria incompleta	3	Superior no universitaria incompleta	7	No sabe / no contesta	11
Primaria completa	4	Superior no universitaria completa	8		

4. ¿Cuál es su estado civil? (UNA SOLA RESPUESTA)

Casado (a)	1	Separado (a)	3	Viudo (a)	5
Conviviente	2	Divorciado (a)	4	Soltero(a)	6

5. ¿A qué religión pertenece? (UNA SOLA RESPUESTA)

No tengo religión / Ninguna	1	Judío	4	Israelita	6
Católica	2	Mormón	5	Otra	7
Evangélico / Protestante / Cristiano	3				

6. (MOSTRAR TARJETA 6) Me podría decir, ¿cuál de estas afirmaciones describe mejor su actividad principal actual? (UNA SOLA RESPUESTA)

Trabaja jornada completa, 8 o más horas diarias	1	Estudia en algún colegio	7
Trabaja jornada parcial, menos de 8 horas diarias	2	Retirado, jubilado, pensionista	8
Tiene trabajo, pero no está trabajando temporalmente por licencia, enfermedad prolongada, u otra razón	3	Incapacitado para trabajar (enfermedad crónica o invalidez)	9
Está sin trabajo, pero está buscando trabajo	4	No está haciendo nada	10
Dedica a las labores del hogar (dueña de casa)	5	No sabe / no contesta	11
Estudia en alguna universidad, instituto u otro centro de formación	6		

**Encuestador:**

- Si el encuestado menciona que tiene más de una actividad (como trabajo y estudio), preguntar por aquella a la que le dedica más tiempo.
- Si alguien realiza trabajo voluntario o es estudiante que recibe algún tipo de beca, no los considere como personas que trabajan.
- Si le preguntan por trabajo no remunerado (sin sueldo) como ayudar a un familiar, actividad agrícola u otro, considérelolo como una persona que trabaja si lo hace más de 15 horas a la semana.
- Si trabaja esporádicamente y actualmente está trabajando, considerar que trabaja y clasificar según jornada; si actualmente no está trabajando, clasificar según actividad principal que declare.

7. (SOLO SI TRABAJA, COD DEL 1 AL 3 EN P6) (MOSTRAR TARJETA 7) ¿En qué sector se clasifica la empresa, negocio o actividad que usted realiza? (UNA SOLA RESPUESTA)

Agricultura	1	Servicios personales	5	Comercio	9	Manufactura	13
Minería	2	Servicios de salud	6	Transporte	10	Otros	14
Industria	3	Servicios de educación	7	Administración pública	11		
Construcción	4	Otros servicios	8	FF.AA. / fuerzas policiales	12		

8. (SOLO SI TRABAJA, COD DEL 1 AL 3 EN P6) (MOSTRAR TARJETA 8) ¿Y en esta empresa, negocio, o actividad que usted realiza, se desempeña como...? (UNA SOLA RESPUESTA)

Empresario, Gerente de una gran empresa	1	Profesional del sector público, fiscal o municipal	6	Obrero del sector público o municipal	10
Empleador (dueño o socio) de Mediana Empresa	2	Empleado del sector privado	7	Servicio doméstico	11
Empleador (dueño o socio) de Pequeña Empresa	3	Obrero del sector privado	8	Trabaja con un familiar sin recibir sueldo	12
Trabajador por cuenta propia (independiente)	4	Empleado del sector público o municipal	9	No sabe / no contesta	13
Profesional del sector privado	5				

**I. INSEGURIDAD CIUDADANA**

**PARA TODOS**

9. En el barrio o lugar donde vive, tomando como referencia los últimos 12 meses, ¿Ud. diría que existe...? (LEER CADA FRASE – UNA RESPUESTA POR FILA)

		Sí existe	No existe
9.1.	Venta de drogas (marihuana, PBC, cocaína u otras)	1	2
9.2.	Consumo de drogas ilegales (marihuana, PBC, cocaína u otras)	1	2
9.3.	Pandillas juveniles	1	2
9.4.	Robos y asaltos a las viviendas	1	2

9.5.	Robos y asaltos a los vecinos por gente de la zona	1	2
9.6.	Robos y asaltos a los vecinos con armas de fuego	1	2
9.7.	Gente que viene de otros lugares a robar en vehículos (autos, motos, mototaxi, etc.)	1	2
9.8.	Bandas de extorsionadores de construcción civil	1	2
9.9.	Mafias u organizaciones delictivas que extorsionan o cobran "cupos" a los vecinos	1	2

10. (SOLO SI LA PERSONA TRABAJA O ESTUDIA, COD DEL 1, 2, 3, 6 o 7 EN P6) En su centro de trabajo o estudio, tomando como referencia los últimos 12 meses, ¿Ud. diría que existe...? (LEER CADA FRASE – UNA RESPUESTA POR FILA)		Sí existe	No existe
10.1.	Venta de drogas (marihuana, PBC, cocaína u otras)	1	2
10.2.	Consumo de drogas ilegales (marihuana, PBC, cocaína u otras)	1	2
10.3.	Pandillas juveniles	1	2
10.4.	Robos y asaltos a las viviendas	1	2
10.5.	Robos y asaltos a los vecinos por gente de la zona	1	2
10.6.	Robos y asaltos a los vecinos con armas de fuego	1	2
10.7.	Gente que viene de otros lugares a robar en vehículos (autos, motos, mototaxi, etc.)	1	2
10.8.	Bandas de extorsionadores de construcción civil	1	2
10.9.	Mafias u organizaciones delictivas que extorsionan o cobran "cupos" a los vecinos	1	2

11. ¿Usted ha sido víctima en los últimos 12 meses de...? (LEER CADA FRASE – UNA RESPUESTA POR FILA)		Sí	No	No tiene	NS / NC
11.1.	Robo o intento de robo a su vivienda	1	2		4
11.2.	Robo de vehículo automotor (auto, camioneta, motocicleta, mototaxi, etc.)	1	2	3	4
11.3.	Robo de autopartes del vehículo automotor (faros, llantas, aros, etc.)	1	2	3	4
11.4.	Robo en cajeros	1	2	3	4
11.5.	Robo de bicicleta	1	2	3	4
11.6.	Robo de dinero, cartera, celular, etc.	1	2		4
11.7.	Amenazas, extorsiones	1	2		4
11.8.	Maltrato físico y/o psicológico de algún miembro de su hogar	1	2		4
11.9.	Agresión sexual (acoso, abuso, violación, etc.)	1	2		4
11.10.	Secuestro/ secuestro al paso	1	2		4
11.11.	Pepeo o drogado para robarle	1	2		4
11.12.	Otro (robo de negocio, estafa, etc.)	1	2		4

12. ¿Algún miembro de su familia que vive con usted en su vivienda, ha sido víctima en los últimos 12 meses de...? (LEER CADA FRASE – UNA RESPUESTA POR FILA)		Sí	No	No tiene	NS / NC
12.1.	Robo o intento de robo a su vivienda	1	2		4
12.2.	Robo de vehículo automotor (auto, camioneta, motocicleta, mototaxi, etc.)	1	2	3	4
12.3.	Robo de autopartes del vehículo automotor (faros, llantas, aros, etc.)	1	2	3	4
12.4.	Robo en cajeros	1	2	3	4
12.5.	Robo de bicicleta	1	2	3	4
12.6.	Robo de dinero, cartera, celular, etc.	1	2		4
12.7.	Amenazas, extorsiones	1	2		4
12.8.	Maltrato físico y/o psicológico de algún miembro de su hogar	1	2		4
12.9.	Agresión sexual (acoso, abuso, violación, etc.)	1	2		4
12.10.	Secuestro/ secuestro al paso	1	2		4
12.11.	Víctima de pepeo o drogado para robarle	1	2		4
12.12.	Otro (robo de negocio, estafa, etc.)	1	2		4

## II. CONTROL Y PREVENCIÓN DE DELITOS

13. ¿En su zona o barrio existe vigilancia de...? (LEER CADA FRASE – UNA RESPUESTA POR FILA)		Sí	No	NS / NC
13.1.	La Policía Nacional del Perú	1	2	3
13.2.	El Serenazgo	1	2	3

### (SOLO PARA LOS QUE RESPONDIERON SI, COD 1 EN P13) (MOSTRAR TARJETA 14)

14. ¿Cómo califica Ud. la vigilancia de...? (LEER CADA FRASE – UNA RESPUESTA POR FILA)		Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena	NS / NC
14.1.	La Policía Nacional del Perú	1	2	3	4	5	6
14.2.	El Serenazgo	1	2	3	4	5	6

III. MICROCOMERCIALIZACIÓN DE DROGAS

15. PARA TODOS.

	a. ¿Sabe usted si hay lugares, pasajes calles o zonas dentro de su barrio / vecindario donde existen...?			(SOLO PARA COD 1 EN P15a) b. El mes anterior, ¿se ha implementado algún programa o realizado operativos para disminuir los...?			(SOLO PARA COD 1 EN P15b) c. En su opinión, ¿dichos programas u operativos han contribuido a reducir los...?		
	Sí	No	NS / NC	Sí	No	NS / NC	Sí	No	NS / NC
Puntos de venta de drogas	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Puntos de consumo de drogas	1	2	3	1	2	3	1	2	3

**PARA TODOS**

16. **(MOSTRAR TÁRJETA 16)** En su opinión, ¿cuál cree que es el riesgo que corre una persona que...? **(LEER CADA FRASE – UNA RPTA POR FILA)**

		Ningún Riesgo	Riesgo leve	Riesgo moderado	Gran riesgo	NS / NC
16.1	Fuma cigarrillos <u>frecuentemente</u>	1	2	3	4	5
16.2	Toma bebidas alcohólicas <u>frecuentemente</u>	1	2	3	4	5
16.3	Toma tranquilizantes/estimulantes sin receta médica <u>frecuentemente</u>	1	2	3	4	5
16.4	Fuma marihuana <u>alguna vez</u>	1	2	3	4	5
16.5	Fuma marihuana <u>frecuentemente</u>	1	2	3	4	5
16.6	Consume cocaína <u>alguna vez</u>	1	2	3	4	5
16.7	Consume cocaína <u>frecuentemente</u>	1	2	3	4	5
16.8	Consume PBC <u>alguna vez</u>	1	2	3	4	5
16.9	Consume PBC <u>frecuentemente</u>	1	2	3	4	5
16.10	Consume éxtasis <u>alguna vez</u>	1	2	3	4	5
16.11	Consume éxtasis <u>frecuentemente</u>	1	2	3	4	5

IV. CONSUMO DE TABACO

17. ¿Ha fumado cigarrillos alguna vez en la vida?

Sí	1	<b>CONTINUAR A P18</b>	No	2	<b>PASAR A P32</b>	NS / NC	3	<b>PASAR A P32</b>
----	---	------------------------	----	---	--------------------	---------	---	--------------------

18. ¿Qué edad tenía cuando fumó cigarrillos por primera vez? **(ANOTAR EDAD):** \_\_\_\_\_ años

19. ¿Cuándo fue la primera vez que probó cigarrillos? **(LEER OPCIONES)**

Durante los últimos 30 días	1	Hace más de 1 mes pero menos de 1 año	2	Hace más de 1 año	3
-----------------------------	---	---------------------------------------	---	-------------------	---

20. **(MOSTRAR TARJETA 20)** ¿Con quién estaba la primera vez que fumó cigarrillos? **(UNA SOLA RESPUESTA)**

Sólo	1	Con mis amigos de barrio	4	Con otros familiares	6
Con compañeros de estudios	2	Con mis padres y/o hermanos	5	No recuerda	7
Con compañeros de trabajo	3				

21. ¿Ha fumado cigarrillos en los últimos 12 meses?

Sí	1	<b>CONTINUAR A P22</b>	No	2	<b>PASAR A P32</b>	NS / NC	3	<b>PASAR A P32</b>
----	---	------------------------	----	---	--------------------	---------	---	--------------------

22. ¿Ha fumado cigarrillos en los últimos 30 días?

Sí	1	<b>CONTINUAR A P23</b>	No	2	<b>PASAR A P26</b>	NS / NC	3	<b>PASAR A P26</b>
----	---	------------------------	----	---	--------------------	---------	---	--------------------

23. ¿Cuántos cigarrillos diarios ha fumado en el último mes? **(E: SI EL ENCUESTADO DICE QUE SU CONSUMO ES IRREGULAR PEDIRLE QUE CONSIDERE UN DÍA PROMEDIO - ANOTAR):**  
\_\_\_\_\_ cigarrillos diarios

24. Y ¿cuántos días fumó cigarrillos en los últimos 30 días? **(ANOTAR):** \_\_\_\_\_ días

26. La última vez que compró cigarrillos, ¿en qué presentación venían? **(LEER OPCIONES) (UNA SOLA RESPUESTA)**

Cigarrillos sueltos	1	No compró <b>(NO LEER) – PASAR A P31</b>	4
Cajetillas	2	Otros <b>(esp.)</b> _____	5
Cartones	3	No recuerda <b>(NO LEER) – PASAR A P30</b>	6

27. **(SOLO SI COMPRÓ)** ¿Cuántos **(LEER RPTA EN EL P26)** compró? \_\_\_\_\_

28. **(SOLO SI COMPRÓ)** ¿Cuánto dinero pagó? \_\_\_\_\_ soles

29. **(SOLO SI COMPRÓ)** ¿Cuántos cigarrillos habían en cada **(LEER RPTA EN P26)? (ANOTAR):**  
\_\_\_\_\_ cigarrillos

30. **(SOLO SI COMPRÓ) (MOSTRAR TARJETA 30)** La última vez que compró cigarrillos, ¿dónde los compró? **(UNA SOLA RESPUESTA)**

Kiosco	1	Máquina	5
Bodega/ tienda	2	Bar / café / restorán / discoteca (dentro de las instalaciones)	6
Supermercado	3	Otro	7
Vendedor ambulante	4		

31. **(SOLO PARA LOS QUE HAN FUMADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, COD 1 EN P21)** Debido a su consumo de cigarrillos en los últimos 12 meses, ¿Ud. ha experimentado alguna de las siguientes situaciones?

**(LEER CADA FRASE – UNA RPTA POR FILA)**

		Sí	No
31.1	¿Ha sentido un deseo tan grande de fumar cigarrillos que no pudo resistir o pensar en nada más?	1	2
31.2	¿Ha fumado cigarrillos a pesar de que tenía la intención de no hacerlo?	1	2
31.3	¿Ha fumado cigarrillos en mayores cantidades de las que pensaba?	1	2
31.4	¿Ha fumado cigarrillos para eliminar problemas como los que se indica en la TARJETA o para evitar que se presenten? <b>(MOSTRAR TARJETA 31.4-31.5)</b>	1	2
31.5	¿Se han presentado problemas como los que se indica en la TARJETA, cuando suspendía o disminuía su consumo de cigarrillos? <b>(MOSTRAR TARJETA 31.4-31.5)</b>	1	2
31.6	¿Ha observado que para obtener el mismo efecto con los cigarrillos ha tenido que consumir mayor cantidad que antes?	1	2
31.7	¿Ha notado que la misma cantidad de cigarrillos tiene menos efecto en Ud. que antes?	1	2
31.8	¿Ha dejado de hacer actividades sociales, laborales o que le gustan por consumir cigarrillos?	1	2
31.9	¿Pasa más tiempo que antes para recuperarse de los efectos del consumo de cigarrillos?	1	2
31.10	¿Ha continuado fumando cigarrillos a pesar de que le ocasiona problemas de salud, físicos, emocionales o nerviosos?	1	2

## V. ALCOHOL

### PARA TODOS

32. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida?

Sí	1	<b>CONTINUAR A P33</b>	No	2	<b>PASAR A P47</b>	NS / NC	3	<b>PASAR A P47</b>
----	---	------------------------	----	---	--------------------	---------	---	--------------------

33. ¿Qué edad tenía cuando consumió bebidas alcohólicas por primera vez? **(ANOTAR EDAD):**  
\_\_\_\_\_ años

34. ¿Cuándo fue la primera vez que consumió bebidas alcohólicas? **(LEER OPCIONES)**

Durante los últimos 30 días	1	Hace más de 1 mes pero menos de 1 año	2	Hace más de 1 año	3
-----------------------------	---	---------------------------------------	---	-------------------	---

35. **(MOSTRAR TARJETA 35)** ¿Con quién estaba la primera vez que consumió bebidas alcohólicas? **(UNA SOLA RESPUESTA)**

Sólo	1	Con mis padres y/o hermanos	5
Con compañeros de estudios	2	Con otros familiares	6
Con compañeros de trabajo	3	No recuerda	7
Con mis amigos de barrio	4		

36. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses?

Sí	1	<b>CONTINUAR A P37</b>	No	2	<b>PASAR A P42</b>	NS / NC	3	<b>PASAR A P42</b>
----	---	------------------------	----	---	--------------------	---------	---	--------------------

37. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días?

Sí	1	<b>CONTINUAR A P38</b>	No	2	<b>PASAR A P42</b>	NS / NC	3	<b>PASAR A P42</b>
----	---	------------------------	----	---	--------------------	---------	---	--------------------

38. ¿Y cuántos días ha consumido alcohol en los últimos 30 días? **(ANOTAR):** \_\_\_\_\_ días

39. En los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha consumido 5 o más tragos o vasos de alcohol en un solo día? **(ANOTAR):** \_\_\_\_\_ veces

40. En los últimos 30 días, ¿cuántas veces se ha emborrachado? **(ANOTAR):** \_\_\_\_\_ veces

41. **(MOSTRAR TARJETA 41)** En los últimos 30 días, ¿qué tipo de bebidas alcohólicas ha consumido y con qué frecuencia? **(LEER CADA UNA – UNA RPTA POR FILA)**

		Diariamente	Fines de semana	Algunos días de la semana	Solo en eventos sociales
41.1	Cerveza	1	2	3	4
41.2	Vino / sangría	1	2	3	4

41.3	Trago corto (Ron, Pisco, licor de caña, Whisky, Vodka y otros)	1	2	3	4
------	--	---	---	---	---

42. (MOSTRAR TARJETA 42) ¿Qué tan seguido toma usted alguna bebida alcohólica?

Nunca	96	2 a 3 veces a la semana	3
1 vez al mes o menos	1	4 o más veces a la semana	4
2 a 4 veces al mes	2	NS / NC	5

43. (MOSTRAR TARJETA 43 CON ESCALA) ¿Cuántos tragos suele tomar usted en un día típico de consumo de alcohol?

0 – 2	96	7 – 8	3
3 – 4	1	9 o más	4
5 – 6	2	NS / NC	5

44. (MOSTRAR TARJETA 44) ¿Qué tan seguido...? (LEER CADA FRASE – UNA RESPUESTA POR FILA)

		Nunca	Menos de 1 vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Todos o casi todos los días
44.1	Toma usted 6 o más tragos en una sola ocasión	96	1	2	3	4
44.2	En el curso de los últimos doce meses, usted no pudo parar de beber una vez que había empezado	96	1	2	3	4
44.3	En el curso de los últimos doce meses, su consumo de alcohol alteró el desempeño de sus actividades normales	96	1	2	3	4
44.4	En el curso de los últimos doce meses, usted necesitó beber en la mañana para recuperarse de haber bebido mucho el día anterior	96	1	2	3	4
44.5	En el curso de los últimos doce meses, usted tuvo remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido	96	1	2	3	4
44.6	En el curso de los últimos doce meses, usted no fue capaz de recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo	96	1	2	3	4

45.

		No	Sí, pero no en el último año	Sí, en el último año
45.1	¿Usted o alguna otra persona ha resultado físicamente herido debido a que usted había bebido alcohol? (LEER OPCIONES)	1	2	4
45.2	¿Algún familiar, amigo, médico u otro profesional de la salud ha mostrado preocupación por la forma en que usted consume bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber? (LEER OPCIONES)	1	2	4

46.

Debido a su consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses, ¿Ud. ha experimentado alguna de las siguientes situaciones? (LEER CADA FRASE – UNA RESPUESTA POR FILA)

		Sí	No
46.1	¿Ha sentido un deseo tan grande de beber que no pudo resistir o pensar en nada más?	1	2
46.2	¿Ha consumido bebidas alcohólicas a pesar de que tenía la intención de no hacerlo?	1	2
46.3	¿Ha consumido bebidas alcohólicas en mayores cantidades de las que pensaba?	1	2
46.4	¿Ha consumido bebidas alcohólicas para eliminar problemas como los que se indica en la TARJETA o para evitar que se presenten? (MOSTRAR TARJETA 46.4-46.5)	1	2
46.5	¿Se han presentado problemas como los que se indica en la TARJETA, cuando suspendía o disminuía el consumo de bebidas alcohólicas? (MOSTRAR TARJETA 46.4-46.5).	1	2
46.6	¿Ha observado que para obtener el mismo efecto con las bebidas alcohólicas ha tenido que consumir mayor cantidad que antes?	1	2
46.7	¿Ha notado que la misma cantidad de bebidas alcohólicas tiene menos efecto en Ud. que antes?	1	2
46.8	¿Ha dejado de hacer actividades sociales, laborales o que le gustan por consumir bebidas alcohólicas?	1	2
46.9	¿Pasa más tiempo que antes para recuperarse de los efectos del consumo de bebidas alcohólicas?	1	2
46.10	¿Ha continuado bebiendo a pesar de que le ocasiona problemas de salud, físicos, emocionales o nerviosos?	1	2

**(SOLO PARA LOS QUE HAN CONSUMIDO BEBIDAS ALCOHOLICAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, COD 1 EN P36)**

**VI. OFRECIMIENTO, ACCESO E INTENCIÓN DE CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS**

**PARA TODOS**

**(MOSTRAR TARJETA 47) ¿Cuándo fue la última vez que le ofrecieron alguna de las siguientes sustancias? (LEER CADA UNA – UNA RPTA POR FILA)**

		Durante los últimos 30 días	Hace más de 1 mes pero menos de 1 año	Hace más de 1 año	Nunca le han ofrecido
47.1	Marihuana	1	2	3	4
47.2	PBC	1	2	3	4
47.3	Cocaína	1	2	3	4
47.4	Éxtasis	1	2	3	4

**(MOSTRAR TÁRJETA 48) ¿Cuán fácil o difícil sería para Ud. conseguir alguna de las siguientes sustancias? (LEER CADA UNA – UNA RPTA POR FILA)**

		Me sería fácil	Me sería difícil	No podría conseguir	No sé si es fácil o difícil
48.1	Marihuana	1	2	3	4
48.2	PBC	1	2	3	4
48.3	Cocaína	1	2	3	4
48.4	Éxtasis	1	2	3	4

**(SOLO PARA LOS QUE RESPONDIERON “ME SERÍA FÁCIL CONSEGUIR” EN CADA SUSTANCIA – COD 1 EN P48)**

**(MOSTRAR TÁRJETA 49) ¿Cuánto tiempo le tomaría a Ud. conseguir alguna de las siguientes sustancias?**

		Menos de una hora	Pocas horas	De un día para otro	Dentro de la semana	No podría conseguir	No sabe cuánto tiempo
49.1	Marihuana	1	2	3	4	5	6
49.2	PBC	1	2	3	4	5	6
49.3	Cocaína	1	2	3	4	5	6
49.4	Éxtasis	1	2	3	4	5	6

**PARA TODOS**

50. ¿Alguna vez tuvo la posibilidad de probar marihuana, PBC, cocaína, éxtasis o alguna otra sustancia parecida?  
(LEER OPCIONES) (UNA SOLA RESPUESTA)

Ninguna	1	Dos o más veces	3
Una vez	2	No sabe / no contesta	4

51. ¿Ha sentido o siente curiosidad por probar marihuana, PBC, cocaína, éxtasis o alguna otra sustancia parecida?  
(ESPONTÁNEA – UNA SOLA RESPUESTA)

No	1	Puede ser	3
Sí	2	No sabe / no contesta	4

52. Si tuviera oportunidad, ¿probaría marihuana, PBC, cocaína, éxtasis o alguna otra sustancia parecida?  
(ESPONTÁNEA – UNA SOLA RESPUESTA)

No	1	Puede ser	3
Sí	2	No sabe / no contesta	4

**VII. CONSUMO DE DROGAS MÉDICAS E ILÍCITAS**

54.	¿Ha consumido alguna de estas sustancias <u>alguna vez</u> en su vida? (LEER CADA UNA – UNA RESPUESTA POR FILA)	Sí	No	NS / NC	(SOLO SI HA CONSUMIDO) 54.a ¿Qué edad tenía cuando probó por primera vez?
54.1	Tranquilizantes <u>sin receta médica</u> [como clonazepan (rivotril), diazepan (valium), alprazolam (alpez, xanax), lorazepan (donix), etc.]	1	2	3	_____ años
54.2	Estimulantes <u>sin receta médica</u> [como anfetaminas (ritalin) o metanfetaminas (cidrin), etc.]	1	2	3	_____ años
54.3	Marihuana	1	2	3	_____ años
54.4	PBC	1	2	3	_____ años
54.5	Cocaína	1	2	3	_____ años
54.6	Éxtasis	1	2	3	_____ años
54.7	Inhalantes (terokal, PVC, benzina, tiner, gasolina, etc.)	1	2	3	_____ años
54.8	Crack	1	2	3	_____ años
54.9	Heroína	1	2	3	_____ años
54.10	Opio	1	2	3	_____ años
54.11	Morfina (sólo uso no recetado)	1	2	3	_____ años
54.12	Hashis	1	2	3	_____ años
54.13	Alucinógenos (PCP, LSD, otros alucinógenos de origen sintético)	1	2	3	_____ años
54.14	Metanfetaminas/anfetaminas (Hielo, Pepas, Cristal, Pastis, Meta, Speed)	1	2	3	_____ años
54.15	San Pedro, Ayahuasca, huachuma, peyote, etc.	1	2	3	_____ años
54.16	Ketamina	1	2	3	_____ años

**(SOLO PARA QUIENES CONTESTARON SI EN CONSUMO DE TRANQUILIZANTES, COD 1 EN P54.1)  
DROGAS MÉDICAS - TRANQUILIZANTES**

55. (MOSTRAR TARJETA P55) ¿Qué tranquilizantes sin receta médica ha consumido? (MÚLTIPLE)

Clonazepan	1	Lorazepan	4	Flunitracepam	7	Librium	10	No recuerda	13
Diazepan	2	Zatrix (clonazepan)	5	Rohipnol	8	Sinoga	11	Otro (esp.)	14
Alprazolam	3	Valium	6	Clordiazepóxico	9	Lexotan	12		

56. ¿Cuándo fue la primera vez que tomó tranquilizantes sin receta médica? (LEER OPCIONES)

Durante los últimos 30 días	1	Hace más de 1 mes pero menos de 1 año	2	Hace más de 1 año	3
-----------------------------	---	---------------------------------------	---	-------------------	---

57. ¿Ha tomado tranquilizantes sin receta médica en los últimos 12 meses?

Sí	1	<b>CONTINUAR A P58</b>	No	2	<b>PASAR A P60</b>	NS / NC	3	<b>PASAR A P60</b>
----	---	------------------------	----	---	--------------------	---------	---	--------------------

58. ¿Ha tomado tranquilizantes sin receta médica en los últimos 30 días?

Sí	1	<b>CONTINUAR A P59</b>	No	2	<b>PASAR A P60</b>	NS / NC	3	<b>PASAR A P60</b>
----	---	------------------------	----	---	--------------------	---------	---	--------------------

59. Y en los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió tranquilizantes sin receta médica? (ANOTAR): \_\_\_\_\_ días

60. (MOSTRAR TARJETA 60) ¿Cómo obtuvo los tranquilizantes que consumió? (UNA SOLA RESPUESTA)

De un médico	1	De un amigo	5
Vendedores por Internet	2	En la farmacia/botica	6
En casa	3	En lugares de venta ambulatoria ("El Hueco", Mercado Central)	7
Vendedores en la calle	4	Otro	8

**(SOLO PARA QUIENES CONTESTARON SI EN CONSUMO DE ESTIMULANTES, COD 1 EN P54.2)  
DROGAS MÉDICAS - ESTIMULANTES**

61. (MOSTRAR TARJETA 61) ¿Qué estimulantes sin receta médica ha consumido? (MÚLTIPLE)

Ritalin	1	Fenmetracina	4	Dextroanfetamina	7	Cylert	10
Cidrin	2	Preludin o Adepsina	5	Dexedrine, DextroStat	8	No recuerda	11
Metilfenidato	3	Adderall	6	Pemolina	9	Otro(esp.)	12

62. ¿Cuándo fue la primera vez que tomó estimulantes sin receta médica? (LEER OPCIONES)

Durante los últimos 30 días	1	Hace más de 1 mes pero menos de 1 año	2	Hace más de 1 año	3
-----------------------------	---	---------------------------------------	---	-------------------	---

63. ¿Ha tomado estimulantes sin receta médica en los últimos 12 meses?

Sí	1	<b>CONTINUAR A P64</b>	No	2	<b>PASAR A P66</b>	NS / NC	3	<b>PASAR A P66</b>
----	---	------------------------	----	---	--------------------	---------	---	--------------------

64. ¿Ha tomado estimulantes sin receta médica en los últimos 30 días?

Sí	1	<b>CONTINUAR A P65</b>	No	2	<b>PASAR A P66</b>	NS / NC	3	<b>PASAR A P66</b>
----	---	------------------------	----	---	--------------------	---------	---	--------------------

65. Y en los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió estimulantes sin receta médica?(ANOTAR):  
 \_\_\_\_\_ días

66. (MOSTRAR TARJETA 66) ¿Cómo obtuvo los tranquilizantes que consumió? (UNA SOLA RESPUESTA)

De un médico	1	De un amigo	5
Vendedores por Internet	2	En la farmacia/botica	6
En casa	3	En lugares de venta ambulatoria ("El Hueco", Mercado Central)	7
Vendedores en la calle	4	Otro (esp.) _____	8

**(SOLO PARA QUIENES CONTESTARON SI EN CONSUMO DE MARIHUANA, COD 1 EN P54.3)  
 DROGAS ILÍCITAS - MARIHUANA**

67. ¿Cuándo fue la primera vez que fumó marihuana? (LEER OPCIONES)

Durante los últimos 30 días	1	Hace más de 1 mes pero menos de 1 año	2	Hace más de 1 año	3
-----------------------------	---	---------------------------------------	---	-------------------	---

68. (MOSTRAR TARJETA 68) ¿Con quién estaba la primera vez que fumó marihuana? (UNA SOLA RESPUESTA)

Sólo	1	Con mis padres y/o hermanos	5
Con compañeros de estudios	2	Con otros familiares	6
Con compañeros de trabajo	3	No recuerda	7
Con mis amigos de barrio	4		

69. ¿Ha fumado marihuana en los últimos 12 meses?

Sí	1	<b>CONTINUAR A P70</b>	No	2	<b>PASAR A P74</b>	NS / NC	3	<b>PASAR A P74</b>
----	---	------------------------	----	---	--------------------	---------	---	--------------------

70. ¿Qué tipo de presentación es la más frecuente de consumo? (UNA SOLA RESPUESTA)(ESPONTÁNEA)

Hierba	1	Ponzoña	5
Skunk/ Scan	2	Moño rojo	6
La maldi	3	Criptonita	7
White window	4	Otro (esp.) _____	8

71. (MOSTRAR TARJETA 71) ¿Con que frecuencia ha usado marihuana en los últimos 12 meses?

Una sola vez	1	Algunas veces semanalmente	4
Algunas veces durante los últimos 12 meses	2	Diariamente	5
Algunas veces mensualmente	3		

72. ¿Ha fumado marihuana en los últimos 30 días?

Si	1	No	2	No sabe / no contesta	3
----	---	----	---	-----------------------	---

72.a Según lo que Ud. sabe, ¿cuánto cuesta un paquete / paco de marihuana? (ESPONTÁNEA – ANOTAR NÚMERO, MAXIMO UN DECIMAL)

S/.		No sabe / no contesta	999
-----	--	-----------------------	-----

73. Debido a su consumo de marihuana en los últimos 12 meses, ¿Ud. ha experimentado alguna de las siguientes situaciones? (LEER CADA FRASE – UNA RESPUESTA POR FILA)

	Sí	No
73.1. ¿Ha sentido un deseo tan grande fumar marihuana que no pudo resistir o pensar en nada más?	1	2
73.2. ¿Ha fumado marihuana a pesar de que tenía la intención de no hacerlo?	1	2
73.3. ¿Ha fumado marihuana en mayores cantidades de las que pensaba?	1	2
73.4. ¿Ha fumado marihuana para eliminar problemas como los que se indica en la TARJETA o para evitar que se presenten? (MOSTRAR TARJETA 73.4-73.5)	1	2
73.5. ¿Se han presentado problemas como los que se indica en la TARJETA, cuando suspendía o disminuía su consumo de marihuana? (MOSTRAR TARJETA 73.4-73.5)	1	2
73.6. ¿Ha observado que para obtener el mismo efecto con la marihuana ha tenido que fumar una mayor cantidad que antes?	1	2
73.7. ¿Ha notado que la misma cantidad de marihuana tiene menos efecto en Ud. que antes?	1	2
73.8. ¿Ha dejado de hacer actividades sociales, laborales o que le gustan por fumar marihuana?	1	2
73.9. ¿Pasa más tiempo que antes para recuperarse de los efectos del consumo de marihuana?	1	2
73.10. ¿Ha continuado fumado marihuana a pesar de que le ocasiona problemas de salud, físicos, emocionales o nerviosos?	1	2

**(SOLO PARA QUIENES CONTESTARON SI EN CONSUMO DE PASTA BÁSICA DE COCAINA – PBC, COD 1 EN P54.4)  
 DROGAS ILÍCITAS - PBC**

74. ¿Cuándo fue la primera vez que consumió PASTA BASICA DE COCAINA (PBC)? (LEER OPCIONES)

Durante los últimos 30 días	1	Hace más de 1 mes pero menos de 1 año	2	Hace más de 1 año	3
-----------------------------	---	---------------------------------------	---	-------------------	---



75. (MOSTRAR TARJETA 75) ¿Con quién estaba la primera vez que consumió PASTA BASICA DE COCAINA (PBC)?  
(UNA SOLA RESPUESTA)

Sólo	1	Con mis padres y/o hermanos	5
Con compañeros de estudios	2	Con otros familiares	6
Con compañeros de trabajo	3	No recuerda	7
Con mis amigos de barrio	4		

76. ¿Ha consumido PASTA BASICA DE COCAINA (PBC) en los últimos 12 meses?

Sí	1	<b>CONTINUAR A P77</b>	No	2	<b>PASAR A P80</b>	NS / NC	3	<b>PASAR A P80</b>
----	---	------------------------	----	---	--------------------	---------	---	--------------------

77. (MOSTRAR TARJETA 77) ¿Con que frecuencia ha usado PASTA BASICA DE COCAINA (PBC) en los últimos 12 meses?

Una sola vez	1	Algunas veces semanalmente	4
Algunas veces durante los últimos 12 meses	2	Diariamente	5
Algunas veces mensualmente	3		

78. ¿Ha consumido PASTA BASICA DE COCAINA (PBC) en los últimos 30 días?

Sí	1	No	2	NS / NC	3
----	---	----	---	---------	---

78.a Según lo que Ud. sabe, ¿cuánto cuesta un Kete de PASTA BASICA DE COCAINA (PBC)?  
(ESPONTÁNEA – ANOTAR NÚMERO, MÁXIMO UN DECIMAL)

S/.		No sabe / no contesta	999
-----	--	-----------------------	-----

79. Debido a su consumo de PASTA BASICA DE COCAINA (PBC) en los últimos 12 meses, ¿Ud. ha experimentado alguna de las siguientes situaciones? (LEER CADA FRASE – UNA RESPUESTA POR FILA)

	Sí	No
79.1. ¿Ha sentido un deseo tan grande consumir PBC que no pudo resistir o pensar en nada más?	1	2
79.2. ¿Ha consumido PASTA BASICA DE COCAINA (PBC) a pesar de que tenía la intención de no hacerlo?	1	2
79.3. ¿Ha consumido PASTA BASICA DE COCAINA (PBC) en mayores cantidades de las que pensaba?	1	2
79.4. ¿Ha consumido PASTA BASICA DE COCAINA (PBC) para eliminar problemas como los que se indica en la TARJETA o para evitar que se presenten? (MOSTRAR TARJETA 79.4)	1	2
79.5. ¿Se han presentado problemas como los que se indica en la TARJETA, cuando suspendía o disminuía su consumo de PASTA BASICA DE COCAINA (PBC)? (MOSTRAR TARJETA 79.5).	1	2
79.6. ¿Ha observado que para obtener el mismo efecto con la PASTA BASICA DE COCAINA (PBC) ha tenido que fumar una mayor cantidad que antes?	1	2
79.7. ¿Ha notado que la misma cantidad de PASTA BASICA DE COCAINA (PBC) tiene menos efecto en Ud. que antes?	1	2
79.8. ¿Ha dejado de hacer actividades sociales, laborales o que le gustan por consumir PASTA BASICA DE COCAINA (PBC)?	1	2
79.9. ¿Pasa más tiempo que antes para recuperarse de los efectos del consumo de PASTA BASICA DE COCAINA (PBC)?	1	2
79.10. ¿Ha continuado consumiendo PBC a pesar de que le ocasiona problemas de salud, físicos, emocionales o nerviosos?	1	2

**(SOLO PARA QUIENES CONTESTARON SI EN CONSUMO DE COCAÍNA, COD 1 EN P54.5)  
DROGAS ILÍCITAS - COCAÍNA**

80. ¿Cuándo fue la primera vez que consumió cocaína? (LEER OPCIONES)

Durante los últimos 30 días	1	Hace más de 1 mes pero menos de 1 año	2	Hace más de 1 año	3
-----------------------------	---	---------------------------------------	---	-------------------	---

81. (MOSTRAR TARJETA 81) ¿Con quién estaba la primera vez que consumió cocaína? (UNA SOLA RESPUESTA)

Sólo	1	Con mis padres y/o hermanos	5
Con compañeros de estudios	2	Con otros familiares	6
Con compañeros de trabajo	3	No recuerda	7
Con mis amigos de barrio	4		

82. ¿Ha consumido cocaína en los últimos 12 meses?

Sí	1	<b>CONTINUAR A P83</b>	No	2	<b>PASAR A P86</b>	NS / NC	3	<b>PASAR A P86</b>
----	---	------------------------	----	---	--------------------	---------	---	--------------------

83. (MOSTRAR TARJETA 83) ¿Con que frecuencia ha usado cocaína en los últimos 12 meses?

Una sola vez	1	Algunas veces semanalmente	4
Algunas veces durante los últimos 12 meses	2	Diariamente	5
Algunas veces mensualmente	3		

84. ¿Ha consumido cocaína en los últimos 30 días?

Sí	1	No	2	NS / NC	3
----	---	----	---	---------	---

84.a Según lo que Ud. sabe, ¿cuánto cuesta un gramo de cocaína?( **ESPONTÁNEA – ANOTAR NÚMERO, MÁXIMO UN DECIMAL**)

S/.

No sabe / no contesta

999

85. Debido a su consumo de cocaína en los últimos 12 meses, ¿Ud. ha experimentado alguna de las siguientes situaciones?( <b>LEER CADA FRASE – UNA RESPUESTA POR FILA</b> )		Sí	No
85.1.	¿Ha sentido un deseo tan grande consumir cocaína que no pudo resistir o pensar en nada más?	1	2
85.2.	¿Ha consumido cocaína a pesar de que tenía la intención de no hacerlo?	1	2
85.3.	¿Ha consumido cocaína en mayores cantidades de las que pensaba?	1	2
85.4.	¿Ha consumido cocaína para eliminar problemas como los que se indica en la TARJETA o para evitar que se presenten? ( <b>MOSTRAR TARJETA 85.4-85.5</b> )	1	2
85.5.	¿Se han presentado problemas como los que se indica en la TARJETA, cuando suspendía o disminuía su consumo de cocaína? ( <b>MOSTRAR TARJETA 85.4-85.5</b> ).	1	2
85.6.	¿Ha observado que para obtener el mismo efecto con la cocaína ha tenido que fumar una mayor cantidad que antes?	1	2
85.7.	¿Ha notado que la misma cantidad de cocaína tiene menos efecto en Ud. que antes?	1	2
85.8.	¿Ha dejado de hacer actividades sociales, laborales o que le gustan por consumir cocaína?	1	2
85.9.	¿Pasa más tiempo que antes para recuperarse de los efectos del consumo de cocaína?	1	2
85.10	¿Ha continuado consumiendo cocaína a pesar de que le ocasiona problemas de salud, físicos, emocionales o nerviosos?	1	2

**(SOLO PARA QUIENES CONTESTARON SI EN CONSUMO DE EXTASIS, COD 1 EN P54.6)  
DROGAS ILÍCITAS - EXTASIS**

86. (**MOSTRAR TARJETA 86**) Según Ud., ¿cuál es la forma que tiene el éxtasis? (**UNA SOLA RESPUESTA**)

Es una hierba	1	Es un líquido	4
Es un polvo	2	No sabe / no contesta	5
Es una pastilla	3		

87. ¿Cuándo fue la primera vez que consumió éxtasis? (**LEER OPCIONES**)

Durante los últimos 30 días	1	Hace más de 1 mes pero menos de 1 año	2	Hace más de 1 año	3
-----------------------------	---	---------------------------------------	---	-------------------	---

88. (**MOSTRAR TARJETA 88**) ¿Con quién estaba la primera vez que consumió éxtasis? (**UNA SOLA RESPUESTA**)

Sólo	1	Con mis padres y/o hermanos	5
Con compañeros de estudios	2	Con otros familiares	6
Con compañeros de trabajo	3	Otro	7
Con mis amigos de barrio	4	No recuerda	8

89. ¿Ha consumido éxtasis en los últimos 12 meses?

Sí	1	<b>CONTINUAR A P90</b>	No	2	<b>PASAR A P100</b>	NS / NC	3	<b>PASAR A P100</b>
----	---	------------------------	----	---	---------------------	---------	---	---------------------

90. (**MOSTRAR TARJETA 90**) ¿Con qué frecuencia ha usado éxtasis en los últimos 12 meses?

Una sola vez	1	Algunas veces semanalmente	4
Algunas veces durante los últimos 12 meses	2	Diariamente	5
Algunas veces mensualmente	3		

91. ¿Ha consumido éxtasis en los últimos 30 días?

Sí	1	<b>CONTINUAR A P92</b>	No	2	<b>PASAR A P95</b>	NS / NC	3	<b>PASAR A P95</b>
----	---	------------------------	----	---	--------------------	---------	---	--------------------

92. Durante el último mes, ¿cuántos días consumió éxtasis? (**Si el encuestado no está seguro, pedirle que de un número aproximado**): \_\_\_\_\_ días

93. Y durante los últimos 30 días, ¿cuántas unidades de éxtasis llegó a tomar como máximo en un sólo día? \_\_\_\_\_ unidades

94. ¿Ha consumido alguna bebida alcohólica al mismo tiempo que usaba éxtasis en los últimos 30 días?

Si	1	No	2	NS / NC	3
----	---	----	---	---------	---

95. (**MOSTRAR TARJETA 95**) ¿Con qué bebida, sustancia o producto suele acompañar su consumo de éxtasis, es decir, que consume al mismo tiempo que el éxtasis? (**MÁXIMO 3 RESPUESTAS**)

Agua	1	Marihuana	5	Estimulantes	9
Gaseosa	2	Cocaína o PBC	6	Otras sustancias ("cristal", ketamina o ketalar, GHB, LSD, anfetaminas, etc.)	10

Cerveza	3	Energizantes (red bull, etc.)	7	Chupetes	11
Trago corto (vino, ron, whisky, pisco, etc.)	4	Tranquilizantes	8	Ninguna	12

96. (MOSTRAR TARJETA 96) ¿Y qué sensaciones tiene cuando consume éxtasis? (MÁXIMO 3 RESPUESTAS)

Euforia, felicidad, ganas de divertirme y pasarla bien	1	A veces siento mucho calor o siento que me deshidrato o que la lengua se me voltea	5	Alucino bien, vuelo mucho, etc.	9
Tranquilidad, paz interior, etc.	2	Siento mucha energía, fuerza, agresividad	6	Siento sueño, mucho sueño	10
Siento que tengo sed, mucha sed	3	Me siento diferente, sensible, extrovertido, desinhibido	7	Me siento alguien especial, seguro de mí mismo	11
Me siento mareado, borracho, etc.	4	Me siento duro, no me puedo comunicar con los demás	8	No siento nada	12

97. (MOSTRAR TARJETA 97) ¿Y qué otras sustancias ha consumido, además del éxtasis? (MÚLTIPLE)

"Cristal" o metanfetamina	1	Esteroides anabólicos	5
Ketamina o ketalar	2	Anfetaminas	6
GHB	3	Otras (esp.): _____	7
LSD	4	Ninguna	8

98. Según lo que Ud. sabe, ¿cuánto cuesta una unidad de éxtasis? (ESPONTÁNEA - ANOTAR NÚMERO, MÁXIMO UN DECIMAL)

S/.	No sabe / no contesta	999
-----	-----------------------	-----

99. (MOSTRAR TARJETA 99) ¿Cómo la consigue? (MÚLTIPLE)

Delivery / dealer por teléfono	1	Fiesta electrónica	4
Delivery / dealer por Internet	2	En la barra de la discoteca	5
Amistades	3	Otras (esp.): _____	7

(SOLO PARA QUIENES CONTESTARON SI EN CONSUMO DE INHALANTES, COD 1 EN P54.7)  
DROGAS ILÍCITAS - INHALANTES

100. ¿Cuándo fue la primera vez que consumió inhalantes (terokal, PVC, benzina, tiner, gasolina, etc.)? (LEER OPCIONES)

Durante los últimos 30 días	1	Hace más de 1 mes pero menos de 1 año	2	Hace más de 1 año	3
-----------------------------	---	---------------------------------------	---	-------------------	---

101. (MOSTRAR TARJETA 101) ¿Con quién estaba la primera vez que consumió inhalantes? (UNA SOLA RESPUESTA)

Sólo	1	Con mis padres y/o hermanos	5
Con compañeros de estudios	2	Con otros familiares	6
Con compañeros de trabajo	3	No recuerda	7
Con mis amigos de barrio	4		

102. ¿Ha consumido inhalantes en los últimos 12 meses?

Sí	1	CONTINUAR A P103	No	2	PASAR A P105	NS / NC	3	PASAR A P105
----	---	------------------	----	---	--------------	---------	---	--------------

103. (MOSTRAR TARJETA 103) ¿Con qué frecuencia ha usado inhalantes en los últimos 12 meses?

Una sola vez	1	Algunas veces semanalmente	4
Algunas veces durante los últimos 12 meses	2	Diariamente	5
Algunas veces mensualmente	3		

104. ¿Ha consumido inhalantes en los últimos 30 días?

Sí	1	No	2	No sabe / no contesta	3
----	---	----	---	-----------------------	---

(PARA QUIENES CONTESTARON SI EN OTRAS DROGAS - SOLO COD 1 EN P54.8, P54.9, P54.10, P54.11, P54.12, P54.13, P54.14, P54.15, P54.16)  
DROGAS ILÍCITAS - OTRAS DROGAS

105. ¿Cuándo fue la primera vez que consumió otras drogas (crack, heroína, opio, morfina, hashis, alucinógenos y/o ketamina)? (LEER OPCIONES)

Durante los últimos 30 días	1	Hace más de 1 mes pero menos de 1 año	2	Hace más de 1 año	3
-----------------------------	---	---------------------------------------	---	-------------------	---

106. ¿Ha consumido otras drogas en los últimos 12 meses?

Sí	1	CONTINUAR A P107	No	2	PASAR A P109	NS / NC	3	PASAR A P109
----	---	------------------	----	---	--------------	---------	---	--------------

107. (MOSTRAR TARJETA 107) ¿Con que frecuencia ha usado otras drogas en los últimos 12 meses?

Una sola vez	1	Algunas veces semanalmente	4
Algunas veces durante los últimos 12 meses	2	Diariamente	5
Algunas veces mensualmente	3		

108. ¿Ha consumido otras drogas en los últimos 30 días?

Sí	1	No	2	NS / NC	3
----	---	----	---	---------	---

(PARA QUIENES CONTESTARON SI EN DROGAS INYECTADAS – COD 1 EN P54.5, P54.6, P54.7, P54.8, P54.9, P54.10, P54.11, P54.12, P54.13, P54.14, P54.15, P54.16)  
DROGAS ILÍCITAS - DROGAS INYECTADAS

109.	¿Ud. se ha inyectado... (LEER) alguna vez en...? (UNA RESPUESTA POR FILA)	Su vida		El último año		El último mes	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No
109.1	Cocaína	1	2	1	2	1	2
109.2	Heroína	1	2	1	2	1	2
109.3	Otras drogas ilegales (esp.) _____	1	2	1	2	1	2

(SOLO SI HA CONSUMIDO ALGUNA VEZ EN SU VIDA ALCOHOL O ALGUNA DROGA – COD 1 EN P32 O COD 1 EN P54.1 AL 54.16), NO INCLUYE TABACO  
VIII. CONSUMO DE DROGAS MÉDICAS E ILÍCITAS

110.	¿Alguna vez en la vida el consumo de alcohol u otra droga le ha ocasionado alguno de los siguientes problemas? (LEER CADA FRASE – UNA RESPUESTA POR FILA)	Sí	No
110.1.	Accidentes laborales	1	2
110.2.	Accidentes de tránsito	1	2
110.3.	Problemas de salud física o psicológica	1	2
110.4.	Conflictos o peleas con familiares	1	2
110.5.	Conflictos o peleas con amigos, compañeros o vecinos	1	2
110.6.	Faltar uno o más días al trabajo	1	2
110.7.	Faltar uno o más días al centro de estudios	1	2
110.8.	Ha sido despedido en algún trabajo	1	2
110.9.	Ha sido expulsado o sufrido sanciones en el centro de estudios	1	2
110.10.	Ha disminuido su rendimiento laboral	1	2
110.11.	Ha disminuido su rendimiento en los estudios	1	2
110.12.	Ha tenido problemas con la ley/ policía/ serenazgo entre otras autoridades	1	2
110.13.	Se ha visto involucrado en deudas o ha tenido dificultades económicas	1	2
110.14.	Se ha divorciado o separado de su pareja	1	2
110.15.	Ha sido víctima o ha sufrido agresión física o verbal por parte de su pareja	1	2
110.16.	Problemas económicos (deudas, disminución del presupuesto familiar) por su consumo de alcohol u otras drogas	1	2

#### IX. ACCESO A SERVICIOS DE PREVENCIÓN

##### PARA TODOS

111. ¿Ud. cree que necesita orientación sobre el tema de alcohol, cigarrillos y otras sustancias? (LEER OPCIONES)

Sí necesito	1	No necesito, porque me considero bien informado	2	No necesito porque no me interesa	3
-------------	---	---	---	-----------------------------------	---

112. (MOSTRAR TARJETA 112) ¿Alguna vez ha recibido orientación sobre el tema de alcohol, cigarrillos y otras sustancias?

Sí y estoy satisfecho con lo recibido	1	<b>CONTINUAR A P113</b>	No he recibido	3	<b>PASAR A P114</b>
Sí, pero considero insuficiente lo recibido	2	<b>CONTINUAR A P113</b>			

113. (SOLO PARA COD 1 o 2 EN P112) (MOSTRAR TARJETA 113-115) ¿En qué institución o entidad pública o privada ha recibido orientación sobre el tema de alcohol, cigarrillos y otras sustancias? (MÚLTIPLE)

Escuela	1	Iglesia	6
Centro de salud / Hospital	2	Comité Multisectorial	7
Comisaría / PNP	3	Comunidad Terapéutica	8
Municipalidad	4	Grupos de autoayuda (Alcohólicos anónimos, etc.)	9
ONG	5	Otra	10

**PARA TODOS**

114. De acuerdo con lo que Ud. conoce, ¿se están realizando campañas o programas para prevenir el consumo de drogas en su distrito?

Sí	1	<b>CONTINUAR A P115</b>	No	2	<b>PASAR A P117</b>	NS / NC	3	<b>PASAR A P117</b>
----	---	-------------------------	----	---	---------------------	---------	---	---------------------

115. (SOLO PARA COD 1 EN P114) (MOSTRAR TARJETA 113-115) ¿Y qué instituciones o entidades públicas y privadas realizan programas o actividades de prevención del consumo de drogas en su distrito? (MÚLTIPLE)

Escuela	1	Iglesia	6
Centro de salud / Hospital	2	Comité Multisectorial	7
Comisaría / PNP	3	Comunidad Terapéutica	8
Municipalidad	4	Grupos de autoayuda (Alcohólicos anónimos, etc.)	9
ONG	5	Otra	10

116. (SOLO PARA COD 1 EN P114) (MOSTRAR TARJETA 116) ¿Cómo evaluaría las acciones de prevención que se realizan en su distrito?

Muy buenas	1	Buenas	2	Regulares	3	Malas	4	Muy malas	5
------------	---	--------	---	-----------	---	-------	---	-----------	---

**(SOLO SI HA CONSUMIDO ALGUNA VEZ EN SU VIDA TABACO, ALCOHOL O ALGUNA DROGA – COD 1 EN P17, COD 1 EN P32 O COD 1 EN P54.1 AL 54.16)**  
**X. ACCESO A SERVICIOS DE TRATAMIENTO**

117. ¿Alguna vez en la vida ha sentido la necesidad de buscar tratamiento especializado para dejar o reducir el consumo de tabaco, alcohol o alguna otra droga?

Sí	1	<b>CONTINUAR A P118</b>	No	2	<b>PASAR A P119</b>	NS / NC	3	<b>PASAR A P119</b>
----	---	-------------------------	----	---	---------------------	---------	---	---------------------

118. (SOLO PARA COD 1 EN P117) ¿En los últimos 12 meses, ha sentido la necesidad de buscar tratamiento especializado para dejar o reducir el consumo de tabaco, alcohol o alguna otra droga?

Sí	1	No	2	No sabe / no contesta	3
----	---	----	---	-----------------------	---

119. ¿Alguna vez en la vida ha INICIADO algún tratamiento especializado para dejar o reducir el consumo de tabaco, alcohol o alguna otra droga?

Sí	1	<b>CONTINUAR A P120</b>	No	2	<b>PASAR A P124</b>	NS / NC	3	<b>PASAR A P124</b>
----	---	-------------------------	----	---	---------------------	---------	---	---------------------

120. (SOLO PARA COD 1 EN P119) En los últimos 12 meses, ¿ha INICIADO algún tratamiento especializado para dejar o reducir el consumo de tabaco, alcohol o alguna otra droga? (LEER OPCIONES)

Sí	1	No	2	Sí buscó pero no recibió tratamiento	3	NS / NC	4
<b>CONTINUAR CON P121</b>		<b>PASAR A P123</b>					

121. (SOLO PARA COD 1 EN P120) (MOSTRAR TARJETA 121) ¿Cuál fue la DROGA PRINCIPAL por la que Ud. INICIÓ tratamiento en los últimos 12 meses? (UNA SOLA RESPUESTA)

**E: si el encuestado menciona que ha iniciado más de un tratamiento en los últimos 12 meses, pedirle que considere el primero.**

Alcohol	1	Cocaína	5
Tabaco	2	Drogas medicas	6
Marihuana	3	Más de una sustancia	7
Pasta básica de cocaína	4	Otra droga	8

122. (SOLO PARA COD 1 EN P120) (MOSTRAR TARJETA 122) ¿En qué lugar inició el tratamiento para dejar o reducir el consumo de tabaco, alcohol o alguna otra droga en los últimos 12 meses? (UNA SOLA RESPUESTA)

Centro ambulatorio (hospitales, centros o puestos de salud públicos)	1	Narcóticos anónimos	6
Centro residencial (hospital, institutos especializados)	2	Otros grupos de autoayuda	7
Comunidad terapéutica / Centro terapéutico	3	Iglesia / grupos religiosos	8
Consultorios particulares, clínicas privadas	4	Establecimiento Penitenciario / Centro Infractores Juveniles	9
Alcohólicos Anónimos	5	Otro (esp.) _____	10

123. (SOLO PARA COD 2 o 3 EN P120) (MOSTRAR TARJETA 123) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor la razón por la que no recibió tratamiento para dejar o reducir el consumo de tabaco, alcohol o alguna otra droga? (UNA SOLA RESPUESTA)

No tenía dinero para pagar el tratamiento	1	No encontré ningún servicio de tratamiento	6
Tenía dificultades para transportarme hasta el centro de tratamiento	2	Cambie de opinión para seguir consumiendo	7
Los horarios de atención no eran compatibles con mis otras actividades (trabajo, estudios labores del hogar)	3	Me preocupaba que las personas de mi barrio o trabajo pudieran pensar si ingresaba a tratamiento	8

No había disponibilidad de cupos para la atención / se tenía que esperar mucho tiempo	4	Otro (esp.) _____	9
El programa de tratamiento no se ajustaba a mis necesidades	5		

### XI. MEDIDAS PARA ENFRENTAR EL PROBLEMA DE LAS DROGAS

#### PARA TODOS

124. De las siguientes medidas para enfrentar el problema de las drogas, ¿cuáles cree usted que serían efectivas? (LEER CADA UNA – UNA RPTA POR FILA)		Sí sería	No sería	NS / NC
124.1	Aumentar el impuesto al alcohol o tabaco	1	2	3
124.2	Aumentar el límite de edad para la venta de alcohol	1	2	3
124.3	Eliminar los auspicios a las empresas de alcohol en eventos deportivos o culturales	1	2	3
124.4	Reducir la hora límite para el consumo de alcohol	1	2	3
124.5	Aumentar las penas para quienes conducen bajo los efectos de alcohol	1	2	3
124.6	Penalizar la tenencia de cualquier cantidad de droga (cocaína, marihuana pasta base, heroína), aunque sea para uso personal	1	2	3
124.7	Incrementar las penas a los traficantes de drogas	1	2	3
124.8	Legalizar la marihuana.	1	2	3

125. ¿Ha escuchado hablar de DEVIDA?

Sí	1	<b>CONTINUAR A P126</b>	No	2	<b>PASAR A P127</b>	NS / NC	3	<b>PASAR A P127</b>
----	---	-------------------------	----	---	---------------------	---------	---	---------------------

126. (SOLO PARA COD 1 EN P125) ¿A qué se dedica DEVIDA? (ESPONTÁNEA) (UNA SOLA RESPUESTA)

Inst. Publica encargada de la Lucha Contra las drogas	1	Comunidad terapéutica	3	Empresa aseguradora	6
		Empresa Privada	4	Otro	7
ONG	2	AFP	5	No sabe / no contesta	8

127. ¿Ha escuchado sobre Habla Franco?

Sí	1	<b>CONTINUAR A P127</b>	No	2	<b>PASAR A CLASIFICACIÓN</b>	NS / NC	3	<b>PASAR A CLASIFICACIÓN</b>
----	---	-------------------------	----	---	------------------------------	---------	---	------------------------------

128. (SOLO PARA COD 1 EN P127) ¿A qué se dedica Habla Franco? (ESPONTÁNEA) (UNA SOLA RESPUESTA)

Servicio telefónico de consejería sobre drogas	1	Comunidad terapéutica	3	Otro	5
ONG	2	Empresa Privada	4	No sabe / no contesta	6