



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

**RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE
VIDA, TIEMPO DE CONSUMO Y
TIEMPO DE PERMANENCIA DE LOS
NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES
ADICTOS A SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS EN UNA
COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE
LIMA**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRO
EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
CON MENCIÓN EN TERAPIA INFANTIL Y
DEL ADOLESCENTE

ELENA ESTHER YAYA CASTAÑEDA

LIMA - PERÚ

2017

Asesor de Tesis:

Dr. Hugo Salazar Jáuregui

Miembros del Jurado de Grado:

Presidente: Dr. Alfonso Zavaleta Martínez Vargas

Vocal: Dra. Ana Aguilar Angeletti

Secretaria: Mg. Natalie Loncharich Vera

Dedicatoria:

El trabajo presentado en esta tesis, se la dedico a mis padres, Guillermo y María Elena, a mi esposo Germán e hijos Germán y William; así mismo a mis hermanos Guillermo y Doris; quienes me apoyaron, entendieron y comprendieron el tiempo dedicado a desarrollar el trabajo de tesis.

Agradecimiento

Agradezco a mi asesor Dr. Hugo Salazar, por el tiempo dedicado, por su orientación, comprensión y enseñanza

Agradezco a los docentes: Dra. Ana Aguilar Angeletti, Dr. Giancarlo Ojeda y Lic.

Víctor Hugo Ucedo por su apoyo, por sus ejemplos y enseñanzas de sus experiencias profesionales

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN.....1

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN3

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....3

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO5

1. ASPECTOS CONCEPTUALES PERTINENTES.....5

1.1. CALIDAD DE VIDA.....5

1.2. DROGODEPENDENCIA.....7

1.3. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO DE CONSUMO11

1.3.1 FACTORES DE PROTECCIÓN.....11

1.3.2 FACTORES DE RIESGO12

1.4 MOTIVACIONES PARA EL CONSUMO19

1.5 INDICADORES PRESUNTIVOS DE CONSUMO

PROBLEMÁTICO.....21

1.6 DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL CONSUMO Y EFECTO DE
LAS SUSTANCIAS ADICTIVAS22

2. INVESTIGACIONES EN TORNO AL PROBLEMA INVESTIGADO39

2.1 INVESTIGACIONES NACIONALES.....39

2.2 INVESTIGACIONES INTERNACIONALES.....41

CAPÍTULO III: JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO45

| | |
|--|-----------|
| CAPÍTULO IV: OBJETIVOS | 47 |
| 1. OBJETIVO GENERAL | 47 |
| 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 47 |
| CAPÍTULO V: METODOLOGÍA | 48 |
| 1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN | 48 |
| 2. POBLACIÓN | 48 |
| 3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES | 49 |
| 3.1 CALIDAD DE VIDA..... | 49 |
| 3.2 TIEMPO DE CONSUMO..... | 49 |
| 3.3 TIEMPO DE PERMANENCIA..... | 49 |
| 3.4 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES | 50 |
| 3.5 HIPÓTESIS | 50 |
| 4. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS | 50 |
| 4.1 PROCEDIMIENTOS | 50 |
| 4.2 INSTRUMENTOS | 51 |
| 5. CONSIDERACIONES ÉTICAS | 53 |
| 6. PLAN DE ANÁLISIS | 54 |
| CAPÍTULO VI: RESULTADOS | 55 |
| CAPÍTULO VII: DISCUSIÓN | 62 |
| CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES | 67 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 68 |
| ANEXOS | 1 |

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre la Calidad de Vida, Tiempo de Consumo de Sustancias Psicoactivas y el Tiempo de Permanencia de Niños, Niñas y Adolescentes en la Comunidad Terapéutica de Lima. Se utilizó un cuestionario de datos del problema de consumo de sustancias psicoactivas de la Comunidad Terapéutica y un instrumento de evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP), que fue aplicado a 50 participantes, entre niños, niñas y adolescentes, de 7 a 18 años, de ambos sexos, de una comunidad terapéutica de Lima.

Se encontró que el tiempo de consumo, en la población estudiada, varía según el sexo, hallándose que existe una diferencia promedio de dos meses entre hombres y mujeres.

Del análisis de los resultados, en función del tiempo de consumo, se encontró que a mayor tiempo de consumo la calidad de vida es peor. Asimismo, se halla también una relación inversamente proporcional entre el tiempo de permanencia en el centro de rehabilitación y la calidad de vida de los consumidores. Estadísticamente hay una relación significativa entre tiempo de permanencia en el centro de rehabilitación y el tiempo de consumo.

Palabras claves: calidad de vida, tiempo de consumo, sustancias psicoactivas, tiempo de permanencia, niños, niñas, adolescentes.

ABSTRACT

This study aimed to determine the relationship between Quality of Life, Time of Consumption of Psychoactive Substances and Time of Permanence of Children and Adolescents in the Therapeutic Community of Lima. A questionnaire of data on the problem of use of psychoactive substances of the Therapeutic Community and a tool to evaluate the Quality of Life in Addicts to Psychoactive Substances (TECVASP) was used, which was applied to 50 participants, among children, Adolescents, from 7 to 18 years old, of both sexes, from a therapeutic community in Lima.

It was found that the consumption time in the studied population varies according to the sex, being found that there is an average difference of two months between men and women.

From the analysis of the results, depending on the time of consumption, it was found that the quality of life is worse. Likewise, there is also an inversely proportional relationship between the time spent in the rehabilitation center and the quality of life of the consumers. Statistically there is a significant relationship between length of stay in the rehabilitation center and time of consumption.

Key words: quality of life, consumption time, psychoactive substances, length of stay, children, adolescents.

INTRODUCCIÓN

La tesis se realizó en la ciudad de Lima, en una población de niños, niñas y adolescentes, de ambos sexos, internados en una Comunidad Terapéutica. Esta investigación tuvo como fin conocer la relación entre calidad de vida, tiempo de consumo y tiempo de permanencia en consumidores de Sustancias Psicoactivas de esta comunidad terapéutica. Para efectos del estudio, respecto a la evaluación de la Calidad de vida, se usó el “Test de Evaluación de Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas” (TECVASP), que fue validado previamente para niños, niñas y adolescente, ya que dicho test ha sido aplicado solo para la población de adultos.

El test de TECVASP es un instrumento que fue elaborado en la ciudad de Sevilla – España, y fue aplicado en 5 comunidades terapéuticas de adultos. Los antecedentes del instrumento de TECVASP, investigado por Lozano (2005), refiere que se realizaron estudios sobre calidad de vida en la población drogodependiente, donde plantean que la medición de los aspectos de la vida diaria es un indicador útil para evaluar el cambio producido por los tratamientos en los diferentes programas de intervención adulta.

Es por ello que nace la inquietud de realizar el trabajo de investigación en la población infanto – adolescente, con dicha prueba; ya que es importante que dediquemos mayor atención a esta población en nuestro medio en el que vivimos. Es evidente el incremento de las adicciones y del número de adictos en nuestra

población y en particular del consumo de sustancias psicoactivas. También es evidente que los niños/as y adolescentes son la población más vulnerable frente a factores de riesgo socio familiar, los que se han incrementado en las últimas décadas. Necesitamos tener más herramientas de trabajo y tratamiento para la recuperación de los daños sufridos durante el tiempo de consumo de los drogodependientes.

La presente tesis está dividida en seis capítulos; el primer capítulo desarrolla el planteamiento del problema, la justificación e importancia del estudio y los objetivos.; el segundo capítulo, está referido al marco teórico y definiciones operacionales de las variables de estudio; en el tercer capítulo se describe la metodología de trabajo de investigación que se efectuó en el presente estudio, como el nivel y tipo de investigación, diseño de la investigación, naturaleza de los participantes; asimismo se describen los instrumentos utilizados, el procedimiento y análisis de datos; en el cuarto capítulo, se exponen los resultados obtenidos; en el quinto capítulo se realiza la discusión de los resultados; finalmente, en el sexto capítulo se precisan las conclusiones derivadas de la presente investigación.

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo, nace de la preocupación de poder realizar una intervención adecuada con los niños y adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas de ambos sexos. En la actualidad tenemos poca información de intervención psicoterapéutica en el tratamiento de adicción a sustancias psicoactivas en edades tempranas del desarrollo humano, así como también conocer la calidad de vida de la población infantil y adolescentes en rehabilitación.

Cedro y De Vida, han realizado estudios con población adolescentes; así como también datos de inicio de consumo en la población infantil y de adolescentes, la cual se observó que la edad de iniciación para el consumo de sustancias psicoactivas es de 8 años.

Es por ello que en la siguiente parte de este capítulo planteamos el problema de investigación para conocer más detalles de la población de niños y adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La calidad de vida, tema de investigación, tiene como fin el conocer a través de un instrumento que brinde resultados confiables y verdaderos, el nivel de calidad de vida de la población de niños y adolescentes para poder intervenir con mayor precisión en esta población. Este trabajo de investigación utilizará el

Test para la Evaluación de Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP); por lo que presento la siguiente interrogante al trabajo de investigación:

¿Qué relación existe entre la Calidad de Vida, Tiempo de Consumo y Tiempo de Permanencia de los Niños, Niñas y Adolescentes Adictos a Sustancias Psicoactivas en una Comunidad Terapéutica de Lima?

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

1. ASPECTOS CONCEPTUALES PERTINENTES

1.1. CALIDAD DE VIDA

Las revisiones teóricas y las investigaciones de Calidad de Vida Relacionado a la Salud (CVRS), en drogodependientes, refieren que la definición teórica está comprometida con el área física y psicosocial.

El área física, en la CVRS, menciona tres categorías presentes en la persona: el estado funcional, síntomas físicos y dependencia física.

El estado funcional, hace referencia a la capacidad de las personas de ejecutar una serie de actividades normales para la mayoría de las personas. Éste es reconocido como un indicador de relevancia social que puede propiciar un incremento en la imagen de deterioro de las personas en la CVRS.

Dominio psicosocial, está referido a la categoría de dependencia psicológica, la cual recoge información psicológica de la necesidad de consumir drogas. La inclusión de ambas categorías —dependencia física y psicológica— viene dada por la propuesta del modelo de Stuifbergen, Seraphine y Roberts (2000).

En el dominio psicosocial se incluye una categoría sobre síntomas psicológico, que difiere en su contenido según la alteración de salud de los pacientes. En el caso de la población consumidora de drogas, los síntomas que más frecuentemente son referidos son: depresión, ansiedad y agresividad. El deterioro del funcionamiento cognitivo es otra de las manifestaciones del

consumo continuo de drogas. Las áreas cognitivas que se ven afectadas por el consumo de drogas son variadas y dependen, en buena parte, de la sustancia ingerida, estos problemas pueden ser memoria, concentración, orientación y alucinaciones. Al hablar de percepción general de la salud se entiende la valoración que hace la persona respecto a en qué medida cree que el estado de su salud ha afectado a su vida cotidiana.

La categoría de aspectos sociales la definimos como la percepción de relaciones y contactos sociales que establece el individuo en su ambiente, estos pueden ser importantes en el entorno del individuo. Las expectativas de superar una enfermedad son experimentadas de manera muy positiva por los pacientes, las cuales pueden ser la base de la motivación ya que se relacionan con la evaluación positiva de la CVRS.

En el caso de la población consumidora de drogas, el fracaso en los intentos de abandonar las drogas influye de manera severa sobre las expectativas que éstos tienen, y a su vez sobre su CVRS. En este sentido, los drogodependientes experimentan sentimientos de culpa, frustración y desesperanza que se relacionan negativamente con la CVRS.

Haciendo una revisión de la literatura, Wilson y Cleary (1995), Berzon, Hays y Shumaker (1993), Breslin (1991), Corless, Nicholas y Nokes (2001) podemos decir que en la actualidad una definición universal del constructo de Calidad de Vida, es un concepto **multidimensional** que engloba aspectos en las tres grandes esferas de la vida cotidiana: Físicos, Psicológicos y Sociales

1.2. DROGODEPENDENCIA

Drogodependientes; según la OMS (1969); es el estado psíquico y, físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco (droga), que se caracteriza por las modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco (droga) en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación.

La **drogodependencia** fue definida por la OMS como un síndrome manifestado por un patrón conductual donde el uso de una sustancia tiene más prioridad que otras conductas, lo cual lleva a establecer este trastorno como un impulso repetido a comprometerse en conductas poco productivas, una tensión creciente hasta que se realiza la conducta, y desaparición rápida de la tensión al realizarla.

Graña (1994), señala que la drogodependencia es aquella que puede producir en un organismo vivo un estado de dependencia psíquica, física o de ambos tipos.

La drogodependencia modifica a la persona que es víctima de este mal, se transforma, sufre y su vida se deteriora en todos los ámbitos. El desarrollo filogenético y ontogenético del hombre ocupa un lugar importante en la explicación científica de las adicciones, unido al importante papel social y familiar. (Calderón, Ariel, 2000).

La **Drogadicción** es la unión de dos palabras: **droga** y **adicción**. La adicción a las drogas, también llamada **drogodependencia o toxicomanía**, es un estado de alteración, a veces de intoxicación, provocado por ingestión (consumo)

de una o varias drogas. Consideremos a la drogadicción como una enfermedad y no como un vicio. La adicción es un hábito tan arraigado que produce dependencia de algo o compulsión a hacer algo.

En sectores de bajos recursos la característica de una persona adicta está prácticamente obligado a delinquir, ya sea vendiendo drogas para poder conseguir dinero y solventar su propio consumo robando para obtener dinero con el cual comprar las drogas que necesita.

La dependencia se inicia por el uso, luego por el abuso y luego a la drogadicción, que es un fenómeno de nuestra época, la cual está entre nosotros y aumenta la población consumidora de sustancias psicoactiva diariamente, siendo uno de los grandes males físico y mental que aqueja actualmente a la humanidad. La drogadicción es una patología social porque afecta a muchísimas personas, a los adictos y a sus familiares, su entorno laboral y no laboral (amigos, vecinos, compañeros, profesores, etc.). Es un problema social, político y económico; es social ya que afecta a gran parte de la población de los jóvenes, quienes son los próximos líderes de una sociedad. Además, es un problema social en la medida en que la gente que presenta dependencia a las drogas no pueda visualizar su futuro, proyectarse y tener objetivos de vida; como por ejemplo los jóvenes de clase alta encontramos como factor predisponente el hastío: tener todo al alcance de sus manos (materialmente hablando) puede incitarlos a buscar “nuevas sensaciones”.

El problema de la drogodependencia, puede ser político porque va estropeando el bien común, puesto que no ayuda a la búsqueda de una vida solidaria. La drogadicción favorece la insensibilidad social de los jóvenes; la droga es un elemento de evasión, para evitar enfrentar conflictos, y restringe el

interés social. El efecto político del consumo de drogas es la evasión a los problemas, “aquí y ahora”; la juventud drogada, se distancia de la realidad cotidiana, se va alejando de los conflictos sociales, y ésta puede ser una intención política, ya que de esa manera quizá no existen quejas, es un sometimiento efectivo.

Usar o consumir drogas es algo que hacemos todos de alguna manera, esto se puede reflejar en el consumo de medicamentos por alguna sintomatología física; pero la drogadicción es no poder dejar de consumir la o las drogas en forma sistemática; vivir para las drogas. El adicto se plantea solamente dónde y cómo conseguirlas, su vida está centrada en este tema. Según Beneit, García y Mayor (1997) los drogadictos organizan más su dependencia y la cultivan.

La dependencia es requerida por sus usuarios para su comodidad o sentirse bien psicológicamente (muchas veces no logrado), y sufren trastornos y efectos desagradables una vez suspendido el consumo, a veces con depresión. En las últimas décadas, la edad de iniciación ha descendido, detectándose las edades de consumo en edad infantil de 7 años aproximadamente así como también en los adolescentes adictos la edad de inicio de consumo es entre los 11 y 13 años aproximadamente.

Según CEDRO (2016), refiere de acuerdo a un estudio epidemiológico realizado por la institución mencionada, demuestran que el consumo de alcohol es un problema grave de salud pública, y que el alcohol es la droga más consumida en el país (Perú). La prevalencia de vida en el país sobre el consumo de bebidas alcohólicas alcanzó en el 2013 el 82.1% de la población y en el 2015 al 86.2%. Estos resultados indican que de **ocho a nueve de cada diez** peruanos entre los **12**

y **65 años consumió alcohol al menos una vez en la vida.** El porcentaje de acuerdo a genero se encontró en hombres (87.8%) y de mujeres (84.92%) que consumen alcohol, pero de acuerdo al estudio se observa que existe una tendencia progresiva en las mujeres de alcanzar el valor de los varones. En el estudio epidemiológico la mayor prevalencia de vida de alcohol se observó en el grupo de 30 a 39 años (92.5%) y **la menor en el grupo de 12 a 18 años (59.7%),** población que es de importancia para el estudio de Calidad de vida de esta tesis.

TABLA 2.8: PERÚ 2015: PRINCIPALES INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DE CONSUMO DE DROGAS SOCIALES E ILEGALES

| SUSTANCIA | PREVALENCIA DE VIDA (%) | PREVALENCIA DE ÚLTIMO AÑO (%) | USO ACTUAL (ÚLTIMO MES) (%) | INCIDENCIA (%) |
|------------|-------------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------------|
| Alcohol. | 86.2 | 69.1 | 37.5 | 49.9 |
| Tabaco. | 58.5 | 26.0 | 14.7 | 12.5 |
| Marihuana. | 8.0 | 1.9 | 0.7 | 0.8 |
| PBC. | 2.5 | 0.7 | 0.5 | 0.1 |
| Cocaína. | 2.3 | 0.7 | 0.2 | 0.045 |

Fuente: CEDRO: Zavaleta y cols (2015) Epidemiología de Drogas en Población Urbana Peruana 2015: Encuesta de hogares.

TABLA 2.9: PERÚ 2015: EDAD PROMEDIO DE INICIO DEL CONSUMO DE DROGAS SOCIALES E ILEGALES

| SUSTANCIA | TOTAL (AÑOS) | MASCULINO (AÑOS) | FEMENINO (AÑOS) |
|------------|--------------|------------------|-----------------|
| Alcohol. | 17.8 | 16.6 | 18.8 |
| Tabaco. | 18.2 | 17.2 | 19.3 |
| Marihuana. | 19.4 | 19.2 | 19.9 |
| PBC. | 19.2 | 19.3 | 18.7 |
| Cocaína. | 19.8 | 20.0 | 19.2 |

Fuente: CEDRO: Zavaleta y cols (2015) Epidemiología de Drogas en Población Urbana Peruana 2015: Encuesta de hogares.

Los estudios epidemiológicos realizados por Cedro y otras instituciones demostraron que la segunda sustancia psicoactiva más consumida en el Perú es el Tabaco; así mismo señalaron que el inicio del consumo cada vez es de menor edad y con mayor preocupación en los adolescentes, jóvenes y mujeres.

En el estudio epidemiológico de CEDRO, Zavaleta y col (2008), informaron que los resultados de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en jóvenes encontraron que el consumo en algunas ciudades del interior del país como Ica, es mayor en mujeres escolares que en hombres, lo que sugiere un rápido incremento del consumo en las adolescentes del sexo femenino.

1.3. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO DE CONSUMO

El Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes - Conace (2007), institución del Gobierno de Chile, señala que la prevención ideal es aquella que tiene como objetivo el mejoramiento de la calidad de vida, a través del desarrollo integral de la persona, ya que constituye el mejor protector para enfrentar cualquier situación de riesgo.

1.3.1 FACTORES DE PROTECCIÓN

Son los que en constante interacción, pueden contribuir a reducir las probabilidades de que surjan problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactiva (SPA); apoyando el desarrollo del individuo, (autoestima, tolerancia a la frustración, adecuada resolución de conflictos, etc. factores sociales relacionados con un adecuado sistema de relaciones familiares, calidad en la comunicación, existencia de límites, promoción de estilos de vida saludables, redes de apoyo social, etc.). Estos factores no poseen necesariamente una relación

causal con el consumo de SPA, sino más bien aumentan o disminuyen la probabilidad de consumo. (Conace, 2007).

1.3.2 FACTORES DE RIESGO

Son las situaciones o conductas de la persona y el contexto que hacen más probable el consumo de SPA; Factores Personales (inestabilidad emocional, poca o nula tolerancia a la frustración, problemas de conducta, aislamiento) y Factores Socio-Familiares (estilos de vida, mayor oferta, valores establecidos, etc.) (Conace, 2007).

Factores de Riesgo de Carácter Personal

Nató y Rodríguez (2001) señalan que hay ciertas características privativas de cada persona, influidas por las condiciones del entorno en que vive, pueden causar que la probabilidad de consumir drogas se transforme en una dependencia.

Los riesgos de carácter personal pueden ser según:

- **Edad**

La pre adolescencia y la adolescencia son las edades más frecuentes en el inicio de los consumos de alcohol y otras drogas, pues de por sí el individuo sufre una serie de cambios físicos y emocionales que se caracterizan por la confusión y la angustia. Pero no sólo esas edades pueden ser factores de riesgo, mujeres y hombres a cualquier edad pueden, bajo diferentes circunstancias, pensar en el alcohol como forma de ayudarse a superar momentos de estrés, soledad, tristeza, angustia, dolor, etc. Los medicamentos entrañan también otro peligro en momentos como los nombrados, especialmente entre las mujeres (Nató y Rodríguez, 2001).

- **Pobre o bajo nivel de autoestima**

Beber alcohol o consumir drogas suelen ser recursos utilizados por personas que tienen un bajo concepto de sí mismas, para evadirse de la realidad, ya que sus efectos reducen la percepción de la escasa o ninguna validez que se otorgan. Los cambios físicos y psicológicos de la pre adolescencia y la adolescencia agudizan esta situación, que no solamente produce sufrimiento sino que dificulta el desarrollo personal y social (Nató y Rodríguez, 2001).

- **Escasa tolerancia a la frustración**

No saber aceptar fracasos y frustraciones puede llevar a buscar situaciones o sensaciones que produzcan una gratificación rápida, sin pensar que muchas veces la solución buscada es el principio de más problemas que aportarán frustraciones aún mayores (Nató y Rodríguez, 2001).

- **Baja capacidad para discernir correctamente ante toma de decisiones**

En la interacción social, se presentan numerosas oportunidades donde las personas deben expresar su pensamiento o su deseo de hacer o no en particular. Las dudas o titubeos ante una opción pueden llevarlas a tomar una decisión equivocada (Nató y Rodríguez, 2001).

- **Inconformismo ante las normas sociales**

El abuso del alcohol y / o el consumo de otras drogas pueden ser una forma de negación a vivir acorde con una sociedad percibida como injusta y deshumanizada. Demostrar libertad rompiendo las normas establecidas es olvidarse de que la libertad de cada uno termina donde comienza la libertad de los demás (Nató y Rodríguez, 2001).

▪ **Depresión**

Existen momentos críticos en la vida de las personas causados por situaciones que producen mucha angustia y dolor, que las vuelven más vulnerables y proclives a iniciarse en el consumo de alcohol y otras drogas. Separaciones, divorcios, enfermedad, muerte de seres queridos, fracaso, desempleo, soledad, deudas, etc. son algunas de las causas, entre otras, que pueden provocarla (Nató y Rodríguez, 2001).

Factores de Riesgo de Carácter Familiar

Según Nató et.al (2001), la familia es el núcleo inicial de socialización del niño, en el cual comienza a construirse su personalidad; es lógico, entonces, que el ambiente cotidiano y la interacción entre los miembros que lo componen sean factores importantes a tener en cuenta en relación con el inicio del consumo.

Los factores que se pueden considerar de riesgo dentro del seno familiar tienen directa relación con:

- 1) El ejemplo familiar
- 2) El estilo educativo
- 3) El clima afectivo

1) Ejemplo Familiar

La observación del comportamiento de los padres puede ser el modo de adquirir una conducta determinada. La forma de vida y los valores que éstos muestren ante sus hijos pueden servir de eficaz prevención o, por el contrario, de factor precipitante para el inicio en el consumo de alcohol y de otras drogas (Nató et.al, 2001).

2) Estilo Educativo

La disciplina y una efectiva, pero comprensiva, supervisión pueden neutralizar los factores de riesgo que presentan los siguientes comportamientos parentales (Nató et.al, 2001).

- Ausencia de normas de comportamiento: la permisividad o, por el contrario, el autoritarismo, provocan confusión en los hijos.
- Sobreprotección o abandono: tanto el exceso como la indiferencia en la atención de los hijos pueden favorecer el inicio en los consumos.
- Rigidez en la estructura familiar. Impide o retrasa los procesos de maduración, autonomía e independencia, y provoca sumisión o bien, rebeldía
- Falta de reconocimiento. No aprobar, destacar o premiar los logros de los hijos da como resultado personalidades inseguras y con muy baja autoestima.

3) Clima Afectivo:

El clima que se vive dentro del hogar tiene directa relación con la estabilidad emocional de los miembros de la familia, la que puede vincularse con el consumo de alcohol y otras drogas (Nató et.al, 2001).

- Afectan a la familia:
- La falta de diálogo y de comunicación entre sus miembros
- La violencia doméstica
- Una deficiente relación de pareja entre los progenitores
- Conflictos frecuentes traducidos en discusiones, alteración de roles

- Incompetencia, falta de estabilidad y de responsabilidad de uno o de ambos padres que les impide ofrecer seguridad y protección a los hijos
- Historial de consumo de alcohol y otras drogas por parte de uno de ellos
- Falta de sentido de pertenencia

Factores de Riesgo de Carácter Comunitario

En opinión de Nató et.al (2001), se entiende por comunidad el grupo de personas pertenecientes al ambiente donde el individuo se desenvuelve y realiza su proceso para convertirse en persona. Aunque la familia es la primera comunidad natural, nos referiremos aquí al entorno comunitario, que comprende el grupo de amigos, la escuela, colegio o universidad, el lugar de trabajo, la empresa o institución donde se desenvuelve, el barrio, la ciudad donde vive, etc.

Los factores de riesgo que pueden presentarse son:

- **Dependencia del Grupo**

El joven que no tiene sentido de pertenencia respecto de su familia y que no mantiene con ellos una buena comunicación e interacción debido a diferentes conflictos personales o familiares puede utilizar el grupo de amigos como sustituto. Si el grupo es permisivo en cuanto al uso de alcohol y otras drogas, como solidaridad y para solidificar su presencia en el grupo, el individuo adoptará esa misma actitud hacia ellas (Nató et.al, 2001).

- **Presión del Grupo**

Mantener la integración con el grupo de amigos en la adolescencia implica la aceptación de sus normas y valores. Si el grupo bebe alcohol o consumo otro tipo de drogas el ofrecimiento se dará sin duda. La posibilidad de negarse se hace

difícil por el temor de que ésta puede ser interpretada como rechazo al grupo al que quiere seguir perteneciendo (Nató et.al, 2001).

▪ **Resentimiento Social**

El exacerbado ofrecimiento de artículos de consumo y bienes materiales unido a la falta de oportunidades personales y familiares para adquirirlos, a ser víctima de diferentes violencias, y a la falta de afecto, entre muchas otras causas, pueden ocasionar en el individuo (sobre todo en la niñez y la adolescencia) el paulatino crecimiento de resentimiento se exterioriza con transgresiones de menor o mayor gravedad. El abuso en el consumo de alcohol y la utilización de diferentes drogas son también formas de transgresión a las normas sociales (Nató et.al, 2001).

▪ **Actitud de los Líderes Sociales ante las Drogas**

Los padres son los modelos que ayudan al consumo de las drogas, incluidas las legales como alcohol, tabaco y medicamentos, la actitud ambivalente de los líderes sociales hacia ellas puede servir como influencia negativa en el inicio del consumo (Nató et.al, 2001).

▪ **Relaciones Conflictivas en la Comunidad de Estudio o Trabajo**

La falta de integración en el medio en que se desenvuelve se manifiesta con el fracaso, rechazo a normas de convivencia y la negativa a la participación en actividades sociales e institucionales en adultos y niños. Los estilos inapropiados en la forma de relacionarse pueden constituir peligrosos factores que incidan en el comienzo del consumo (Nató et.al, 2001). Se puede mencionar:

- Actitudes exageradas en cuanto a la rigidez e inflexibilidad de normas
- Exigencia que genera auto exigencia

- Mucha expectativa por los resultados sin valorar – propiciar el individualismo

- **Exceso de Tiempo Libre**

El aburrimiento es un importante factor de riesgo, la escasez de centros recreativos y educativos son alternativas válidas de interacción social de bajo costo. También se puede incluir absentismo, a la deserción escolar y desempleo (Nató et.al, 2001).

- **Disponibilidad de las Drogas**

Las drogas están en todas partes y no es difícil acceder a ellas (Nató et.al, 2001).

Factores de Riesgo de Carácter Social

Según Nató et.al (2001), en los últimos años la sociedad ha experimentado una serie de modificaciones, dando lugar a un cambio en la actitud de las personas, se puede mencionar:

- **Actitudes sociales que pueden propiciar el consumo de drogas**

Escepticismo, hedonismo, y consumismo son todas respuestas a la búsqueda de gratificación inmediata que caracteriza a muchas de nuestras sociedades occidentales. La falta de solidaridad lleva a que primen los intereses individuales sobre los colectivos, haciendo que muchas personas vean como válido su enriquecimiento personal aunque esté basado en el dolor y la tragedia de otros. La aceptación generalizada de las drogas legales dificulta la toma de conciencia de la sociedad en cuanto a su utilización y a los riesgos que conlleva su consumo (Nató et.al, 2001).

- **Factores Socio Ambientales Negativos**

La cantidad de factores socioeconómicos negativos que afectan a una gran cantidad sobre todo en las grandes ciudades ha dado un aumento en el consumo de drogas, por ej. déficit de viviendas, escasez de servicios públicos, etc. son circunstancias negativas que favorecen los consumos, ya que determinadas condiciones pueden ocasionar una pérdida en la capacidad para enfrentar problemas, es cuando las drogas se convierten en una alternativa (Nató et.al, 2001).

- **Medios de Comunicación Social**

El tratamiento que los medios dan a las drogas está distorsionado, plagado de estereotipos y de confusiones en cuanto a los conceptos que se relacionan con ella (Nató et.al, 2001).

- **Publicidad**

La promoción durante años de las drogas legales logró impactar a usuarios considerados no tradicionales, como mujeres y menores. La precocidad de los consumidores de alcohol es uno de los problemas más serios en la actualidad, la publicidad ha hecho que se asocien las bebidas alcohólicas con entretenimiento y diversión, compañerismo y juventud. Un fenómeno de esta época es que la cerveza se ve como un refresco más, la publicidad explícita o subliminal está presente en la mayoría de los eventos sociales, se los emparenta con la gratificación y el poder (Nató et.al, 2001).

1.4 MOTIVACIONES PARA EL CONSUMO

En el problema de consumo existen niveles de consumo, denominados de la siguiente manera (Conace, 2007):

No Problemático (Uso): Experimental y Ocasional

Problemático (Abuso): Habitual, Consumo Compulsivo (Adicción)

La experiencia y algunas investigaciones, en especial con adolescentes que han consumido drogas, permiten afirmar que las motivaciones más frecuentes son (Conace, 2007):

- Aumentar la seguridad en sí mismo.
- Aliviar tensiones.
- Sentirse parte de un grupo.
- Necesidad de experimentar nuevas sensaciones.
- Evadir conflictos.
- Placer.
- Psicopatología

Detección Precoz de consumo de sustancias

Según el Conace (2007) es la acción de identificar o detectar signos, señales claves o situaciones que hacen presumir un consumo problemático de sustancia psicoactivas. La detección se puede realizar a través de:

- La observación.
- La entrevistas exploratorias.
- Aplicación de instrumentos evaluativos.

1.5 INDICADORES PRESUNTIVOS DE CONSUMO

PROBLEMÁTICO

Son indicadores que se asocian al consumo de sustancias, pueden hacer presumir algún trastorno de consumo (Conace, 2007). Entre las señales de alerta, destacamos:

Relaciones interpersonales

- Cambios de amistades que llaman la atención.
- No presentar a la familia las nuevas amistades o relaciones significativas.
- Evasión del tema frente a la familia.
- Selección de grupos de pares de mayor edad.

Cambios en el estado de ánimo

- Cambios de humor. (Por ejemplo: irritabilidad sin motivos aparentes).
- Desinterés por las cosas o actividades que antes le motivaban.
- Actitud de indiferencia.
- Distanciamiento afectivo.
- Distimia/Depresión.

Cambios en la relación comunicacional

- Comunicación defensiva o agresiva.
- Incurrir en mentiras reiteradas/Manipulación.
- Solo recalca lo defectos de los adultos.
- Llegadas tardes reiteradas, fuera de lo habitual, sin aviso.
- Incumplimiento de tareas.
- Salidas sin permiso o a escondidas.

Cambio de hábitos

- Alteraciones en el sueño.

- Despreocupación por la propia persona (falta de higiene, aumento o pérdida de peso, etc.)

Cambios en la Conducta

- Falta a clases reiteradas.
- Bajas en el rendimiento cognitivo.
- Problemas disciplinarios.
- Alteración de la capacidad de concentración, de la atención y de la memoria.
- No cumplir con las tareas en forma repetida.
- Desinterés por actividades extra-programáticas.
- Frecuentar lugares donde se consume drogas/Identificación con culturas asociadas al consumo de SPA
- Robos en la casa.
- Situaciones de riesgo vital: intentos de suicidio, violencia, traumatismos, etc.

1.6 DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL CONSUMO Y EFECTO DE LAS SUSTANCIAS ADICTIVAS

En los antecedentes de consumo de drogas se ha observado que la tendencia de la población en consumo eran los varones y las mujeres en menor tendencia del consumo de sustancias, tanto legales, como ilegales.

En la actualidad del siglo XXI, la tendencia de consumo por género están cambiando, se conoce por la Encuesta Nacional sobre Drogas a la Población Escolar -de 14 a 18 años- (Observatorio Español, 1998), que en España más

mujeres que varones consumen alcohol, tabaco y tranquilizantes, y que la frecuencia de consumo de las restantes sustancias psicoactivas es casi tan elevado como la de los varones.

Con respecto al consumo de alcohol se han ofrecido algunas explicaciones de las diferencias de género (NCADI, 2001). Por ejemplo, al conocerse que las mujeres sufren más depresión que los varones, puede ser un motivo de mayor consumo de alcohol. Las mujeres que consumen mucho alcohol (beben cinco o más copas seguidas varias veces en el mes) tienden más que los varones a decir que beben para escapar a los problemas o por frustración o enfado. Asimismo, las amistades tienen una gran influencia en las mujeres en general, pero son particularmente susceptibles a la presión de los iguales cuando se trata de beber y son introducidas con frecuencia al alcohol por los novios, que pueden ser mayores y tienden más a beber.

Con respecto al abuso de sustancias psicoactivas, aunque en todo el mundo más hombres que mujeres abusan de las drogas, el abuso y dependencia de las drogas le plantea a la mujer problemas significativos. Wasilow-Mueller et al. (2001) hacen un análisis de esta realidad. Por ejemplo, con relación al tabaco, se ha reconocido que el tema del fumar es claramente un asunto que afecta particularmente a la mujer. El fumar es una principal causa prevenible de muerte y enfermedad entre las mujeres. En muchos países occidentales más mujeres mueren de cáncer del pulmón que de cáncer de mama. Son muchas las consecuencias negativas del tabaco en la salud de la mujer. El fumar es la causa principal de los cánceres de boca y faringe, vejiga, hígado, colon y recto, de cuello del útero, de páncreas y riñón. El fumar es también la causa fundamental de

enfermedad coronaria en la mujer, aumenta el riesgo de hemorragia cerebral, de aneurisma de aorta abdominal y de aterosclerosis carótida. Asimismo, es la causa primera de enfermedad obstructiva pulmonar crónica. El riesgo aumenta con el número de cigarrillos fumados y la duración del hábito de fumar (Wasilow-Mueller et al., 2001).

Las mujeres que fuman tienen riesgos aumentados de infertilidad primaria y secundaria, así como de embarazo ectópico y aborto espontáneo. Las mujeres postmenopáusicas que fuman tienen una densidad ósea inferior y un riesgo aumentado de fractura de cadera, en comparación con las que no fuman (Wasilow-Mueller et al., 2001).

Existen también diferencias de género en el fumar (NIDA, 2001), los ensayos de cesar de fumar en gran escala muestran que las mujeres tienden menos a iniciar el abandono y a reincidir si abandonan. El síndrome de abstinencia es más intenso en ellas y tienden más que los hombres a ganar peso cuando lo abandonan.

Con relación al alcohol, los estudios muestran que las mujeres son más vulnerables que los hombres a lesiones en los órganos relacionados con el alcohol y al trauma resultante de accidentes de tráfico y violencia. Las mujeres se embriagan más que los hombres con cantidades idénticas de alcohol. Con menos contenido de agua y más contenido de grasa en sus cuerpos, el alcohol se diluye menos en las mujeres que en los hombres. Las enzimas que ayudan a metabolizar el alcohol en el cuerpo son menos eficientes en las mujeres que en los hombres. La cirrosis hepática que resulta del consumo crónico de alcohol ocurre en las

mujeres en menos tiempo de consumo que en los hombres, de acuerdo a National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information (NCADI, 1998).

Las mujeres tienen un riesgo relativo mayor de lesiones por conducción de vehículos que los hombres con las mismas concentraciones de alcohol. Los estudios de laboratorio sugieren que puede haber diferencias de género en cómo el alcohol afecta la realización de las tareas de conducir vehículos (Wasillow-Mueller, 2001). Asimismo, las mujeres tienden más que los hombres a combinar alcohol con medicamentos. La interacción peligrosa alcohol-droga o droga-droga ocurre con más frecuencia en mujeres que en hombres.

Con respecto al hachís, si bien no se han encontrado hasta el momento que las mujeres sufran efectos más adversos que los hombres (a excepción del consumo durante el embarazo, que afecta al feto en crecimiento), la nocividad que comporta para ambos sexos hace de su consumo un problema grave también para la mujer. A corto plazo, el hachís puede ocasionar problemas con la memoria y el aprendizaje, percepción distorsionada, trastornos en el pensamiento y en la solución de problemas, pérdida de coordinación y un aumento del ritmo cardíaco, así como ansiedad.

A largo plazo, consumir mucho hachís puede jugar un papel en algunos tipos de cáncer, ya que en esta planta se encuentran las mismas sustancias químicas halladas en el humo del tabaco. Por otro lado, produce los mismos tipos de problemas respiratorios de los fumadores de cigarrillos: tos y disnea. Los consumidores regulares tienden a padecer más catarros y están en riesgo mayor de adquirir infecciones pulmonares, como la neumonía (NIDA, 1998). El consumo de hachís tiene el agravante de que aumenta la probabilidad de comenzar a

consumir otras drogas ilegales. El riesgo de consumir cocaína, por ejemplo, es 104 veces mayor para aquellos que han probado el hachís, que para los que no lo han hecho. Muy pocos jóvenes comienzan el consumo de las llamadas drogas duras, sin haber consumido hachís. El consumo de hachís coloca al adolescente en contacto con las personas que son consumidores y vendedores de otras drogas (NIDA, 1998).

Con respecto al consumo no médico de drogas de prescripción, se ha encontrado (NCADI, 2001) que el aumento más importante en nuevos consumidores ocurre entre los 12 y 17 años. Con respecto a las diferencias de género, aunque en general, los hombres y las mujeres tienen tasas más o menos similares de consumo no médico de drogas de prescripción, más chicas que chicos consumen medicamentos psicoterapéuticos en el rango de edad de 12 a 17 años. Además, las investigaciones han mostrado que las mujeres y hombres que consumen opioides tienden igualmente a hacerse adictos. Sin embargo, entre las mujeres y los hombres que consumen, tanto sedantes, ansiolíticos, como hipnóticos, las mujeres tienen el doble de probabilidad de hacerse adictas.

Esta realidad adversa para la mujer hace necesario plantearse estudios dirigidos específicamente a la población femenina, que profundicen en la problemática del consumo de sustancias psicoactivas, para adecuar las medidas preventivas a sus necesidades particulares. Como quiera que estos comportamientos aparecen y evolucionan en la adolescencia, es necesario indagar en el por qué unas chicas consumen sustancias y otras no (NCADI, 2001).

Diferentes modelos teóricos han pretendido integrar los factores de riesgo identificados en las investigaciones en las dos décadas pasadas, tanto de corte

transversal, como longitudinales. A continuación presentamos algunos de los más importantes en la literatura científica de psicología del desarrollo, los cuales abarcan los principales aportes de los resultados de dichos estudios.

A. El Modelo de la Teoría de la Acción Razonada

Este es uno de los modelos más difundidos sobre la relación entre los factores cognitivos y consumo de drogas. Fue elaborado por Fishbein y Azjen y claramente explicado por Luengo Martín (2000), se plantea que la causa más inmediata del uso de drogas será las intenciones para consumir o no consumir. Estas intenciones (o decisiones) estarán determinadas por dos componentes: las actitudes hacia el consumo y, por otra parte, las creencias “normativas” sobre el consumo. Las actitudes vienen dadas por las consecuencias (positivas y negativas) que esperan los adolescentes del consumo de drogas y por el valor afectivo que esas consecuencias tengan para el sujeto. Si el joven le concede más valor a los beneficios que a los costes del consumo, mostrará actitudes positivas hacia el mismo. Las creencias normativas o normas subjetivas, por otro lado, dependen de la percepción que los jóvenes tengan de que otras personas importantes para ellos aprueban, esperan y desean su consumo, así como del convencimiento de que el consumo está ampliamente extendido y aceptado en sus grupos de referencia. Las actitudes positivas hacia el consumo de sustancias y las creencias normativas que consideran que el consumo está ampliamente difundido en su ambiente social favorecen el consumo de sustancias en el propio adolescente.

B. El modelo social-contextual

Diferentes modelos teóricos pretenden explicar el desarrollo de los comportamientos problema como el consumo de sustancias, que incluyen una variedad de factores de riesgo y protectores del contexto social. El marco social de los factores de riesgo y protectores ha sido básicamente planteado por Hawkins, J. y Catalano, R. (1992) y desarrollado por diferentes autores, generalmente han enfocado a la familia, los amigos y la escuela.

El ámbito familiar ha sido uno de los más estudiados como contexto primario de socialización que transmite valores, normas de conducta, concepciones del mundo, actitudes y estilos de vida. La familia es una institución social, un grupo humano, cuyos miembros están emocionalmente implicados, y configurada por interrelaciones entre sus miembros; se trata del primer entorno donde se desenvuelve el niño. La familia constituye el primer núcleo de aprendizaje y de socialización de los hijos: adquisiciones básicas, normas, creencias y, en general, en ella se conforma su personalidad y se desarrollan sus capacidades afectivas y sociales (Egea E., 1999). En relación con el consumo de sustancias psicoactivas, los estudios han diferenciado la estructura familiar del funcionamiento familiar. La estructura se refiere a si los adolescentes conviven o no con ambos padres. El funcionamiento familiar se refiere a las relaciones y comunicación con los padres, las prácticas educativas o de crianza de éstos y la influencia de padres y hermanos como modelos (Luengo Martín, M.A. et al. 2000).

En la estructura familiar, se ha encontrado niveles superiores de consumo de alcohol, tanto por los adolescentes, como por sus padres, en familias

desintegradas. Asimismo, los adolescentes en familias monoparentales con la madre solamente tienen más probabilidad de consumir sustancias que los que conviven con ambos padres (Hops, H. et al., 1996).

Las relaciones con los padres; algunos investigadores han demostrado que el consumo de sustancias se asocia a relaciones tensas y conflictivas en el medio familiar, a la poca implicación de los padres en las relaciones con los hijos, al poco tiempo empleado por los hijos con la familia. La adolescencia es considerada con frecuencia como un momento de conflicto elevado con los padres, en la medida en que el niño lucha hacia una autodefinición y se prepara para independizarse de la familia. Mientras que parece normal una cierta cantidad de conflicto, parte normal de la vida familiar, el conflicto severo daña tanto a los adolescentes como a sus padres (Currie, C. 2000). En particular, los métodos de los miembros de la familia para resolver conflictos pueden ser importantes para el desarrollo, tanto de factores protectores (por ejemplo, habilidades interpersonales), como factores de riesgo, como baja autoestima, depresión y abuso de sustancias.

En el estudio de la OMS en una muestra representativa de escolares de 11, 13 y 15 años de 29 países desarrollados (Currie, C. 2000) se encontró que las mujeres y varones tienen menos dificultad en comunicarse con sus madres que con sus padres. En cada país, los jóvenes parecen ver a sus madres como más asequibles que sus padres; las madres por eso juegan un papel más sustancial en ayudar a los hijos con sus problemas.

Este estudio se encontró que los fumadores regulares son mucho más numerosos entre aquéllos con una pobre comunicación con la familia. Esta

relación es mucho más fuerte para las mujeres que para los varones. Las asociaciones son más fuertes también en las mujeres con relación al consumo de alcohol. (Currie, C., 2000). Asimismo, los estudios han mostrado que aquellos adolescentes que pasan más tiempo con sus familias y menos con los amigos, tienen un riesgo menor de involucrarse en el consumo de sustancias.

La supervisión de los padres, tienen un papel importante en las prácticas educativas de los progenitores que permiten el consumo de sustancias se ha identificado la poca supervisión paterna, definida ésta como “el conjunto de comportamientos parentales correlacionados dirigidos a atender y seguirle la pista de las andanzas, actividades y asociaciones de los hijos” (Stattin et al. 2000). Dónde van los niños y adolescentes y con quienes emplean el tiempo después de las horas escolares se ha convertido en una preocupación central para padres, investigadores y políticos. La necesidad de comprender mejor la dinámica de la experiencia después del horario escolar es especialmente importante en los primeros años adolescentes, un período durante el cual comienza el autocuidado y donde abundan las oportunidades de actividades dirigidas por sí mismo con o sin padres y otros supervisores adultos presentes. Teniendo en cuenta que la mayor parte de la actividad desviada tiene lugar en las horas libres después de la escuela, se hace necesario identificar las condiciones y contextos que pueden aumentar o atenuar los riesgos asociados con la actividad no supervisada (Pettit, G.S et al. 1999).

La ausencia de supervisión ha demostrado ser un factor clave para el cambio hacia los iguales desviados. Por lo tanto, los adolescentes que son poco supervisados por sus padres en cuanto a amistades, actividades y empleo del

tiempo libre tienden a consumir sustancias y presentar otros tipos de comportamientos problema. Es lógico, entonces, que la relativa ausencia de supervisión efectiva, combinada con un elevado grado de implicación del adolescente en las actividades con los iguales, en donde no está presente ninguna supervisión adulta, puede constituir una mezcla potencialmente peligrosa (Pettit G.S. et al., 1999).

Los padres como modelos, en diferentes estudios se ha mostrado que la influencia de los parental como modeladores de comportamiento ha tenido una significación importante como predictor de consumo de sustancias psicoactivas en los hijos. Los adolescentes aprenden sus comportamientos de beber observando e imitando a los padres. Los padres que consumen drogas y alcohol tienden a tener hijos que también presentan esos hábitos. Cuando los padres ven el consumo de sustancias como algo normal en su propia vida, hay una proporción mayor de iniciación, escalada y consumo continuado en los hijos. Las normas parentales pueden ser comunicadas indirectamente a los adolescentes a través de cómo los padres involucran a sus hijos en su propio consumo (Pettit G.S. et al., 1999).

Se ha encontrado que aumenta el riesgo de fumar en las mujeres cuando ambos padres fuman. Las mujeres tienden más a fumar cuando las madres fuman (Aghi, M. et al. 2001). Los padres fumadores no sólo sirven de modelos para el consumo en sus hijos; pueden influir de otros modos también. En un hogar donde los padres fumen se expone al joven a una gran cantidad de humo de tabaco; esa exposición puede acostumar a los hijos a la presencia del cigarrillo. Los padres que fuman pueden también facilitar a sus hijos el fumar simplemente ofreciéndoles mayor acceso a los productos del tabaco. Finalmente, los padres que

fuman pueden tener menos a oponerse a que sus hijos fumen una vez que la influencia de los iguales presione a experimentar. También existe evidencia que los adolescentes tienden a fumar si sus hermanos mayores lo hacen (Aghi, M. et al., 2001).

Hop H. et al. (1996) resumen este punto afirmando que la generación actual de adolescentes puede ser la primera cuyos padres crecieron durante los años 60 y 70, una época en que las tasas de consumo de drogas ilegales crecieron. Los padres de los actuales adolescentes pueden ser los primeros en propiciar modelos y ofrecer o estimular el consumo de sustancias como el hachís. El elevado consumo por sólo uno de los dos progenitores puede ser suficiente para influir positivamente en sus hijos adolescentes.

Aunque las relaciones familiares, las prácticas parentales y el proceso de su modelado con respecto a las sustancias han sido identificados como muy importantes en predecir el consumo de sustancias en los hijos, otros contextos sociales afectan también el desarrollo del consumo de sustancias (Hop H. et al., 1996).

El grupo de iguales. En la medida en que crecen los niños, pasan más tiempo con sus iguales, promoviendo el potencial para recibir influencias, tanto positivas como negativas. Los iguales han sido definidos como compañeros de clase, amistades, mejores amigos, amigos del sexo opuesto o del mismo sexo y novios y novias (Aghi, M. et al. 2001).

Los adolescentes se enfrentan a un número de tareas del desarrollo para probarse a sí mismos en sus grupos de referencia. Si el grupo de referencia dominante consiste fundamentalmente de iguales que valoran el consumo de

drogas como un “comportamiento adulto” o como indicador de madurez o independencia de los padres, entonces el adolescente tratará de satisfacer estas expectativas (Tang, C. et al. 1996). Las adolescentes mujeres que tienen una mejor amiga que fuman son nueve veces más proclives a ser fumadoras (Aghi, M. et al. 2001). Se supone que el fumar es una actividad con importantes funciones socializadoras para la chica adolescente. La asociación con iguales en marcos no supervisados con frecuencia es el más fuerte predictor de consumo de sustancias entre los adolescentes. La influencia de los amigos es trascendental, según muestran los estudios. Los amigos configuran las actitudes sobre las drogas, proporcionan las sustancias, comparten ideas y creencias que justifican el consumo de las mismas. Con su comportamiento son importantes modelos a imitar.

El tiempo pasado con los amigos ha sido correlacionado con diferentes comportamientos problema, entre ellos el consumo de sustancias. Muy relacionado con esto, está el empleo del tiempo libre o de ocio, lo cual también ha sido ampliamente estudiado por su importancia como factor predictivo de consumo de sustancia. Por ejemplo, comparados con los escolares que pasan de 1-4 horas a la semana en actividades extracurriculares, los estudiantes que no pasaban tiempo en actividades patrocinadas por la escuela tenían 49% más probabilidad de consumir drogas y 35% más probabilidad de fumar cigarrillos (Zill, N. 1995).

Para fundamentar parte de lo anteriormente mencionado, la encuesta más grande de adolescentes realizada en Estados Unidos (Blum R. et al. 2000), en la cual se estudiaron 12 mil estudiantes de 7° a 12° grados, se encontró que lo que

más importancia tenía para el consumo de sustancias fueron el aprovechamiento escolar, el cómo emplean el tiempo libre, el comportamiento de los amigos y las relaciones con la familia. Los resultados más relevantes fueron: los problemas con el trabajo escolar estuvieron relacionados con el fumar y el consumo de alcohol; andar por ahí con los amigos estuvo asociado con consumo de cigarrillos y consumo de alcohol; y tener amigos que beben y fuman se relacionó con ambos comportamientos¹.

El contexto escolar, es otro de los ámbitos más investigados, la escuela es otro órgano de socialización prioritario con función en la formación socialmente adaptado (García et.al, 2002). El consumo de drogas se relaciona con un bajo rendimiento en el medio escolar, un mayor ausentismo y, en general, una baja implicación en las actividades académicas (y también en las actividades extracurriculares ligadas al medio escolar) (García et.al, 2002).

Además de los factores de contexto familiar y social, algunos investigadores (Duncan, S. y Duncan, T. 2000) también han examinado si el fracaso académico es un “indicador principal” del consumo de sustancias, en el sentido que predice el desarrollo de las mismas. Duncan y Duncan (2000) plantean que existe evidencia creciente de que el fracaso escolar es un factor de riesgo para el desarrollo del consumo de sustancias y otros comportamientos problema. El fracaso académico predice el desarrollo de la depresión, problemas de conducta y consumo de tabaco y otras sustancias. Es decir, que aquéllos que se desempeñan pobremente en la escuela están en riesgo mayor de asociarse con iguales desviados y en participar en consumo de sustancias y otros

¹ Encuesta realizada en Estados Unidos a 12 000 estudiantes de 7° a 12° grado. (2000)

comportamientos problema. Este resultado implica que puede ser posible prevenir el consumo acelerado de sustancias previniendo el fracaso académico y mejorando o promoviendo el éxito académico.

El Modelo de los Comportamientos Problema. Complementando al modelo anterior, el modelo teórico de los comportamientos problema para estudiar y comprender el consumo de sustancias en la adolescencia fue planteado y desarrollado por Jessor y Jessor (1977), quienes definen a los comportamientos problema como aquel tipo de actividades definidas socialmente como problemáticas, que son fuente de preocupación, o que se consideran indeseables para las normas convencionales. Además, su ocurrencia provoca algún tipo de respuesta de control, la cual puede ser leve (la reprobación, la amonestación por parte de los adultos) o puede ser más severa (por ejemplo, el encarcelamiento) (Luengo Martín, 2000). Jessor y Jessor (1977) afirman que los comportamientos tales como consumo de sustancias, comportamiento antisocial, fracaso académico y comportamiento sexual son concurrentes. Plantearon la hipótesis de que un único factor de comportamiento no convencional es común a todos los comportamientos problema en los adolescentes, basándose en sus resultados de sólidas correlaciones entre elevado consumo de alcohol, consumo de marihuana, relaciones sexuales tempranas y desviación general. La teoría de comportamientos problema de Jessor y Jessor ha sido apoyada por la investigación empírica demostrando relaciones entre el consumo de alcohol, cigarrillo, hachis y consumo y abuso de otras sustancias, delincuencia, comportamiento antisocial, práctica sexual precoz e insegura y fracaso académico o bajas expectativas de logro académico.

De acuerdo a la teoría de comportamientos problema, existen fuertes interrelaciones entre los comportamientos problemas en el adolescente porque tienen causas o influencias comunes. Estas serían los factores de riesgo en los contextos sociales referidos por Hawkins y Catalano (1992) y anteriormente explicados.

C. El Modelo de la Regulación Afectiva

Para comprender los factores de riesgo que favorecen el consumo de drogas se ha concebido también el modelo de regulación afectiva. Este modelo se interesa en el estrés, el afecto negativo y la regulación de los estados de ánimo. De acuerdo a este modelo, los adolescentes que consumen sustancias psicoactivas, lo hacen para regular los estados afectivos, por ejemplo, para escapar, evitar estados de ánimo desagradables y para lograr otros más placenteros cuando se encuentran frente a situaciones estresantes. Asimismo, los estresores vitales -sean o no vitales normativos- y las cargas crónicas relacionadas con la escuela y la familia están consistentemente relacionados fuertemente con niveles más elevados de consumo de cigarrillos, alcohol y drogas ilegales. (Gray-Cerbone, 2000).

Según Hoffmann et al. (2000), que han desarrollado la teoría del estrés-enfrentamiento para enfocar los problemas del consumo de sustancias en la adolescencia, la adolescencia temprana es una etapa en que los jóvenes amplían sus marcos sociales y asumen más responsabilidades en la escuela y en el hogar. Consecuentemente, existen potencialmente más situaciones en que los adolescentes experimenten situaciones estresantes. Asimismo, los adolescentes, más que los niños o los adultos, tienden a ver su ambiente como antagónico.

Debido a las características del desarrollo cognitivo en esa etapa, las percepciones del mundo social son frecuentemente dirigidas hacia sí mismos e introspectivas. Los estresores percibidos juegan un papel creciente en la vida de los adolescentes. Además, algunos estudios apuntan a que los adolescentes realmente experimentan más acontecimientos vitales que los niños o los adultos. De esta forma, la carga real o percibida de estrés durante la adolescencia lleva frecuentemente a adaptaciones negativas, tales como un aumento en el consumo de drogas. Otra característica de la etapa de la adolescencia es que existe una inclinación creciente a reaccionar ante la adversidad a través de una variedad de comportamientos desadaptativos. Los jóvenes están pobremente preparados para manejar la adversidad y carecen del poder para afrontar con efectividad las situaciones difíciles que les ocurren. Comparados con los niños, los adolescentes tienden más a reaccionar a los eventos estresantes con emociones negativas y reacciones psicológicas tales como depresión, ira, frustración, nerviosismo y ansiedad (Hoffman, J. 2000). Además, en la medida en que el número de acontecimientos vitales aumenta, la probabilidad de involucrarse en el consumo de drogas, delincuencia y otros comportamientos desviados, aumenta.

Duncan et al. (1977) mencionan diferentes estudios para avalar esta realidad con los jóvenes que aumentaron su policonsumo de sustancias psicoactivas presentaron más ideas suicidas que los que aumentaron poco su consumo de sustancias. Además, los niveles promedio de consumo de alcohol en los adolescentes se relacionaron con las ideas suicidas en la adultez joven para ambos sexos. Asimismo, se concluye que el consumo de sustancias interfiere o

deteriora el funcionamiento físico, psicológico o emocional, incluyendo las ideas suicidas.

King, R.A. et al. (2001) encontraron que la implicancia de las riñas físicas, la aparición de actividad sexual y el consumo (aunque sea de nivel bajo) de tabaco o alcohol aumentaban significativamente el riesgo de ideas suicidas o tentativa de suicidio, consideran estos autores que, consiguientemente, la autodestrucción viaja junto con el comportamiento antisocial hacia afuera. Es decir, que la interiorización de los problemas expresada en comportamientos autodestructivos concurre con la exteriorización de los problemas, manifestada en los comportamientos desviados. En otras investigaciones identificaron una concurrencia significativa de la misma con los problemas del abuso de alcohol y otras sustancias, siendo el cigarrillo el más fuerte predictor de sentimientos depresivos que encontraron. Afirman que se hace necesario reconocer que hay una afluencia sustancial entre los comportamientos de fumar y los síntomas depresivos en la adolescencia. Consecuentemente, para maximizar la efectividad del tratamiento, es importante que las intervenciones contra el fumar evalúen los niveles de problemas de internalización (como estado de ánimo depresivo, baja autoestima e ideas suicidas) y cuando sea apropiado, incluir componentes que se dirijan, tanto a los comportamientos de fumar, como a los síntomas concomitantes de internalización.

Para resumir la importancia de la presencia de estrés, Wills, T.A. et al. (1996) afirman que el estrés en la vida es un factor de riesgo para el consumo de sustancias a través de todas las fases del consumo, desde el inicio hasta el

mantenimiento, y la forma en que las personas responden a situaciones estresantes son predictores importantes del consumo.

2. INVESTIGACIONES EN TORNO AL PROBLEMA INVESTIGADO

2.1 INVESTIGACIONES NACIONALES

Anicama, José; Mayorga, Elizabeth e Hinojosa Carmela (2001), en Lima, realizaron los estudios de CALIDAD DE VIDA Y RECAIDAS EN ADICTOS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE LIMA METROPOLITANA, tiene el objetivo de determinar los niveles de calidad de vida y las características de las recaídas en sujetos consumidores de sustancias psicoactivas, utilizando un tipo de diseño descriptivo – comparativo; se estudió una muestra constituida por 67 sujetos adictos de sustancias psicoactivas teniendo en cuenta ciertos criterios de inclusión. Se usó como instrumento la escala de calidad de vida de Olson y Howard y el cuestionario de recaídas para adictos de Marlatt, aplicados ambos en forma individual y procesada con el SPSS. Se ha encontrado que la calidad de vida de los adictos está muy por debajo de lo hallado en las poblaciones normales, es mejor en los hombres que en las mujeres y se deteriora conforme avanza la edad y el tiempo de consumo. Las principales razones para volver a consumir son los determinantes intrapersonales: sentirse molesto, triste y el no poder resistir los deseos de consumo, así como sus estados emocionales negativos y los determinantes interpersonales, tales como: el conflicto interpersonal y el no poder resistir las invitaciones de consumo. En suma, se observa que la cantidad de recaídas afecta negativamente la calidad de vida. La importancia de estos datos permitirá definir programas de rehabilitación y seguimiento para adictos.

DEVIDA (2013), mostro los resultados del estudio de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas, confirmando que el alcohol sigue siendo la sustancia legal más consumida por los y las escolares; así como también la edad promedio de iniciación es de 13 años y la edad de inicio más baja de consumo se ubica en los 8 años. Uno de cada cuatro estudiantes, es decir el 25%, que declara haber consumido alcohol alguna vez en su vida se inició en la ingesta de alcohol entre los 8 y los 11 años. Sin embargo, el 50% de los bebedores escolares comenzaron la ingesta cuando tenían entre 12 y 14 años. Por otro lado, del 40.5% (900,000) de escolares encuestados que informan haber probado alguna droga legal, sea alcohol o tabaco, el 23.3% admite que lo hizo en el último año y el 12.3% en el último mes antes de la encuesta.

CEDRO (2015), realizó el estudio denominado “Epidemiología de Drogas en la Población Urbana Peruana 2015 - Encuesta de Hogares”, el estudio se realizó mediante encuestas aplicadas a 7881 residentes habituales hombres y mujeres entre los 12 y 65 años en 13 ciudades: Lima Metropolitana; Piura, Trujillo, Ica y Tacna en la costa; Huancayo, Arequipa, Ayacucho, y Cusco en la sierra; Iquitos, Pucallpa, Tarapoto y Tingo María en la selva. Se encontró la prevalencia de vida (uso alguna vez en la vida) de drogas legales fue 86.2% en el caso de bebidas alcohólicas y 58.5% en el caso del tabaco. En cuanto a las drogas ilegales, la sustancia con mayor prevalencia de vida fue la marihuana (8.0%), luego la pasta básica de cocaína (2.5%) y por último el clorhidrato de cocaína (2.3%). El 3.8% de encuestados informó haber recibido al menos un ofrecimiento para consumir éxtasis; 0.6% recibió ofrecimiento para usar heroína y 0.1% para consumir opio. Los resultados de la investigación permitieron establecer

diferencias en el consumo de drogas sociales e ilegales según las variables de sexo, edad, nivel de instrucción y lugar de residencia; así como información sobre variables epidemiológicas de consumo (prevalencia e incidencia por ejemplo) pero también edades de inicio, oportunidad de consumo y otras variables consideradas como factores de riesgo y protección. En forma similar a otras encuestas realizadas previamente por Cedro, y otras instituciones, se observó que las drogas sociales (alcohol y tabaco) son las que presentan mayor prevalencia de vida (consumo al menos una vez en la vida), seguidas por las drogas ilegales (marihuana, PBC y clorhidrato de cocaína) y en menor porcentaje otras drogas como el éxtasis.

2.2 INVESTIGACIONES INTERNACIONALES

En cuanto a las investigaciones internacionales se encontraron los siguientes antecedentes:

Casas, F; Alfaro, J; et al. (2015), realizaron el estudio del bienestar subjetivo en la infancia con el siguiente nombre: Estudio de la comparabilidad de 3 escalas psicométricas en 4 países de habla latina En esta investigación, se analiza la comparabilidad intercultural de tres escalas de bienestar subjetivo, en estudiantes del primer curso de enseñanza secundaria en Brasil, Chile, España y Rumania, con el objetivo de poder conocer e intervenir en la política de los estados que están interesados en analizar las diferentes dimensiones que componen el bienestar subjetivo de los niños y los adolescentes, grupos a los cuales se les ha prestado escasa atención si se lo compara con la literatura sobre la población adulta. Las escalas multi-ítem muestran buen ajuste con los datos de las

muestras agregadas, así como con los respectivos modelos multigrupo con cargas restringidas, avalando la comparabilidad de las correlaciones y regresiones entre las poblaciones. No obstante, los modelos no ajustan con cargas y constantes restringidas, sugiriendo que las medias no son comparables entre países. Así también los resultados muestran puntuaciones en el bienestar subjetivo más altas que las esperadas en poblaciones adultas occidentales. Los resultados del modelo de ecuaciones estructurales que incluye todas las escalas sugieren que las dos escalas por ámbitos participan de un mismo supraconstructo.

Casas, F y Bello, A (2012), realizó un estudio a un grupo de hombres y mujeres de 1ro de Educación Secundaria Obligatoria de toda España (ESO), el objetivo del estudio es conocer y analizar sus opiniones y percepciones sobre diferentes aspectos y ámbitos de su vida, así como sus niveles de satisfacción con los mismos, y de esta manera generar conocimiento y alimentar el debate público sobre el bienestar infantil desde una perspectiva subjetiva. Fueron 143 centros en todo el territorio español; en cada centro se seleccionó dos aulas de 1º de ESO, administrándose el cuestionario Índice General de Bienestar Subjetivo (IGBS), grupalmente en su aula habitual, por investigadores previamente formados, durante el primer trimestre del curso escolar 2011-2012. La muestra incluye un total de 5.934 niños y niñas de primero de ESO y está compuesta por un 59,7% de alumnos de centros públicos, un 36,5% de centros privados concertados y un 3,8% de centros privados no concertados. La conclusión que llegó este estudio es que los niños y niñas españoles que cursan primero de ESO están mayoritariamente muy satisfechos con sus vidas. A partir de esta constatación, analizaron hasta qué punto el bienestar subjetivo de niños y niñas, evaluado

mediante el IGBS, varía de forma significativa en función de las condiciones materiales y personales de sus vidas, de sus actividades, de sus percepciones y evaluaciones, y de sus aspiraciones. Los resultados parecen sugerir que ambos sexos tienen una tendencia hacia un nivel muy alto de satisfacción global, que se refleja en aspectos o ámbitos distintos según el sexo, y que globalmente se compensan, para acabar sin diferencias significativas globales cuando se va más allá de los ámbitos (la lógica de las escalas libres de contexto tiene que ver con captar ese algo más de la antigua idea gestáltica de que “el todo es más que la simple suma de las partes”). En cualquier caso, parece claro que el que haya o no diferencias de género en las respuestas puede estar muy influenciado por factores del entorno geográfico o socio-cultural.

Lozano, Oscar (2005), en España – Granada, realizó el ESTUDIO DE LA FIABILIDAD Y APORTAR EVIDENCIAS DE VALIDEZ DEL TEST PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN ADICTOS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (TECVASP). En este estudio, realizado en España, participaron 359 pacientes de cinco comunidades terapéuticas gestionadas por la Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias. Además del TECVASP, se aplicó la sección de «uso de sustancias» de la versión española del Maudsley Addiction Profile (MAP) y se recogió información sociodemográfica de los pacientes. Los resultados que obtuvieron es una estimación de fiabilidad, calculada con el coeficiente alfa de Cronbach, fue adecuada, con un valor de 0,861. En los tres estudios de validación se muestran evidencias a favor del uso de las puntuaciones del test para el objetivo previsto, ya que se detectan diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

en pacientes: 1) incluidos en programa de desintoxicación con la de otros que están en deshabituación, 2) consumidores de «rebujo» (mezcla de heroína y cocaína base) que están en programa de tratamiento con metadona con la de otros que no están en tratamiento con metadona, y 3) al ingreso en comunidad terapéutica y al finalizar el tratamiento. Las propiedades métricas obtenidas señalan la pertinencia del TECVASP para medir la CVRS de personas drogodependientes, recomendando su uso cuando se quiera estimar la CVRS de pacientes que se encuentran en distintas fases del tratamiento de la dependencia.

CAPÍTULO III:

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Este trabajo de investigación tiene el interés de dar a conocer la calidad de vida en niños y adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas, por lo que se ha revisado los conceptos de “calidad de vida”, siendo un concepto que surge en el siglo XX y su nacimiento está ligado a los países desarrollados. El avance de los bienes materiales y servicios propician que las necesidades básicas se encuentren satisfechas (en gran parte de la población), posibilitando a la ciudadanía gozar de una vida plena (Ramírez, Pascual y Gómez, 1999). Ambas ideas -la satisfacción de las necesidades básicas y la consecución de una vida plena- están en el origen del constructo *Calidad de Vida*. Por ello, desde su origen hay que vincularlo con otros constructos como el de *felicidad* y la *satisfacción personal*.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) realizó un estudio utilizando expertos en Calidad de Vida (CV), cuyo objetivo era delimitar las áreas de evaluación y los indicadores de cada una de éstas. Los expertos del grupo World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) partieron de la siguiente definición de CV (1995: 1405): “*la percepción de los individuos sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que viven, y con relación a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto amplio que oscila, incorporando de una manera compleja la salud física de las personas, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y su relación con los rasgos salientes de su ambiente*”.

Actualmente el consumo de drogas es un problema latente en el bienestar de la familia y de la persona. De acuerdo con DEVIDA (2012), el 8.1% de los escolares a nivel nacional 177,000 adolescentes aproximadamente han ingerido sustancias ilegales, tales como marihuana, PBC, cocaína, éxtasis, alucinógenos, entre otras; siendo la edad promedio de inicio entre los 13 y 14 años. Los centros de Comunidad Terapéutica, buscan propiciar cambios en la persona hallándoles un nuevo estilo de vida, rehabilitándolos en las distintas esferas personales y sociales, sin embargo durante el tiempo de experiencia de trabajo profesional en el tema de la adicción, se ha observado que existe mayores investigaciones y trabajos de prevención y promoción de salud referidos a la población adulta dejando algunas veces de lado a la población más joven que son los niños y adolescentes es por ello la necesidad de poder presentar investigaciones de rehabilitación en niños y adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas.

CAPÍTULO IV:

OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre la Calidad de Vida, Tiempo de Consumo de Sustancias Psicoactivas y el Tiempo de Permanencia de Niños, Niñas y Adolescentes en la Comunidad Terapéutica de Lima.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la Calidad de Vida de Niños, Niñas y Adolescentes Adictos a Sustancias Psicoactivas en una Comunidad Terapéutica de Lima.
2. Identificar el tiempo de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Niños, Niñas y Adolescentes de la Comunidad Terapéutica de Lima
3. Conocer el tiempo de Permanencia de los Niños, Niñas y Adolescentes Adictos a Sustancias Psicoactivas de la Comunidad Terapéutica de Lima
4. Identificar la relación que existe entre la Calidad de Vida, Tiempo de Consumo de Sustancias Psicoactivas, Tiempo de Permanencia de Niños, Niñas y Adolescentes en una Comunidad Terapéutica, de acuerdo a las variables control: Sexo y Edad.

CAPÍTULO V: METODOLOGÍA

1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es correlacional debido a que la finalidad es conocer si es que las variaciones en los valores de una variable se acompañan de variaciones en la otra variable (co-variación) (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 81).

El nivel y tipo de la presente investigación es básico ya que la finalidad es generar nuevos conocimientos, incrementando los ya existentes sin modificar la realidad o contrastar de manera práctica los hallazgos (Behar, 2008, p. 34). Así mismo es de tipo descriptiva ya que no se manipulan intencionalmente las variables del estudio.

2. POBLACIÓN

Los participantes son 86 entre niños, niñas y adolescentes de ambos sexos de una Comunidad Terapéutica.

Las características de los participantes son:

A.- Sexo: Masculino y Femenino

B.- Edad: 7 – 18 años

C.- Nivel Socio Económico: Bajo

D.- Tipo de Drogas Consumidas: terokal, alcohol y pasta básica

E.- Lugar: Comunidad Terapéutica para Niños, Niñas y Adolescentes

3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.1 CALIDAD DE VIDA

Según Lozano (2005), para medir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, (test diseñado específicamente para la población drogodependiente (TECVASP)), recogido en el anexo I. Éste está formado por 22 ítems (18 positivos y 4 negativos [ítems 15, 19, 20 y 21]) con un formato de respuesta graduada de cinco alternativas. Las alternativas de respuesta son codificadas con las siguientes puntuaciones: a) en los ítems positivos: nada (5 puntos), poco (4 puntos), a veces (3 puntos), bastante (2 puntos) y mucho (1 punto); b) en los ítems negativos: nada (1 punto), poco (2 puntos), a veces (3 puntos), bastante (4 puntos) y mucho (5 puntos). De esta forma, en cada ítem una mayor puntuación representa una valoración más positiva del contenido, y en el test una mayor puntuación representa una mejor CVRS.

3.2 TIEMPO DE CONSUMO

El tiempo de consumo de sustancias psicoactivas, es el número de meses que tiene la persona como historia de consumo antes de que ingrese a un centro de rehabilitación.

3.3 TIEMPO DE PERMANENCIA

El tiempo de permanencia, es el número de meses que tiene la persona en un espacio determinado.

3.4 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLES | ESCALA DE MEDICIÓN |
|-----------------------|--------------------|
| Tiempo de Permanencia | Cuantitativa |
| Tiempo de Consumo | Cuantitativa |
| Calidad de Vida | Ordinal |

3.5 HIPÓTESIS

General

Existe una fuerte relación entre la Calidad de Vida, Tiempo de Consumo de Sustancias Psicoactivas y el Tiempo de Permanencia de Niños, Niñas y Adolescentes en la Comunidad Terapéutica de Lima.

Específicas

- Existe una fuerte relación entre el Tiempo de Permanencia y la Calidad de Vida de Niños, Niñas y Adolescentes en una Comunidad Terapéutica
- Existe una fuerte relación entre el Tiempo de Permanencia y Tiempo de Consumo de Niños, Niñas y Adolescentes en una Comunidad Terapéutica
- Existe una fuerte relación el Tiempo de Consumo y la Calidad de Vida de Niños, Niñas y Adolescentes en una Comunidad Terapéutica

4. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

4.1 PROCEDIMIENTOS

- Se estableció contacto con la Comunidad Terapéutica a través de la Dirección Técnica de la comunidad, para la autorización del estudio.

- Seguidamente la Dirección Técnica y los tutores familiares firman el consentimiento del trabajo de investigación en la Comunidad Terapéutica; así mismo los participantes firmaron el asentimiento para iniciar el trabajo de investigación.

4.2 INSTRUMENTOS

Se utilizó un cuestionario de datos importantes del problema de consumo de sustancias psicoactivas y un instrumento de evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP) y las fichas de datos de los residentes de la Comunidad Terapéutica que nos brindó la oportunidad de realizar la investigación.

FICHA TÉCNICA

Nombre del Instrumento: Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP).

Año: 2005

País: España - Granada

Validez y Confiabilidad: El cálculo de la fiabilidad se realizó mediante el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach. Para aportar evidencias de validez se realizaron comparaciones de medias para muestras independientes. La consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach, es de un valor de 0,861. El análisis de los ítems muestra valores del

índice de homogeneidad (correlación ítem-total corregido) aceptables para todos los ítems, a excepción de los obtenidos en los ítems 15 ($r = 0,022$), 19 ($r = 0,124$) y 21 ($r = 0,001$), en los que se obtienen valores bajos.

Se realizó el estudio piloto con una población de 168 estudiantes de un colegio de la ciudad de Lima, para realizar la validez y confiabilidad del instrumento, teniendo en cuenta los fines del trabajo de investigación de niños y adolescentes, de ambos sexos de la ciudad de Lima – Perú. Se analizó estadísticamente con el de alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0.7; así mismo se desarrolló el criterio de jueces para la validez lingüística, lo que ayudó a la revisión semántica del instrumento. Luego se revisó las puntuaciones para caracterizar los niveles de Calidad de Vida, para este estudio en niños y adolescentes de ambos sexos, estableciendo los cuartiles de la siguiente forma; de 0 a 82 puntos nivel malo, de 83 a 87 puntos nivel regular, de 88 a 91 puntos nivel bueno y de 92 a 112 nivel muy bueno.

Calificación:

La medida de la CVRS se emplea del test diseñado específicamente para la población drogodependiente

(TECVASP), adjuntado en el anexo I. Él test está formado por 22 ítems (18 positivos y 4 negativos [ítems 15, 19, 20 y 21]) con un formato de respuesta graduada de cinco alternativas. Las alternativas de respuesta son codificadas con las siguientes puntuaciones: a) Ítems positivos: nada (5 puntos), poco (4 puntos), a veces (3 puntos), bastante (2 puntos) y mucho (1 punto); b) Ítems negativos: nada (1 punto), poco (2 puntos), a veces (3 puntos), bastante (4 puntos) y mucho (5 puntos). De esta forma, en cada ítem una mayor puntuación representa una valoración más positiva del contenido, y en el test una mayor puntuación representa una mejor CVRS.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se presentó el proyecto de investigación al Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, quienes autorizaron que a partir del 16 de Agosto del 2016, se inicie el trabajo de investigación.

La dirección técnica y los familiares tutores de la población estudiada firmaron el documento de consentimiento de la investigación; así mismo los participantes firmaron el asentimiento para iniciar el trabajo de investigación. La comunidad terapéutica, brindo la información de cada participante, teniendo en cuenta la codificación que se utiliza para los fines de la investigación. Finalmente, se realizó una actividad de intervención para elevar la motivación del cambio de vida teniendo en cuenta los resultados obtenidos.

6. PLAN DE ANÁLISIS

Los datos fueron recogidos después de aplicados el cuestionario y el test TECVASP, se guardó la información numérica del test en el programa de análisis de datos SPSS 15. Se empleó después de colocado en todas las celdas la información numérica, luego se analizó con el coeficiente de correlación de Spearman, la cual servirá de ayuda para conocer los resultados de los objetivos planteados, teniendo en cuenta que todas las variables son de característica numérica, dos variables son cuantitativas (tiempo de permanencia y tiempo de consumo) y una variables es ordinal (calidad de vida). Las correlaciones que se realizaron fueron de forma bivariada.

CAPÍTULO VI:

RESULTADOS

Tabla 1
Característica de la población general

| | EDAD | SEXO | | TIPO DE DROGA | |
|--------------|------|-----------|-----------|---------------|--------------|
| | | MASCULINO | FEMENINO | Terokal | Pasta Básica |
| INFANCIA | 7 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| | 8 | 2 | 0 | 2 | 2 |
| | 9 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| | 10 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| ADOLESCENCIA | 11 | 4 | 1 | 5 | 5 |
| | 12 | 6 | 2 | 8 | 8 |
| | 13 | 12 | 4 | 16 | 16 |
| | 14 | 13 | 8 | 21 | 21 |
| | 15 | 7 | 9 | 16 | 16 |
| | 16 | 0 | 11 | 11 | 11 |
| | 17 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| | 18 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| TOTAL | | 47 | 39 | 86 | 86 |

En la tabla 1, se observa que la población adolescente (14 años), de sexo masculino, presentan el mayor número de personas consumidores (21) de sustancia psicoactiva como el terokal y pasta básica, así mismo se observa que la población infantil (7años, 9 años y 10 años), tienen el menor número de personas consumidores de sustancias psicoactivas (2 masculinos y 1 femenino).

Tabla 2

Frecuencia de los niveles de calidad de vida según la población general

| Calidad de Vida | N | % |
|------------------------|-----------|----------------|
| Malo | 66 | 77% |
| Regular | 3 | 3% |
| Buena | 7 | 8% |
| Muy Buena | 10 | 12% |
| TOTAL | 86 | 100.00% |

En la tabla 2, se muestra los niveles de calidad de vida de la población el cual se observa que el mayor número de personas se encuentra en la categoría de malo con un 77%, en la categoría de muy buena se encuentra el 12% de la población y en la categoría Regular el 3% de la población investigada.

Tabla 3
Niveles de Calidad de Vida según sexo

| Calidad de Vida | M | % | F | % |
|------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| Malo | 37 | 78.72% | 28 | 71.79% |
| Regular | 2 | 4.26% | 2 | 5.13% |
| Buena | 5 | 10.64% | 2 | 5.13% |
| Muy Buena | 3 | 6.38% | 7 | 17.95% |
| TOTAL | 47 | 100% | 39 | 100% |

En la tabla 3, se muestra los niveles de calidad de vida de la población de acuerdo al sexo, el cual se observa que el mayor número de personas se encuentra en el sexo masculino, en las categorías de malo con un 78.72%, en la categoría de buena se encuentra el 10.64% de la población masculina y en la categoría muy buena el 6.38% de la población total de masculinos. Así mismo en la tabla 3, se muestra los niveles de calidad de vida de la población femenina de acuerdo a las

categorías de calidad de vida. El mayor número de personas femeninas se encuentra en la categoría de malo con un 71.79% y en la categoría de muy buena se encuentra el 17.95% de la población femenina.

Tabla 4
Población de acuerdo a la etapa de desarrollo humano

| Etapa de Desarrollo | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|
| Infancia Media (6 – 11 años) | 10 | 11,6 |
| Adolescencia (11- 19 o 20 años) | 76 | 88,4 |
| Total | 86 | 100,0 |

En la tabla 4, se presenta el grupo etario de la población estudiada, teniendo en cuenta la definición de Infancia Media y Adolescencia según Papalia, D (2010). En la tabla 8, se observa que el 11.6% (10 infantes) de la población son infantes y el 88.4% (76 adolescentes) de la población, son adolescentes.

Tabla 5
Tiempo de consumo de drogas en la población en general

| Frecuencia | Nº Meses |
|-------------------|-----------------|
| Promedio | 14.31 |
| Mediana | 12.00 |
| Moda | 12 |

En la tabla 5, se muestra el promedio del tiempo de consumo de la población el cual se encontró a través del análisis de dato un promedio de 14 meses de consumo y que la mayoría de la población tiene 12 meses de consumo; así como también la mayor parte de los residentes está concentrada en un tiempo de consumo menor a los 20 meses.

Tabla 6
Frecuencia del tiempo de consumo (meses) según el sexo

| | Meses | |
|----------|--------------|----------|
| | H | M |
| PROMEDIO | 13.49 | 15.31 |
| MEDIA | 12 | 12 |
| MODA | 12 | 12 |
| n = | 47 | 39 |

Desagregando la información de los residentes de la comunidad terapéutica, vemos en la tabla 6, que existe un mayor número de hombres (47) que de mujeres (39). Sin embargo, en relación al tiempo de consumo el promedio es mayor para las mujeres (15 meses) que para los hombres (13 meses). Además, comparten la mayor cantidad de residentes con un tiempo de consumo de un año y se aprecia una tendencia común en su distribución pues la mayor parte de los residentes tienen 20 meses o menos de tiempo de consumo.

Tabla 7
Tiempo de permanencia en la comunidad terapéutica en la población en general

| | Meses |
|---------|--------------|
| Media | 8.67 |
| Mediana | 6.00 |
| Moda | 2 |
| n= | 86 |

En esta tabla 7, de frecuencias, encontramos que el promedio de tiempo de permanencia de los residentes de la comunidad terapéutica es de 8 meses. Además, observamos que la mayor parte de los residentes está concentrada en un tiempo de permanencia en la institución menor a los 10 meses, con el grupo más numeroso que abarca residentes con un tiempo de permanencia de 2 meses en la institución.

Tabla 8
Frecuencia del Tiempo de Permanencia en internamiento en la Comunidad Terapéutica, según el sexo

| | Meses | |
|----------|-------|-------|
| | H | M |
| PROMEDIO | 7.53 | 10.05 |
| MEDIA | 5.00 | 9.00 |
| MODA | 1 | 2 |
| n = | 47 | 39 |

Desagregando la información de acuerdo al sexo de los residentes de la Comunidad Terapéutica, vemos en la tabla 8, el tiempo de permanencia en promedio es mayor para las mujeres (10 meses) que para los hombres (7 meses). En ambos casos, existe una proporción importante de residentes que tienen 10 meses o menos de permanencia, siendo más frecuente el número de mujeres con 2 meses de permanencia y el número de hombres con un mes de permanencia dentro de la institución.

Tabla 9
Correlación bivariada de tiempo de permanencia – Calidad de Vida

| | | Calidad de Vida | |
|-----------------|------------------------------|-----------------------------|------------------|
| Rho de Spearman | Tiempo de Permanencia | Coefficiente de correlación | -,410(**) |
| | | Sig. (bilateral) | ,000 |
| | | N | 86 |

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 9, observamos la correlación bivariada entre tiempo de permanencia y calidad de vida, con un índice de significancia de - 0.410, la cual nos indica que de acuerdo a la permanencia de los infantes y adolescentes, la calidad de vida de la población disminuye, esto puede deberse al tiempo de

consumo que puede tener la población así como también la adaptación que mantienen en el programa de rehabilitación.

Tabla 10
Correlación bivariada de tiempo de permanencia – Consumo

| | | Consumo | |
|-----------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------|
| Rho de Spearman | Tiempo de Permanencia | Coefficiente de correlación | ,396(**) |
| | | Sig. (bilateral) | ,000 |
| | | N | 86 |

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 10, observamos la correlación bivariada entre tiempo de permanencia y consumo, con un índice de significancia de 0.396, la cual nos indica que existe relación muy significativa entre la permanencia de los infantes y adolescentes con el tiempo de consumo ya que debido al tiempo que permanezca la población en el centro de rehabilitación, no aumentara el tiempo de consumo, debido a que la población mantiene las reglas de convivencia dentro del centro indicando cierta adherencia al programa de tratamiento.

Tabla 11
Correlación bivariada de tiempo de consumo – calidad de vida

| | | Calidad de Vida | |
|-----------------|--------------------------|-----------------------------|------------------|
| Rho de Spearman | Tiempo de consumo | Coefficiente de correlación | -,285(**) |
| | | Sig. (bilateral) | ,008 |
| | | N | 86 |

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 11, observamos la correlación bivariada entre tiempo de consumo y calidad de vida, con un índice de significancia de -0.285, la cual nos

indica que de acuerdo al tiempo de consumo que ha mantenido la población, la calidad de vida disminuye, esto se confirma con la respuesta de la correlación de permanencia y calidad de vida ya que desciende la Calidad de Vida a causa de mantenerse poco tiempo en el centro de rehabilitación ya que el fenómeno de recaída es constante para el tratamiento de abstinencia ya que el tiempo de consumo es de largo data.

CAPÍTULO VII:

DISCUSIÓN

La población investigada son de niños, niñas y adolescentes consumidores de terokal, alcohol y pasta básica, esta población se encontraba en tratamiento terapéutico.

De acuerdo a la revisión literaria nacional e internacional sobre estudios relacionados a niños, niñas y adolescentes con las variables investigadas de Calidad de Vida, Tiempo de Consumo de sustancias Psicoactivas y Permanencia en un Centro de Rehabilitación; encontramos pocos antecedentes que se acercan a las características de la población estudiada; sin embargo se encontró un estudio nacional de DEVIDA en el 2013, la que mostró que la edad de inicio más baja de consumo se ubica en los 8 años, dato parecido al trabajo, siendo la edad de inicio de consumo 7 años. Otro estudio que nos ayuda a tener relevancia en el trabajo con los niños es la investigación de CEDRO del 2015, el estudio era conocer la “Epidemiología de Drogas en la Población Urbana Peruana 2015 - Encuesta de Hogares”, se encontró que adolescentes de 12 años tenían una prevalencia de vida (usó alguna vez en la vida) de drogas legales con el alcohol, sustancia que la población estudiada en la tesis de Calidad de Vida refiere fue la bebida con que iniciaron el consumo de drogas.

La investigación realizada por Casas y Bello en el 2012, dio a conocer que los niños del primer año de secundaria de colegios públicos y privados de España se encontraban muy satisfechos con sus vidas. Aparentemente en el estudio, esta población no indica que sean consumidores de alguna sustancia psicoactiva, pero

podemos tenerla como referencia ya que existen muchos estudios para adultos y muy pocos para niños y adolescentes, sin embargo este estudio nos proporciona información de Calidad de Vida, que es una variable de nuestro interés.

En nuestra investigación, se observó que la Calidad de Vida dentro de la Comunidad Terapéutica disminuye; debido a que los niños y adolescentes tienen problemas de adaptación, como consecuencia del tiempo de consumo que estos niños y adolescentes mantienen antes de ingresar a la Comunidad Terapéutica. Otra variable observada es el tiempo de permanencia en el centro terapéutico que indica cómo se va adaptando el niño y adolescente; esta última variable es un poco difícil de trabajar en el Centro de Rehabilitación ya que depende de muchos factores, como sociales, familiares y personales.

El principal objetivo de la investigación realizada por Casas y otros (2015) en Brasil, Chile, España y Rumania, fue conocer cómo era la calidad de vida de los niños latinoamericanos, quienes encontraron que la calidad de vida era mejor en comparación a los adultos; sin embargo no se puede generalizar la información ya que solo fue hecha en dos países latinoamericanos y es complicado comparar el bienestar de un niño con el de adulto, pero nos ayuda a conocer investigaciones recientes que trabajan con los niños y adolescentes, ya que esta población no cuenta con instrumentos para estudiar diversas variables que pueden influir en su desarrollo de vida.

En cuanto a la investigación realizada, tenemos otra variable estudiada como el tiempo de consumo. Esta variable la relacionamos con calidad de vida, para conocer cuál es la relación que existe entre ambas variables; sin embargo el estudio indicó que, de acuerdo al tiempo de consumo que han mantenido los niños

y adolescentes del estudio realizado, la calidad de vida disminuye, esto se debería a que la población estudiada tiene arraigado el consumo a las diferentes sustancias psicoactivas ya que era una población que vivía en la calle, lugares de riesgo al consumos de drogas y sin ninguna regla de convivencia o algo parecido a la normas de convivencia en casa, es por ello que nuestros resultados señalan que en la población estudiada no se observa adaptación total al medio donde reside, ya que han sido restringidos al contacto del consumo de drogas y de algunas otras actividades ilícitas. En el centro de rehabilitación, tiene característica de residencia familiar con normas de convivencia y con actividades recreativas en familia.

Otro de los antecedentes de trabajo de investigación en niños y adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas, fue la tesis de Lozano en el 2005, quien realizó el estudio de la fiabilidad y evidencias de validez del Test para la evaluación de Calidad de Vida en adultos adictos a sustancias psicoactivas (TECVASP). En el estudio de Lozano, participaron 359 pacientes de cinco comunidades terapéuticas, en donde encontró que las propiedades psicométricas obtenidas señalan la pertinencia del test para medir la CVRS de personas drogodependientes, recomendando su uso cuando se quiera estimar la CVRS de pacientes que se encuentran en distintas fases del tratamiento de la dependencia; sin embargo esta prueba psicométrica se trabajó en adultos, por lo que fue necesario realizar algunos ajustes para la investigación con niños y adolescentes ya que para ser evaluados con dicho test, se tuvo que modificar las preguntas de manera semántica, las calificaciones que se pudo obtener en la prueba piloto fue

de consideración para plantar los baremos para la calificación de CALIDAD DE VIDA en niños y adolescentes drogodependientes.

En cuanto al estudio del Dr. Anicama con otros investigadores en el 2001, ayuda a esta investigación para percibir cuánto se conoce de calidad de vida en drogodependientes, pero con la muestra de adultos, utilizó variables como CALIDAD DE VIDA Y RECAIDAS EN ADICTOS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE LIMA METROPOLITANA, usaron la escala de calidad de vida de Olson y Howard y el cuestionario de recaídas para adictos de Marlatt, ambos cuestionarios dieron como resultados que la calidad de vida de los adictos está muy por debajo de lo hallado en las poblaciones normales, es mejor en los hombres que en las mujeres y que la Calidad de Vida se deteriora conforme avanza la edad y el tiempo de consumo.

En esta investigación, más allá de dar resultados numéricos y cualitativos, se busca motivar a los demás profesionales en estudiar a una población vulnerable por ser personas en desarrollo y que en ellos podemos proyectar el futuro del país, la cual debemos prepararlos para enfrentar a las diferentes circunstancias de la vida las cuales pueden ser nuestros futuros profesionales, líderes o posibles gobernantes.

Es importante tener en cuenta que las características de los niños y adolescentes son distintas a los adultos en los diferentes géneros, es imposible tener solamente como base los antecedentes de trabajos en adultos ya que las respuestas de ellos son más elaborados o fácticos, mientras que en nuestros niños y adolescentes son más concretos sin tener mucha elaboración en sus respuestas.

Dejamos como motivación para los investigadores trabajos parecidos al que se está presentado para poder ayudar a la intervención de la población de niños y adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas.

CAPÍTULO VIII:

CONCLUSIONES

1. En el estudio se observa que la calidad de vida en la población es mala, debido a que los niños, niñas y adolescentes, inician demasiado temprano a consumir sustancias psicoactivas. La población de mayor consumo son los adolescentes con un 88.4% de la población investigada.
2. El tiempo de consumo de la población que presentaron antes de ingresar a la comunidad era de larga data y algunos eran hijos de padres consumidores.
3. En los datos generales se observa que existe un promedio de tiempo de permanencia en la comunidad terapéutica entre 8 a 2 meses. Las mujeres, presentan más tiempo de permanencia en el centro de rehabilitación (10 meses) mientras que los varones pueden mantenerse en el centro de rehabilitación solo 7 meses.
4. En la población que se investigó, se puede señalar que a mayor meses en el centro, la calidad de vida disminuye; esto puede darse por diferentes factores: el tiempo de consumo es demasiado alto que le resulta mayor esfuerzo interiorizar reglas y normas; así mismo adherirse al programa es más voluntarioso ya que es difícil mantenerlos a la fuerza en el centro. En esta conclusión, está comprometida la edad cronológica ya que los niños y adolescentes aún están en formación y adaptación al medio social. Así mismo el tiempo de permanencia está relacionado al tiempo de consumo, de manera significativa, esta relación depende de la edad cronológica de los participantes ya que podemos decir que de acuerdo a la madurez o desarrollo personal logran adherirse al programa de tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aghi, M.; Asma, S.; Yeong, Ch. y Vaithinathan, R. (2001). Why women and girls use tobacco. Initiation and maintenance of tobacco use. En Samet, J. y Yoon, S. (coord.), *Women and the Tobacco Epidemic. Challenges for the 21st century*. (pp. 49-61). Canadá: WHO. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/32609879/WHO-Conference-on-Women-and-Tobacco-in-Kobe>
- Anicama, J. (2001). Calidad de Vida y Recaídas en Adictos a Sustancias Psicoactivas de Lima Metropolitana. *Psicoactiva*, 19, 7-27.
- Alarcón, R. (2008). *Métodos y Diseños de Investigación del Comportamiento*. (2a.ed.) Lima: Universidad Ricardo Palma, Edit. Universitaria.
- Beneit, J. V.; García, C.; Mayor, L. I. (1997). *Intervención en drogodependencias. Un enfoque multidisciplinar*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Berzon, R., Hays, R. D., y Shumaker, S. A. (1993). Preface. International use, application and performance of health-related quality of life instruments. *Quality of Life Research*, 2, 367-368.
- Blum, R. (2000). National Longitudinal Study of Adolescent Health. *American Journal of Public Health*, 90(12).
- Breslin, S. (1991). Quality of life: How is it measured and defined? *Urologia Internationalis*, 46, 246-251
- Casas, F., Alfaro, J., Sarriera, J.C., Bedin, L., Grigoras, B., Bălțătescu, S., Malo, S. y Sirlopú, D. (2015). El bienestar subjetivo en la infancia: Estudio de la comparabilidad de 3 escalas psicométricas en 4 países de habla latina.

Psicoperspectivas, 14(1), 6-18. Recuperado desde <http://www.psicoperspectivas.cl/doi:10.5027/psicoperspectivas-vol14-issue1-fulltext-522>

Casas, F y Bello, A (2012) *Calidad de Vida y Bienestar Infantil Subjetivo en España. ¿Qué afecta al bienestar de niños y niñas españoles de 1º de ESO?* Madrid: UNICEF España.

Cedro (2016) *El Problema de las Drogas en el Perú 2016*. Lima: Cedro.

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes CONACE y Ministerio del Interior y Salud Pública (2007). *Orientaciones Generales para la detección precoz del consume de drogas*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

Corless, I. B., Nicholas, P. K., y Nokes, K. M. (2001). Issues in cross-cultural quality of life research. *Journal of Nursing Scholarship*, 33, 15-21.

Currie, C. (2000). *Health behavior in school-aged children: a WHO cross-national study. International Report*. Copenhagen: Health Promotion and Investment for Health, World Health Organization

Devida (2012) *IV Estudio Nacional: Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2012*. Lima: Devida - OPD

Duncan, S y Duncan, T. (1977) Adolescent alcohol use development and young adult outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 49(1), 39-48.

Duncan, S y Duncan, T. (1998) Progressions of alcohol, cigarette, and marijuana use in adolescence. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(4), 375-388.

- Duncan, S. y Duncan, T. (2000) Risk and protective factors influencing adolescent problem behavior: a multivariate latent growth curve analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 22 (2), 103-109.
- Egea Molina, E. (1999). *Intervención en Drogodependencias*. Curso de Capacitación Pedagógica. España: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- García, L; Gonzáles, M.T. y Molina, E. (2002). *Consumo de sustancias en chicas adolescentes*. Islas Canarias: Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.
- Graña Gómez, J. L. (1994). *Conductas Adictivas* (1 ed.) Madrid: Editorial Debate.
- Gray-Cerbone, F. (2000). A bibliographic essay: the relationship between stress and substance use. *Substance Use and Misuse*, 35(5), 757-786.
- 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), 64-10.
- Hoffmann, J. (2000). A growth curve analysis of stress and adolescent drug use. *Substance Use and Misuse*, 35(5), 687-716.
- Hops, H.; Duncan, T.E; Duncan, S.C. y Stoolmiller, M. (1996) Parent substance use as a predictor of adolescent use: a six year lagged analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 18(3), 157-164.
- Jessor, R. y Jessor, S. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- King, R.A.; Schwab-Stone, M.; Flisher, A.J; Greenwald, S.; Kramer, R.A; Goodman, S.H. et al. (2001). Psychosocial and risk behavior correlates of

youth suicide attempts and suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7), 837-46

Lozano Rojas, O. M. (2005). *Construcción de un Test para medir la Calidad de Vida relacionada con la Salud en Drogodependientes aplicación de un modelo politómico de la teoría de respuesta al ítem*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Granada, Granada, España.

Luengo, M.A; Romero, E.; Gómez, J.A; Guerra. A. y Lence, M. (2000) *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information. (NCADI) *Alcohol use among girls*. Recuperado de www.health.org/govpubs

National Institute on Drug Abuse (NIDA) (1998). *Marijuana: facts for teens*. U.S.: Department of Health and Human Services.

Nató, A. y Rodríguez, G. (2001). *Las víctimas de las drogas*. Buenos Aires: Editorial Universidad.

NIDA. *Nicotine addictions*. Extraído el 20 de abril de 2001, de www.nida.nih.gov.

Observatorio Español (1998). *Encuesta sobre drogas a la población escolar*. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio del Interior.

Organización Mundial de la Salud (1969). *Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia*. (Serie de Informes Técnicos N°407). Ginebra: OMS.

- Peretti, C. y Leselbaum, N. (1999) *Les lycées parisiens et les substances psychoactives: Évolutions*. Paris: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.
- Pettit, G.; Bates, J.E; Dodge, K.A. y Meece, D.W. (1999). The impact of after-school peer contact on early adolescent externalizing problems is moderated by parental monitoring, perceived neighborhood safety, and prior adjustment. *Child Development*, 70(3), 768-778.
- Ramírez, P., Pascual, N. y Gómez, Y. (1999). *La búsqueda de la calidad de vida: una aproximación interpretativa*. Granada: Servicio de publicaciones de la Universidad de Granada.
- Rosig, E. I. (2003). *Métodos Psicométricos*. [Monografía: Programa de Estudio]. Tucumán: Argentina.; Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Tucumán.
- Stattin, H. y Kerr, M. (2000). Parental monitoring: a reinterpretation. *Child Development*, 71(4), 1072-1085.
- Stuifbergen, A.K., Seraphine, A. y Roberts, G. (2000). An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. *Nursing Research*, 49, 122-130.
- Tang, C. y Schwarzer, R. (1996) Psychological differences between occasional and regular adolescent users of marijuana and heroin. *Journal of Youth and Adolescence*, 25(2), 219–239.
- Wasilow-Mueller, S. y Erickson, C.K. (2001). Drug abuse and dependency: understanding gender differences in etiology and management. *Journal of the American Pharmaceutical Association*. 41(1), 78-90.

- Wills, T.A., Vaccaro, D.; McNamara, G. y Hirky, A.E. (1996). Escalated substance use: a longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 166-180
- Wilson, M. y Cleary, P. (1995). Linking clinical variables with health related quality of life. *JAMA*, 273(1), 59-65
- Wilson, E. (2000). *Young women and tobacco*. Women's Health Conference Summary. Medscape.
- World Health Organization Quality of Life, Group. (1995). *The world health organization quality of life assessment (WHOQOL)*: Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Zill, N. (1995). *Adolescent time use, risk behaviors and outcomes*. U.S. Dpt. of Health and Human Services.

ANEXOS

ANEXO N°1

TECVASP

Encuestador: _____ Centro _____ N° de test _____

A continuación se le va a preguntar sobre su salud **durante el último mes**. Su tarea consistirá en responder a cada una de las preguntas con **total sinceridad**. Para ello, contará con 5 alternativas de respuesta (debiendo señalar solamente una). Éstas expresan el grado con el que ha tenido o sentido los síntomas y situaciones que aparecen en las preguntas. Las respuestas que usted puede dar son las siguientes:

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

Su tarea consistirá en señalar la opción de respuesta (solamente una) que **mejor** indica el grado en el que ha sentido o ha tenido lo que se describe en cada pregunta **durante el último mes**. Veamos un ejemplo:

Ejemplo 1: Durante el último mes, en qué medida he padecido dolores de cabeza:

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

Al marcar la respuesta '*poco*' estoy indicando que durante el último mes he sentido pocos dolores de cabeza.

Antes de empezar recuerde que es importante que responda **sinceramente**. Además, teniendo en cuenta el enunciado, trate de elegir adecuadamente la respuesta que **mejor** le representa **durante el último mes**.

Es importante que haya entendido correctamente su tarea. Si tiene alguna duda, pregúntela antes de comenzar.

Durante el **último mes**, en qué medida:

1. Has tenido dolor (físico)

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

2. Has tenido problemas de sueño

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

3. Has tenido vómitos (ganas de devolver)

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

4. Te has sentido fatigado (cansado)

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

5. Has estado ansioso (nervioso)

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

6. Has estado deprimido (decaído, bajo de moral, has tenido ‘ganas de abandonar’)

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

7. Te has sentido agresivo

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

8. Has tenido problemas para recordar cosas (no te has acordado de nombres, de dónde pones las cosas, etc.)

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

9. Has tenido alucinaciones

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

10. Has tenido problemas para concentrarte (‘estar metido en lo que haces, no despistarte al hacer tareas, etc.)

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

11. Has tenido problemas para orientarte (no has sabido llegar a casa o lugares conocidos)

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

12. Has consumido drogas para estar bien **físicamente**

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

13. Has consumido drogas para estar bien **psicológicamente** (mentalmente)

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

14. Has estado mal físicamente para hacer actividades cotidianas (vestirte, asearte, etc.)

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

15. Has tenido personas que se han preocupado por ti

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

16. Crees que tu salud **psicológica** (mental) está deteriorada (mal)

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

17. Has tenido problemas familiares

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

18. Crees que el consumo de drogas ha empeorado tus actividades sociales (ir con amigos, trabajar, etc.)

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

19. Crees que hay personas que pueden quitarse de las drogas

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

20. Crees que tú puedes quitarte de las drogas

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

21. Harías cualquier cosa para dejar las drogas (ir a tratamiento, pedir ayuda a familiares, etc.)

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

22. Crees que tu salud **física** ha estado deteriorada

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

ANEXO N°2

FICHAS DE INFORMACION

UU

ANAMNESIS

Nombres y Apellidos:
Edad:
Escolaridad:
Dirección:
Entrevistador:
Fechas:

ESTRUCTURA FAMILIAR:

Nombre y Ocupación de la Madre:
.....
Nombre y Ocupación del Padre:
.....
Hermanos:
.....
.....
.....
.....
Otros:
.....

ANTECEDENTES DE SALUD FAMILIAR:

(Familiares con problemas de salud mental y física)

Salud Mental:
.....
Salud Física :
.....

DINAMICA FAMILIAR:

(Relación con los padres, hermanos, otros, autoridad y pasividad en las figuras de autoridad)

.....
.....
.....
.....

FICHA SOCIAL

FECHA: _____

I) DATOS GENERALES

1.1 Nombre y Apellidos: _____

1.2 Fecha y Lugar de Nacimiento: _____

1.3 Edad: _____

1.4 Dirección: _____

1.5 Referencia Domiciliaria: _____

1.6 Fecha de Ingreso al I.M.L.: _____

1.7 Grado de Instrucción: _____

1.8 Último Año Aprobado: _____

II) SITUACION FAMILIAR:

2.1 Familia Actual:

2.1.1 -Familia Nuclear: _____ -Extendida: _____

-Monoparental: _____ -Reconstituida: _____

2.1.2 Estado Civil: Casados: _____ Convivientes: _____

2.1.3 Numero de Compromisos de la Madre: (1) (2) (3)

2.1.4 Numero de Compromisos del Padre: (1) (2) (3)

Observaciones: _____

Composición Familiar: N° de miembros _____

| Nombres y Apellidos | Edad | Parentesco | Estado Civil | Grado de Instrucción | Ocupación D I |
|----------------------------|-------------|-------------------|---------------------|-----------------------------|--------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

2.2 Funcionamiento de la Familia:

2.2.1 Subsistema de Pareja:

***Comunicación:**

1) Se comunican directamente: _____ 2) No se comunican: _____

¿Cómo es la comunicación?

- 1) Cercana ____ 2) Distante ____ 3) Conflictiva ____

***Liderazgo y Autoridad:**

- 1) Compartida: ____ 2) El padre: ____ 3) La madre: ____

- 4) Ninguno: ____ 5) Otro: ____

- A) Democrática: ____ B) Autoritaria: ____ C) Permisiva: ____

Observaciones: _____

2.2.2 Subsistema de Padres e Hijos:

***Comunicación:**

- 1) Con ambos: ____ 2) Con la madre: ____ 3) Con el padre: ____

- 4) Con ninguno: ____

- 1) Directa- Padre- Madre-Hijos: ____ 2) A través de la madre: ____

- 3) A través de padre: ____

***Autoridad:**

- 1) De ambos: ____ 2) Del padre: ____ 3) De la madre: ____ 4) Ninguno: ____

- 1) Democrática: ____ 2) Autoritaria: ____ 3) Permisiva: ____

***Reglas y Límites:**

¿Quién establece las normas?

1) Papá: ____ 2) Mamá: ____ 3) Ambos: ____ 4) Ninguno: ____

1) Reglas Claras: ____ 2) Reglas Ambiguas: ____ 3) No reglas: ____

1) Flexibles: ____ 2) Rígidas: ____ 3)

Inconsistentes: ____

4) Contradictorias: ____

Observaciones: _____

2.2.3. Cómo se toman las decisiones en la familia

1 Dialogan

2 Improvisan

3 Imponen

2.2.4. Cómo son las relaciones interpersonales en la familia

1 Adecuadas

2 Más o menos adecuadas

3 Inadecuadas

¿Por-qué?:

2.2.5. Cómo son las relaciones interpersonales en los sub-sistemas

1) Pareja: 1 Adecuadas 2 Más o menos adecuadas 3 Inadecuadas

Porqué: _____

2) Padres: 1 Adecuadas 2 Más o menos adecuadas 3 Inadecuadas

Porqué: _____

3) Padre-Hijo: 1 Adecuadas 2 Más o menos adecuadas 3
Inadecuadas

Porqué: _____

4) Madre-Hijos: 1 Adecuadas 2 Más o menos adecuadas 3
Inadecuadas

Porqué: _____

5) Hijos: 1 Adecuadas 2 Más o menos adecuadas 3
Inadecuadas

Porqué: _____

6) Otros sub-sistemas: _____

1 Adecuadas 2 Más o menos adecuadas 3
Inadecuadas

Porqué: _____

2.2.6. Principales problemas que presenta la familia:

Maltrato físico _____

Maltrato psicológico _____

Abuso sexual _____

Drogadicción _____

Robo _____

Comercialización de drogas _____

Otros _____

Miembros involucrados:

III) SALUD FAMILIAR:

* **Algún miembro padece de alguna enfermedad:** Sí: ___ No: ___

* **Quién:** _____

* **Tipo de enfermedad:** _____

* **Recibe tratamiento:** _____ Sí: ___ No: ___ A veces: ___

Donde _____

Observaciones: _____

IV) VIVIENDA:

* **Ubicación:** 1) Urbano: ___ 2) Urbano Marginal: ___ 3) Rural: ___

4) AA.HH: ___

* **Ocupación:** 1) Unifamiliar: ___ 2) Multifamiliar: ___

* **Tipo:** 1) Departamento: ___ 2) Quinta: ___ 3) Corralón: ___

4) Invasión: ___ 5) Vivienda Independiente: ___

* **Construcción:** 1) Terminada: ___ 2) Medio Construir: ___

3) Construcción Precaria: ___

* **Material de construcción:**

-**Paredes:** Ladrillo y cemento: ___ Prefabricada: ___ Madera: ___

Esteras/Cartonés y/o Plástico: _____

-Techo Ladrillo y concreto: _____ Calamina: _____
Esteras/Cartonés y/o Plástico: _____

-Piso: Cemento: _____ Tierra: _____ Otros: _____

-Nº de dormitorios: _____ Nº de camas: _____

*** Servicios Básicos:**

-Agua: Red pública: _____ Pozo: _____ Pilón: _____ Cisterna: _____

-Desagüe: Red pública: _____ Letrina o silo: _____ Otros: _____

-Luz: Red pública: _____ Clandestino: _____ Lámpara: _____ Vela: _____

-Teléfono: Fijo: _____ Popular: _____ Celular: _____ Ninguno: _____

Observaciones: _____

*** Bienes que posee la familia:**

Cocina: A gas: _____ A kerosene: _____ Rústica: _____

-Audio: Equipo: _____ Radio-grabadora: _____ Radio: _____

-T.V.: Un T.V. _____ Dos T.V.: _____ Ninguno: _____

-Refrigeradora: _____ **Computadora:** _____

Observaciones: _____

V) SITUACION ECONOMICA:

| Ingresos | Egresos |
|------------------------------------|----------------------------------|
| Padre o Cónyuge: _____ | Alimentación: _____ |
| Madre o Cónyuge: _____ | Servicios: _____ |
| Hermanos: _____ | Salud: _____ |
| Otros: _____ | Educación: _____ |
| Total: _____ | Movilidad: _____ |
| | Otros: _____ |
| | Total: _____ |
| Superávit <input type="checkbox"/> | Déficit <input type="checkbox"/> |

Observaciones: _____

VI) REDES SOCIALES:

*** Recibe ayuda de alguna institución:**

- 1) Comedor popular: _____ 2) Vaso de Leche: _____ 3) Religiosa: _____
4) ONG: _____ 5) Centro de salud: _____ 6) Otros: _____

*** Tipo de ayuda que recibe:**

- 1) Alimentación: _____ 2) Salud: _____
3) Educación: _____ 4) Otros: _____

FICHA INTEGRAL

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE:

- 1.1 Nombres y apellidos:
- 1.2 Fecha y lugar de nacimiento: Edad:
- 1.3 Dirección:
- 1.4 Referencia domiciliaria:
- 1.5 Grado de instrucción con el que ingresa al IML:
- 1.6 Último año aprobado: Centro educativo:
- 1.7 Fecha de ingreso: Nuevo: Reingreso:
- 1.8 Forma de ingreso: Educadores: Juez: Policía/Serenazgo:
Espontáneo Terceros Otro:
- 1.9 N° de expediente de juzgado:

II. ANTECEDENTES:

2.1 N° de instituciones anteriores al IML

| Institución | Motivo de Ingreso | Tiempo de Permanencia |
|-------------|-------------------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

2.2 ¿Con quién vivía antes de salir a la calle?

.....

.....

.....

.....

2.3 Causas de abandono del hogar?

Maltrato: Explotación laboral:
Problemas económicos: Curiosidad:
Otros:
Porqué?
.....
.....

2.4 Tiempo de permanencia en calle:

2.5 Lugar de permanencia en calle:

2.6 Actividades desarrolladas en calle:

Trabajo infantil: Robo: Limosna y caridad: Otro:

2.7 Ha tenido relaciones sexuales? Si No

Con quienes: Hombres: Mujeres:

Ha usado preservativo: Siempre Nunca Algunas veces:

III. DATOS DE CONSUMO:

| | | | | |
|----------------|--|--|--|--|
| Sustancia | | | | |
| Tiempo | | | | |
| Frecuencia | | | | |
| Cantidad x día | | | | |

Edad de inicio: Droga de inicio:

Ultima vez que consumió:

IV. ESTADO DE SALUD:

4.1 Materiales:

-
-
-

4.2 Observación Física:

| | | | |
|-----------------------------|-------|---------|------|
| a) Estado general: | Bueno | Regular | Malo |
| b) Estado de higiene: | Bueno | Regular | Malo |
| c) Cabeza: | Bueno | Regular | Malo |
| d) Tronco | Bueno | Regular | Malo |
| e) Extremidades superiores: | Bueno | Regular | Malo |
| f) Extremidades inferiores: | Bueno | Regular | Malo |
| g) Otros: | Bueno | Regular | Malo |

V. FAMILIA:

5.1 Composición familiar:

| Nombres y Apellidos | Edad | Parentesco | Estado Civil | G. Instr. | Ocupación | Lugar de Nac. |
|---------------------|------|------------|--------------|-----------|-----------|---------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Nº de compromisos del padre:

Nº de compromisos de la madre:

Algunas observaciones hacia la dinámica familiar:

.....

.....

.....

.....

HISTORIA CLINICA

I.- ANAMNESIS :

A.- FILIACION:

Apellidos y Nombres: _____
Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Lugar de Nacimiento: _____ Grado de Instrucción: _____
Procedencia: _____ Fecha de Ingreso: _____ Modo Ingreso: _____

B.- ENFERMEDAD ACTUAL:

HISTORIA DE CONSUMO:

| SPA | EDAD INICIO | FRECUENCIA DE CONSUMO | CANTIDAD | FUC Hace | PATRON DE CONSUMO |
|------------|-------------|-----------------------|----------|----------|-------------------|
| OH | | | | | |
| TABACO | | | | | |
| MARIHUANA | | | | | |
| PBC | | | | | |
| MIXTO | | | | | |
| C.COCAINA | | | | | |
| SEDANTES | | | | | |
| INHALANTES | | | | | |
| JUEGO | | | | | |
| OTROS | | | | | |

Tiempo de enfermedad: _____ Episodio Actual: _____

CONSECUENCIAS DE CONSUMO:

Abandono de casa-edad inicio _____
Probl. Sociales: Pandillaje-edad inicio _____
Probl. Académicos: _____
Probl. Policiales o legales: _____
Trabajo Infantil _____

OTROS

INTERNAMIENTOS O TRATAMIENTOS ANTERIORES: _____

C.- ANTECEDENTES

C-1.- PERSONALES:

Prenatal: (Embarazo deseado, no deseado) _____
Perinatal:(Problemas de embarazo, parto): _____
Desarrollo psicomotor: (Problemas de: marcha, lenguaje, aprendizaje, conducta, etc.) _____

Desempeño Escolar: Bueno(B), Regular (R) y Malo(M) _____

| | |
|---|---|
| Rendimiento Escolar: repitencia, abandono | Conducta: expulsión, suspensión |
| Inicial | |
| Primaria | |
| Secundaria | |

Desarrollo Psicosexual: Menarquia _____ Reg. Catamenial: _____
 FU Regla: _____ Inicio de R. Sexual: _____ Fecha URS: _____
 Otros: Masturbación, prostitución, enf. Venérea, etc. _____

PATOLOGICOS:

(Infecciones: (TBC, hepatitis), TEC, Sd. Convulsivo, THDA, Traumatismo, alergias, operaciones, Antecedente de Maltrato: (Psicológico, Físico, Sexual, Negligencia, Violencia Familiar) _____

FAMILIARES

Enfermedad Psiquiátrica : Esquizofrenia, Bipolar, Depresión, Alcohol, Drogas, etc
 Enfermedad Física: (Tuberculosis, Diabetes, Hipertensión, Otros) _____

Familia de Origen: Estructurada Desestructurada
 Disciplina: Adecuada Autoritaria Permisiva
 Organización: Roles definidos Sin Roles
 Comunicación: Adecuada Inexistente Deficiente
 Otros: Sobreprotección, agresividad, tipo de crianza, modelos paternos de consumo, etc: _____

II .- EXAMEN DE FUNCIONES BIOLÓGICAS: Apetito: _____
Sed: _____ **Sueño:** Sueño de consumo, insomnio, hipersomnía, normal

III. EXAMEN FÍSICO

PIEL Y FARENAS

APARATO RESPIRATORIO

APARATO CARDIOVASCULAR

APARATO DIGESTIVO

APARATO GENITOURINARIO

EXTREMIDADES

IV EXAMEN MENTAL :

Aspecto General: _____

Afecto: Ansiedad depresión ambivalencia _____

Pensamiento: Recuerdos de consumo, suicida _____

Percepción: Alucinaciones _____

Voluntad: Impulsividad, compulsiones, etc. _____

Conciencia de Enfermedad: _____

DIAGNOSTICO _____

TRATAMIENTO _____

CONTRATO TERAPEUTICO FAMILIAR

Yo,..... con número de DNI.....domiciliado.....
..... autorizo el internamiento para la rehabilitación del consumo sustancias psicoactivas y conductas desadaptadas de mi menor hijo, de años de edad.

Declaro que conozco a cabalidad el modelo de Comunidad Terapéutica de Puertas Abiertas, que implica la convicción y decisión del menor para participar del programa cuyo objetivo de trabajo con los menores es de la rehabilitación y reinserción social: escolar, laboral; además de la reinserción familiar.

El tratamiento de rehabilitación dura aproximadamente 20 meses, durante este tiempo terapéutico se trabaja en 4 fases terapéuticas:

Fase de Acogida.- Esta fase tiene un tiempo de duración de 3 meses, el objetivo principal es lograr la estabilización del menor, así como también el lograr un periodo inicial de abstinencia del consumo de sustancias psicoactivas. En esta fase cumplen una serie de actividades como Terapia Grupal, tutoría e inclusión en grupos de color, tareas domesticas, actividades recreativas y talleres.

Fase Pre Comunidad.- El tiempo de duración de esta fase es de 5 meses, el objetivo en esta fase es que adquieran los residentes plena conciencia de la enfermedad que les afecta, incrementando su motivación para el cambio y consoliden la abstinencia inicial, desarrollando un sentimiento de pertenencia en el grupo terapéutico, descubriendo su potencial educativo, creativo y laboral. En esta fase los residentes participan de grupos de encuentros, talleres Pre laborales de formación artística y laboral, abordaje psicológico, reinserción educativa, actividades recreativas, deportivas de reflexión espiritual y actividades cotidianas.

Fase de Comunidad.- En esta fase cumple un periodo de 6 meses; el objetivo por cumplir es que los residentes descubran y asuman con responsabilidad y autonomía acciones a desarrollar en un proyecto de vida socialmente adaptada. Dentro de esta fase las actividades que se llevaran acabo es de participar a las asambleas y reuniones de la Comunidad terapéutica, asumir el

rol de asistente de departamento, participar en los talleres ocupacionales, actividades recreativas y deportivas las cuales están programadas cuatro veces por semana, reinserción escolar, actividades de reflexión y el abordaje psicosocial.

Fase de Inserción Laboral y Reinserción Familiar.- Esta fase tiene una duración de 6 meses, el objetivo por cumplir es del cambio de estilo de vida, lograr la abstinencia de consumo de drogas, resocialización de los menores en base al encuadre de la institución. Las actividades que se realiza dentro de esta fase son las terapias psicológicas, actividades recreativas, inserción laboral, contacto con la familia, visitas del menor al hogar de su familia

El requerimiento de visitas para el menor será después de haber cumplido un mes dentro de la institución, así mismo deberán cumplir el código de obligaciones del residente en la institución que está basado en derechos y deberes que tendrán que cumplir dentro de esta institución. Estos derechos son:

- **El niño tiene derecho a ser tratado con respeto, afecto y dignidad de acuerdo a su condición de persona.**
- **El menor tiene derecho a recibir una atención integral que lo aleje de las drogas y de la vida en calle (atención individual, grupal Psicológica, atención médica pediátrica en salud mental)**
- **El residente tiene derecho de satisfacer sus necesidades básicas (vivienda, alimentación, vestimenta, salud y educación).**
- **Proporcionar al menor capacitación en diferentes talleres ocupacionales (metal mecánica, carpintería, serigrafía, velas, computación y cerámica), acorde a sus habilidades y destrezas.**
- **El menor gozara de un consejero que lo guiara durante la permanencia en la Comunidad Terapéutica.**
- **Después de 30 días de internamiento, dependiendo de su comportamiento gozara de permisos de fin de semana los cuales será en compañía y supervisión de un familiar adulto. El tiempo de salida estará directamente proporcional a su comportamiento y estadía en la Comunidad Terapéutica.**

Los deberes que deben cumplir los menores residentes son:

- **Participar de manera activa y permanente en las diversas actividades que le ofrece el programa terapéutico del Instituto Mundo Libre.**

- **Respeto y cumplimiento de las normas básicas: NO DROGAS. NO ROBO, NO SEXO, NO SALIR SIN PERMISO Y NO VIOLENCIA.**
- **El residente no deberá de consumir dentro de la casa o llegar con síntomas de consumo de ningún tipo de sustancias psicoactivas.**
- **Tratar con respeto tanto a sus compañeros como al personal que labora (no gritos, no gestos groseros, no golpes).**
- **El menor residente aceptara y realizara las órdenes e indicaciones que le impartirá el personal de la casa guardando respeto.**
- **Deberá de respetar, cuidara y dar el uso adecuado a todos los bienes que se encuentran dentro de la casa, no pudiendo tdestruirlos ni robarlos, infringir esta norma los padres y /o apoderados abonaran el costo del bien.**
- **Deberá participar y cumplir todas las actividades que indique su rol de vida diaria así como las que indique el personal a su cargo.**
- **Cuidar su apariencia personal (baño diario, ropa limpia).**
- **A asistir y participar de las asambleas que se convoquen.**
- **Hacer uso de los servicios médicos, psicológicos y sociales en el horario y con conducta adecuada.**

Es obligación de la familia o apoderado comprometerse y apoyar el proceso de rehabilitación del residente:

- **Acudir a las citas que convoque el Equipo Técnico**
- **Realizar el seguimiento quincenal del avance terapéutico del residente durante la permanencia de Comunidad Terapéutica del Instituto Mundo Libre.**
- **Participar en los talleres de Escuela de Padres y Madres.**
- **Coordinar con el consejero del residente las necesidades y/o requerimiento del mismo.**
- **Los familiares y apoderados deberán respetar las normas y acuerdos que se establezcan dentro de la Comunidad Terapéutica.**

El incumplimiento de una las partes dará por terminado el tratamiento en esta comunidad Terapéutica.

Jesús María..... de..... del.....

Firma del Residente

Firma del Familiar o Apoderado

Firma del Representante de la
Comunidad Terapéutica

**ACTA DEL CONSENTIMIENTO
DEL RESIDENTE**

Yo..... deaños.
Deseo permanecer en el Instituto Mundo Libre por mi propia voluntad,
para mi rehabilitación personal donde respetaré las Normas Básicas y
participaré en todas las actividades dentro y fuera de la Institución (IML);
con la finalidad de lograr mi recuperación en el consumo de sustancias
Psicoactivas, para tener una mejor calidad de vida.

Jesús María de de 200.....

.....
Firma y huella digital del Residente

Nombre:.....

UU

CONTRATO TERAPEUTICO

El presente contrato terapéutico se celebra el día.....dede, con el fin de que el Instituto Mundo Libre brinde las condiciones para la recuperación terapéutica del consumo de drogas y de la recuperación social del menor
.....deaños.

Se celebra de manera voluntaria entrey el Insituto Mundo Libre, representado por:

De acuerdo al fin mencionado, el Instituto Mundo Libre se compromete a:

- 1.- Brindar al menor las condiciones de vida dignas que constituyen un contexto sano para el crecimiento pesonal del menor, proporcionándole alimentación, alojamiento, vestido y la alimentación oportuna de sus necesidades básicas.
- 2.- Brindar al menor un programa de rehabilitación que lo aleje de la droga y de la vida en la calle, a través de orientación espiritual, actividades recreativas y atención profesional psicológica, educativa y social.
- 3.- Proporncinar al menor capacitación en diferentes oficios pequeños a través de talleres de producción, asi como las herramientas para desarrollar sus habilidades artísticas y escolares en talleres de formación.
- 4.- Proporcionar al menor el apoyo incondicional de todas las personas que laboran en esta comunidad, dándole consejo, orientación y afecto de manera permanente, a fin de que su persona alcance la total recuperación.

..... se compromete a:

1. Participar de manera voluntaria y constante en el programa terapéutico que le ofrece la institución. Este programa incluye: respeto permanente a las normas básicas de no drogas, no violencia, no robo y no sexo, la ausencia de salidas y permisos el primer mes del programa, respetar la filosofía de la isntitución y las decisiones que tome el equipo técnico, asi como participar en todas las actividades que se programen dentro y fuera de la casa.
2. Comunicar toda duda, inquietud o problema que enfrente en el tiempo que formará parte de esta comunidad, con plena confianza en que la honestidad es la clave de su proceso de recuperación.
3. Reconocer que aunque el proceso que se inicia en este momento será largo y posiblemente tenga obstáculos, como las recaídas en el consumo, debe asumir que la responsabilidad de su recuperación esta únicamente en las ganas que tenga de cambiar de vida y de ser mejor en el futuro.

Ambos firmantes asumen desde este momento el compromiso.

Lima, de de

.....
Insituto Mndo Libre