

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“CONSUMO DE DROGAS Y FACTORES DE RIESGO Y
PROTECCIÓN EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA
CIUDAD DE TACNA – AÑO 2008. “**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO-CIRUJANO

BACHILLER : ANTONIO PATRICIO CRUZ PORTUGAL

TACNA-PERÚ

2010

INDICE

RESUMEN

| | |
|--------------|---|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
|--------------|---|

I- EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

| | |
|---------------------------------|----|
| 1.1- Planteamiento del Problema | 2 |
| 1.2- Formulación del Problema | 3 |
| 1.3- Justificación | 3 |
| 1.4- Alcances y limitaciones | 9 |
| 1.5- Objetivos: | 10 |
| 1.5.1-1. Objetivo General | 10 |
| 1.5.1-2. Objetivos Específicos | 10 |

II- REVISIÓN DE LA LITERATURA

| | |
|---|----|
| 2.1- Antecedentes | 11 |
| 2.2- Teorías y Modelos de la Drogodependencia | 12 |
| 2.2.1- Teorías cognitivo-afectivas: | 16 |
| 2.2.1.1- Teoría de la acción razonada de Fishbein y Azjen (1975) | 16 |
| 2.2.2- Teoría del Aprendizaje Social: | 18 |
| 2.2.2.1- Teoría del Aprendizaje Social de Bandurra (1986) | 18 |
| 2.2.3-Teorías del Apego Social: | 19 |
| 2.2.3.1-Modelo integrador de Elliot y otros (1985) | 19 |
| 2.2.3.2-Modelo del desarrollo social de Hawkins y Weiss(1985) | 19 |

| | |
|--|----|
| 2.2.4-Teorías en las que las Características Intrapersonales juegan un papel esencial: | 19 |
| 2.2.4.1-El modelo de ecología social de Kumpfer y Turner (1900-1901) | 19 |
| 2.2.4.2- Teoría de autorechazo de Kaplan (1996) | 20 |
| 2.2.4.3- Teoría multietápica del aprendizaje social de Simons, Coger y Withbeck (1988) | 20 |
| 2.2.5- Teorías que integran constructos cognitivo-afectivos, de aprendizaje, compromiso y apego intrapersonales: | 21 |
| 2.2.5.1- Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor (1977) | 21 |
| 2.2.5.2- Teoría de los “cluster” de amigos de Oetting y Beauvais (1987) | 21 |
| 2.2.6- Modelo empleado en el presente estudio | 21 |
| | |
| 2.3- Descripción de las Escalas del DUSI | 30 |
| 2.3.1- Trastornos de Comportamiento | 30 |
| 2.3.2- Riesgos para la Salud | 30 |
| 2.3.3- Desordenes Psiquiátricos | 31 |
| 2.3.4- Autoafirmación Social | 31 |
| 2.3.5- Disfuncionalidades Familiares | 31 |
| 2.3.6- Rendimiento Escolar | 32 |
| 2.3.7- Desordenes Laborales | 32 |
| 2.3.8- Presión de Grupos de Amigos | 32 |
| 2.3.9- Uso del Tiempo Libre | 32 |
| 2.3.10- Severidad del Uso de Drogas | 33 |
| | |
| 2.4- CONCEPTOS Y CONSTRUCTOS | |
| 2.4.1- Factores de Riesgo | 33 |
| 2.4.1.1- Factores de Riesgo Individuales | 35 |
| 2.4.1.1.1- Actitudes, creencias y valores | 36 |
| 2.4.1.1.2- Habilidades o recursos sociales | 38 |
| 2.4.1.1.3- Autoconcepto y autoestima | 39 |
| 2.4.1.1.4- Autocontrol | 40 |

| | |
|---|----|
| 2.4.1.1.5- Experimentación | 42 |
| 2.4.1.2- Factores de Riesgo Relacionales | 43 |
| 2.4.1.2.1- Escuela | 43 |
| 2.4.1.2.2- El grupo de pares o grupos de amigos | 44 |
| 2.4.1.2.3- Ocio, noche, fines de semana, diversión, dinero | 45 |
| 2.4.1.2.4- La familia | 46 |
| 2.4.1.2.5- Aceptación del consumo desde el grupo de amigos y la familia | 48 |
| 2.4.1.3- Factores de Riesgo Sociales | 49 |
| 2.4.1.3.1- Conocimiento, accesibilidad y publicidad sobre las drogas. Percepción de riesgo que acarrea el consumo | 49 |
| 2.4.2- Factores Protectores | 52 |
| 2.4.3- La Prevención | 55 |
| 2.4.4- Enfoques de intervención | 55 |
| 2.4.5- Modelos de prevención | 59 |
| 2.4.6- Enfoques de prevención | 60 |
| 2.5 Definiciones Básicas | 61 |
| 2.6 Aspectos Sociodemográficos | 91 |

III- VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

| | |
|--|----|
| 3.1- Operacionalización de las Variables | 92 |
|--|----|

IV- ASPECTOS METODOLÓGICOS

| | |
|--|----|
| 4.1- Tipo y Diseño de la Investigación | 93 |
| 4.2- Ámbito de estudio , Población y Muestra | 93 |
| 4.3- Técnicas e Instrumentos de Recolección de la Información: | 93 |
| 4.3-1. Características del Instrumento y su Aplicación. | 94 |
| 4.3-2. Estudio de Validez y confiabilidad del DUSI | 94 |
| 4.3-3. Proceso de Validación del Instrumento | 95 |
| 4.3-3.1. Validación de Jueces o Expertos | 95 |

| | | |
|--|---|-----|
| 4.3-3.2. | Focus Group | 96 |
| 4.3-3.3. | Validación mediante el Alfa de Crombach | 96 |
| 4.4- | Tratamiento de la Información | 97 |
| V- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS | | |
| 5.1- | Análisis e interpretación de datos | 99 |
| VI-DISCUSIÓN | | |
| 6.1- | Discusión de los resultados | 118 |
| VII- CONCLUSIONES | | |
| 7.1- | Conclusiones | 126 |
| VIII- RECOMENDACIONES | | |
| 8.1- | Recomendaciones | 127 |
| BIBLIOGRAFÍA | | 128 |
| ANEXOS | | |
| Anexo A | | 138 |
| Anexo B | | 150 |
| Anexo C | | 151 |
| Anexo D | | 154 |
| Anexo E | | 165 |

RESUMEN

Introducción: En la actualidad el consumo de drogas en estudiantes preuniversitarios constituye un problema de salud pública.

El uso indebido de drogas es uno de los problemas más delicados de nuestra sociedad, sus efectos negativos comprometen la salud y el desarrollo de nuestros niños, adolescentes, jóvenes y adultos sin hacer distinción de clase social, sexo o religión

Objetivos: Evaluar la correlación del consumo de drogas con el factor riesgo en los estudiantes preuniversitarios de las academias de la ciudad de Tacna -2008

Material y método: Se encuestó a 230 estudiantes previo consentimiento informado y deseo de participar, de cuatro academias de la ciudad de Tacna, a quienes se les aplicó el instrumento DRUG USE SCREENING INVENTORY/ VERSION URUGUAYA (DUSI)

Resultados: En nuestro estudio encontramos: que el 89.14% del total de estudiantes de nuestro estudio son consumidores de drogas en algún momento de su vida, que las drogas más consumidas son las lícitas el alcohol 46.08%, consumen tabaco 28.26%, consumen pastillas 5.21%, marihuana (droga ilícita) 3.04%, esta misma tendencia se repite en los distintos grupos de edad estudiada, así como también en el género, encontramos una correlación muy buena entre la disfuncionabilidad familiar y el consumo de drogas (0.81 rho de Spearman = 81%) y el que tiene menor correlación es el que existe entre los riesgos para la salud y el consumo de drogas (rho de Spearman 0.42 igual a 42%)

Conclusiones: Existe una correlación entre buena y muy buena entre los factores de riesgo y el consumo de drogas,

Palabras clave: DUSI, consumo de drogas, factores de riesgo,

INTRODUCCIÓN

En el momento no contamos en la ciudad de Tacna con información actualizada que haya sido publicada sobre la magnitud del consumo de drogas en estudiantes preuniversitarias, existen estudios a nivel nacional de muestras escolares nacionales pero estas no describen los factores y niveles de riesgo en el consumo de drogas.

Los factores que motivan el consumo de drogas son múltiples e interdependientes; el alivio de problemas emocionales, facilitación de la interacción social, búsqueda de sensaciones placenteras, descuido familiar pueden ser algunos de los que promueven el consumo de drogas.

El año 1992 en un estudio llevado a cabo por el Ministerio de Educación se encontró que la droga de mayor prevalencia en estudiantes secundarios es el alcohol (51%), el tabaco (39%), la edad promedio en el inicio de consumo de drogas refiere a los 11.5 años y en el informe de Vallejos sobre el consumo de drogas en estudiantes de Educación secundaria del año 2004 encuentra como prevalencia de vida en general para el alcohol (48.1%), el tabaco (25.22%), pastillas (3.78%), marihuana (3.16%), estos datos principalmente el primero sirvió para reorientar el programa de prevención del uso indebido de drogas que desarrolla el sector.

Es de vital importancia conocer los factores de riesgo para el consumo de drogas en poblaciones juveniles, pues al identificarlo se pueden implementar estrategias preventivas con el fin de detener o disminuir el consumo de drogas.

La realización del presente trabajo nace de la necesidad de aportar frente al problema de consumo de drogas en un sector de jóvenes, con datos científicos respecto al hecho del consumo de drogas en la población preuniversitaria y aportar información sobre los factores de riesgo, lo que podría ser una referencia para el diagnóstico e implementación de políticas de prevención del uso indebido de drogas en nuestra juventud.

1- EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El narcotráfico se ha convertido en uno de los mayores enemigos del país. no sólo por su capacidad de corrupción, sino por que genera violencia, distorsiona nuestra economía y principalmente porque enajena a nuestra juventud.

El desarrollo de las actividades de este nefasto negocio, que ha trasladado a nuestro territorio su cadena de producción, genera que estas mafias vean a nuestros jóvenes como un segmento al cual pueden acceder.

Los estudios sobre uso de drogas en la juventud están considerados como uno de los medios más eficientes para obtener conocimientos no sólo en torno a la situación de la problemática en los adolescentes, sino además sirven como base para la proyección de acciones de prevención en el futuro

En la actualidad en la ciudad de Tacna no existe información referente al consumo de drogas en estudiantes que se preparan en las Academias preuniversitarias y su relación con los factores de riesgo y de protección. La información lograda una vez culminada la investigación nos permitirá cuantificar y ranquear la severidad del uso indebido de drogas en conjunción y comparar con el estado de salud mental y física y desordenes en áreas como familia, trabajo, escuela y ajuste psicosocial. También nos permitirá estudiar los perfiles de mayor riesgo. Su conocimiento nos permitiría el seguimiento del problema y la toma de medidas necesarias para su evitamiento.

Así nos planteamos la siguiente pregunta :

1.2- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

“¿Qué relación existe entre el consumo de drogas con los factores, de riesgo y protección en estudiantes que se preparan en las Academias preuniversitarias de la ciudad de Tacna ? “

1.3- JUSTIFICACIÓN

El presente estudio permite identificar un conjunto de factores de riesgo y protección asociados al uso y abuso de drogas, constituyéndose así en un avance importante en la investigación sobre la materia y una poderosa herramienta para el trabajo dirigido a mejorar la actitud preventiva de la población. Los datos que se lograron nos puede hacer comprender mejor el alcance del daño que acarrea el problema de las drogas a los adolescentes, incluyendo su entorno familiar, universitario y social. Además posibilita la reflexión sobre la necesidad de formular políticas públicas y definir el rumbo y características de las acciones del Estado para responder al complejo y multidimensional reto que plantea el consumo de drogas.

El consumo de drogas se ha convertido en un **problema de salud pública**, por la siguiente razón; si el abuso o dependencia de la droga fuera esporádica o poco frecuente en la población, no existiera el riesgo de su difusión de uso a otras personas o si los efectos nocivos fueran limitados o se limitaran al consumidor, con estas condiciones el consumo de drogas no sería un problema de salud pública . Pero conocemos que el uso de drogas psicoactivas ocasionan modificaciones del comportamiento y otras reacciones que influyen en forma negativa en las relaciones personales del usuario. el consumo de drogas ocasiona trastornos físicos, económicos, sociales desfavorables y si este hecho se extiende en la población o amenaza extenderse es ahí donde se convierte en un problema de salud pública.

Con el pasar del tiempo las sustancias psicoactivas se encuentran cada vez más disponibles para los segmentos estudiantiles que son los menos protegidos. Este sector de la población que es la mas vulnerable y es el futuro

del país debido a su consumo puede llegar a tener daños irreparables y comprometer seriamente su futuro y del país..

La investigación realizada por DEVIDA en un estudio nacional sobre "Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2005"; encontró que (1) :

- Seis de cada diez estudiantes de secundaria declararon haber consumido alguna sustancia legal (alcohol o tabaco) en algún momento de su vida y uno de cada dos lo hizo en el último año. Por otro lado nueve de cada cien estudiantes ya se ha iniciado en el consumo de alguna sustancia ilícita en lo que va de su vida. La marihuana es la droga de mayor incidencia de consumo entre las drogas ilegales , también la más ofrecida, seguida de los inhalantes, la cocaína, la PBC y el éxtasis
- Se ha comprobado que la edad promedio de inicio se ubica entre los trece y los catorce años en todas las sustancias. El alcohol sigue siendo la sustancia más consumida.
- Los colegios privados registran mayores prevalencia de consumo de alcohol y tabaco que los colegios públicos. Lo mismo sucede con la marihuana, más no así con el resto de drogas ilegales, en las que los colegios públicos registran prevalencias de consumo ligeramente más altas que los privados
- Se ha comprobado, de otro lado, que las probabilidades de consumir drogas, legales e ilegales, se da cuando el estudiante observa que las personas mayores de su entorno fuman o ven que consumen alcohol en los sitios donde ellos frecuentan; del mismo modo cuando no ha tenido acceso a información sobre drogas, es decir qué el comportamiento y actitud de las personas mayores de su entorno en relación al consumo de drogas, influye en el consumo
- Se ratificó que el consumo de drogas legales es un importante precursor del uso de sustancias ilegales.

El mismo trabajo para Tacna reporta los siguientes hallazgos :

La mayor prevalencia de vida, de año y de mes de consumo de drogas fue en las drogas legales, seguida de las ilegales y finalmente las médicas. La prevalencia de año de consumo de drogas legales fue de 47.6%, dentro de éstas, la mayor prevalencia de consumo fue de bebidas alcohólicas (43.4%), en comparación al consumo de tabaco (29.4%). En cuanto a las drogas ilegales, éstas presentaron una prevalencia de año del 5.8%; la droga ilegal con mayor prevalencia de año de consumo fue la marihuana (3.1 %); la droga ilegal de menor prevalencia de año fue la pasta básica de cocaína (1.0%). Las drogas médicas presentaron una prevalencia de año del 3.5%, en este grupo los tranquilizantes fueron los más consumidos

Los escolares de sexo masculino presentaron una mayor prevalencia de consumo de drogas legales (53.0% vs.42.5%), ilegales (8.0% vs. 3.9%) y médicas (3.6% vs. 3.3%) en comparación a las escolares de sexo femenino. Al analizar cada droga legal en particular, se obtuvo para el sexo masculino un prevalencia mayor de consumo de bebidas alcohólicas (47.2% en varones vs. 39.7% en mujeres) y tabaquismo (35.3% en varones vs. 23.8% en mujeres). En el caso de las drogas ilegales, los escolares de sexo masculino presentaron una mayor prevalencia de consumo de marihuana, inhalantes, cocaína, éxtasis y pasta básica de cocaína. En cuanto a la prevalencia de drogas médicas, los varones presentaron una leve mayor prevalencia de consumo de tranquilizantes y una mayor prevalencia de consumo de estimulantes

En cuanto a la prevalencia de consumo por año de estudios, se encontró que a mayor año de estudios mayor consumo de drogas legales, ilegales y médicas. En el caso de drogas legales, la prevalencia fue de 30.5% en escolares de segundo año, de 50% en escolares de cuarto año y de 65.2% en los de quinto año. La prevalencia de consumo de alcohol para escolares de segundo, cuarto y quinto año fue 26.6%, 45.9% Y 60.4% respectivamente; mientras que la de consumo de tabaco fue 15.9%,29.9% Y 44.8%. El consumo de cualquier droga

ilegal presentó una prevalencia de 3.1 % en escolares de segundo año, de 6.9% en los de cuarto año, y de 7.9% en los de quinto año. La droga ilegal más consumida fue la marihuana, que presentó una tendencia de consumo ascendente con una prevalencia de 0.8% en segundo año ,4.0% en cuarto año y 4.9% en quinto año. Se presentó una prevalencia de consumo de drogas médicas de 1. % para el segundo año, 4.6% para el cuarto año y de 4.5% para el quinto año .

En los colegios privados se presentó una mayor prevalencia de consumo de drogas legales y médicas, y en los públicos una mayor prevalencia de consumo de drogas ilegales. En los colegios privados se registró una prevalencia de año de consumo de drogas legales del 58.6%, en comparación al 44.4% en los colegios públicos. En el caso del alcohol, en los colegios privados la prevalencia de consumo fue del 55.6%, mientras que en los públicos fue del 39.8%. Para el tabaco, fue de 36.7% en los colegios privados y 27.2% en los colegios públicos. El consumo anual de cualquier droga ilegal fue mayor en los colegios públicos (6.1 %) que en los privados (4.8%). Esta diferencia se debe principalmente al mayor consumo de inhalantes, cocaína, éxtasis y pasta básica de cocaína. En cuanto a la prevalencia de consumo de las drogas médicas, se encontró un incremento en colegios privados (4.3%) frente a los colegios públicos (3.3%), debido a que a prevalencia de consumo de tranquilizantes y estimulantes fue mayor en los colegios privados.

Los colegios de varones presentaron una mayor prevalencia de consumo de drogas legales, los colegios mixtos presentaron una mayor prevalencia de consumo de drogas ilegales y médicas.

En lo referente al consumo de drogas legales, los colegios de varones presentaron una prevalencia de consumo de 61.7%, mientras que los colegios de mujeres 45.8% y los mixtos 44.2%. La prevalencia de consumo de alcohol y tabaquismo fue mayor en los colegios de varones (58.6% y 39.2% respectivamente). La prevalencia de consumo de drogas ilegales fue mayor en los colegios mixtos (6.6%). El consumo de marihuana, inhalantes, cocaína y

pasta básica de cocaína fue mayor en los colegios mixtos, para el éxtasis el consumo fue mayor en los colegios de varones. Para las drogas médicas, la prevalencia de consumo en colegios mixtos fue de 3.8%, prevalencia levemente superior a la de los colegios de mujeres (3.6%), en los de varones la prevalencia fue de 2.5%. En los colegios de mujeres se registró mayor consumo de tranquilizantes y en los mixtos de estimulantes.

La incidencia del consumo de drogas mide el número de escolares que consumieron por primera vez algún tipo de droga, en el último año. Así tenemos, en el grupo de las drogas legales el 33.4% consumió alcohol y el 23.8% consumió tabaco. En el grupo de las drogas ilegales el 3.2% marihuana, el 2.4% inhalantes, el 1.5% cocaína, el 1.3% pasta básica de cocaína y el 1.2% éxtasis. Para las drogas médicas el 2.8% de los escolares consumió tranquilizantes y el 1.1 % estimulantes.

El 16.1 % de los escolares consideraron que les sería fácil conseguir marihuana, mientras que el 8.5% consideró lo mismo respecto a la cocaína, el 7.1 % sobre el éxtasis y el 6.5% sobre la pasta básica de cocaína.

La percepción del consumo de drogas, por parte de otros escolares, dentro del colegio, fue de 21.3% y en los alrededores del colegio 27.6%. En el último año, el 22.2% de escolares ha observado, al menos a un profesor, fumar cigarrillos dentro del colegio y el 5.6% ha observado, al menos a un profesor, fumar cigarrillos dentro del aula de clases. En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, en el último año, el 11.7% de los escolares ha observado al menos a un profesor tomar bebidas alcohólicas dentro del colegio y el 16.6% ha observado al menos a un profesor tomar bebidas alcohólicas en los alrededores del colegio.

El 7.7% de los escolares consideró que necesita tratamiento y/o rehabilitación por consumo de drogas. Es importante destacar que existe un 14.9% de escolares que refieren no necesitar ningún tipo de tratamiento por consumo de drogas a pesar de ser consumidores de drogas. El 10.2% de los escolares ha

acudido al menos una vez a establecimientos o servicios de salud en busca de orientación o tratamiento por problemas de consumo de drogas. De este grupo de escolares que han acudido a los servicios de salud, el 41.7% quedó satisfecho con la atención recibida; sin embargo, un 24.6% no recibió ningún tipo de orientación o atención, y el 33.7% no quedó satisfecho con la atención recibida.

Es importante estudiar los **factores de riesgo** los cuales nos permitirían identificarlos y correlacionarlos con las conductas de consumo de drogas. Los factores de riesgo pueden ser por ejemplo, la violencia del grupo, las frustraciones personales, o las conductas emocionales inadaptadas como los temores, la ansiedad, o la depresión estudiada en escolares y en jóvenes de Lima Metropolitana, Anicama, (1999) (2), o variables tales como el estado socioeconómico más bajo, el fracaso académico, la falta de armonía parental y los estresores familiares como el caso de los niños de Puerto Rico (Bird, Gould, Yager, Stghezza y Canino, 1989; en Anicama, (1999) (2).

Los supuestos básicos que caracterizan actualmente la investigación sobre los factores de riesgo y protección en relación con el abuso de drogas son los siguientes:

1. Un simple factor de riesgo puede tener múltiples resultados.
2. Varios factores de riesgo o de protección pueden tener un impacto o un simple resultado.
3. El abuso de drogas puede tener efectos importantes en los factores de riesgo y de protección, y
4. La relación entre los factores de riesgo y de protección entre sí y las transiciones en el abuso pueden estar influidos de manera significativa por las normas relacionadas con la edad.

La revisión bibliográfica de los **factores de protección** indica que son pocos los estudios relacionados con las características o variables que actúan

protegiendo a los jóvenes de las conductas desviadas.

El estudio de los **factores de riesgo** tiene importancia preventiva, pues su conocimiento podría aplicarse como referencia en los programas de prevención del uso indebido de drogas en muestras escolares, con fines de diagnóstico precoz en temas específicos como: la conducta, la familia, la percepción del daño, la competencia social y los problemas en la escuela y la relación con los pares

1.4- ALCANCE Y LIMITACIONES

Alcance :

El problema de las adicciones es un problema de salud pública a nivel mundial que va en aumento en los últimos años y Tacna no es la excepción . Afecta a grandes grupos de población pero particularmente a la población joven desde la adolescencia hasta los adultos jóvenes. Un planteamiento del abordaje para resolver este grave problema que ha ganado aceptación en todo el mundo es el de la prevención del uso y abuso de las drogas . Para realizar la prevención es indispensable poseer información sobre los factores de riesgo presentes en el grupo de población objetivo que permite diseñar, planear y dirigir los esfuerzos de prevención hacia las áreas más problemáticas que pueden representar los factores de mayor riesgo para que las personas inicien y continúen el uso de drogas y sustancias. Por ello nuestro esfuerzo de conocer cuales son los factores de mayor riesgo para el uso de drogas y sustancias.

Limitaciones :

- Las del instrumento (DUSI) ; por no abarcar un mayor número de variables

- De la muestra; ya que este estudio careció de una población exacta por múltiples causas; ya que algunos egresados de

educación secundaria optan por no estudiar, por aprender un trabajo técnico o se dedican a trabajar, etc , por lo tanto nose contó con muestra

- De los entrevistados : por la sinceridad en sus respuestas

1.5- Objetivos

1.5.1- Objetivo General

Correlacionar el consumo de drogas con los factores de riesgo en estudiantes preuniversitarios de las Academias preuniversitarias de la ciudad de Tacna -2008-

1.5.1- Objetivos Específicos

- Identificar el consumo de drogas (tipo de drogas , edad de inicio, prevalencia: de vida, de último año, último mes , última semana) el policonsumo en estudiantes preuniversitarios de las Academias preuniversitarias de la ciudad de Tacna -2008-

- Identificar y discriminar los factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en estudiantes preuniversitarios de las Academias preuniversitarias de la ciudad de Tacna -2008-

II- REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1- Antecedentes

| SUSTANCIA | PERÚ 1992 (a) | CHILE 1997(b) | PANAMÁ 1996 (c) | GUATEMALA 1998 (d) | ECUADOR 1996 (e) | ESPAÑA 2000 (f) |
|---------------------|------------------|------------------|----------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------|
| Alcohol | 57.4 | 72.4 | 47.2 | 37.1 | 76.4 | 76.0 |
| Anfetaminas | No .ex | 3.7 | No ex | 2.4 | No ex | No ex |
| Cocaína | 0.5 | 2.7 | 0.97 | 2.2 | 1 | 5.4 |
| Pastillas | 1.1 | 13.2 | 7.15 | 3.8 | 7.5 | 6.8 |
| Alucinógenos | 0.2 | 1.3 | No ex | No ex | No ex | 5.2 |
| Marihuana | 2.5 | 14.5 | 0.7 | 3 | 4.1 | 31.2 |
| Inhalantes | 3.4 | 3.0 | 2.27 | 1.9 | 0.9 | 4.1 |
| Tabaco | 43.7 | 63.1 | 12.85 | 21.1 | 51.6 | 34.4 |
| PBC | 1.0 | 3.7 | 0.42 | No ex | 1 | No ex |
| Extasis | No ex | No ex | No ex | No ex | No ex | 5.7 |
| Heroína | No ex | 0.6 | 0.5 | No ex | No ex | No ex |

- (a) Ministerio de Educación -1992-. : “Conocimiento y uso de drogas en los colegios secundarios, Lima. Perú
- (b) Ministerio de Educación -1997- : “Estudio Nacional del Consumo de Drogas en la Población Escolar de Chile. CONACE
- (c) Ministerio de Educación -1994- : “Estudio del Consumo de Drogas en Escolares de Secundaria, República de Panamá”
- (d) Díaz, J. Et Al – 1998- : “Encuesta Nacional DUSI en población adolescente del nivel básico y diversificado de educación, SECCATID – John Hopkins University Guatemala”
- (e) CONSEP -1996- :” Segunda Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas 1995-1996-, Ecuador “
- (f) Plan Nacional Contra Drogas -2000- : “Encuesta sobre Drogas a Poblaciones Escolares”, DGPNSD, Observatorio Español sobre Drogas

2.2- Teoría y Modelos de la Drogodependencia

Existen muchas teorías explicativas del consumo de las drogas, Lettieri, Sayers, y Pearson (1985) (3) , señalaron que existen 43 teorías diferentes al respecto, las cuales focalizan determinados aspectos sociales, políticos, culturales, familiares e individuales; lo más probable es que ninguna de las teorías 'pueda explicar el uso y abuso de las drogas en forma separada. Las hipótesis van desde la "Influencia social», "Problemas existenciales y con deficiencias adaptativas», «Alteraciones de personalidad», «Ritmos biológicos alterados», «Hiperactividad en los adolescentes», «Malos Hábitos», «Problemas de aprendizaje», «Factores genéticos», «Disponibilidad de las sustancias», «Modelos inadecuados», «Condicionamiento negativo», «Baja autoestima», «Ansiedad», «Dificultades familiares», «Predisposición neuroquímica», etc.

Según Bry (1996) (4) , es a partir del conocimiento científico que podríamos explicar el porqué algunas personas abusan de las drogas y otras no, desde donde surge la elaboración de cualquier estrategia preventiva. Parecería obvio, después de esta afirmación, que el esfuerzo intelectual optara por centrarse en identificar las variables de riesgo y las variables de protección que están a la base del inicio y el mantenimiento de la conducta de abuso. Con ello se buscaría, a su vez, minimizar el efecto de aquellos factores que afectan negativamente al sujeto y potenciar aquellos otros que le protegen del desarrollo de conductas nocivas.

Y si bien es cierto que con este objetivo se plantean un gran número de investigaciones y estudios, no menos cierta es la afirmación de que el consumo de drogas, como conducta, es el resultado de múltiples factores difíciles de integrar en un marco explicativo único.

La revisión bibliográfica de las múltiples teorías surgidas en torno a este tema nos hace presente una historia de análisis del fenómeno de forma un tanto parcial. Pero aún clarificando la cuestión, resulta difícil construir un modelo

teórico que explique íntegramente el fenómeno. La dificultad en su elaboración es comprensible desde la admisión de la existencia de varios principios generales a la hora de hablar de factores de riesgo y factores de protección. Para Clayton (1992) (5) estos principios son cinco:

- Los factores de riesgo pueden estar presentes o no en un caso concreto. Cuando un factor de riesgo está presente, es más probable que la persona use o abuse de las drogas que cuando no lo está.
- La presencia de un solo factor de riesgo no es garantía de que vaya a producirse el abuso de drogas y, por el contrario, la ausencia del mismo no garantiza que el abuso no se produzca. Lo mismo sucede en el caso de los factores de protección. El abuso de drogas suele ser probabilístico y, en todo caso, es el resultado de la intervención conjunta de muchos factores influyendo en ella.
- El número de factores de riesgo está directamente relacionado con la probabilidad del abuso de drogas, aunque este efecto aditivo puede atenuarse según la naturaleza, contenido y número de factores de riesgo implicados.
- La mayoría de los factores de riesgo y de factores de protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el abuso de drogas.
- Las intervenciones directas son posibles en el caso de alguno de los factores de riesgo detectados y pueden tener como resultado la eliminación o reducción de los mismos, disminuyendo la probabilidad del abuso de sustancias. Por el contrario, en el caso de otros factores de riesgo la intervención directa no es posible, siendo el objetivo principal atenuar su influencia y así reducir al máximo la posibilidad de que estos factores lleven al consumo de drogas.

Además de la dificultad obvia que presenta el manejo de estos factores, partimos de la base de que la finalidad de cualquier teoría es la explicación de las leyes que rigen el fenómeno observado; bien, en el estudio de factores de riesgo y de protección se habla constantemente de probabilidad y no de causalidad por lo que cualquier explicación derivada de la identificación de variables que actúan sobre el sujeto establecerá una asociación o relación entre las mismas, no pudiendo afirmar la existencia de una relación de causa-efecto entre variables y conducta (6).

A pesar de las dificultades mencionadas resulta innegable la necesidad del establecimiento de un marco teórico que, a modo de estructura, guíe y dé sentido al estudio del fenómeno observado. Según Flay y Petraitis (1995) (6) el desarrollo de un marco teórico, además de contribuir a la ampliación del conocimiento, permite un posterior desarrollo de programas preventivos basados en el conocimiento de la realidad, a la vez que permite la evaluación de los mismos.

En este intento por explicar la realidad del consumo de drogas surgen diversas teorías:

- Las centradas en el análisis de aspectos concretos o de pocos factores explicativos de la conducta.

- Las que contemplan una gran variedad de factores que está en la base de la conducta de consumo.

Ambos tipos de acercamiento contienen elementos a favor y en contra. El estudio de pocos factores permite un mayor control de las variables y contribuye a confirmar hipótesis, dada la capacidad de manejarlas, evaluarlas y someterlas a estudio. Sin embargo difícilmente pueden explicar por sí solas el inicio y el mantenimiento del consumo y resultan parciales.

Tabla 1: Teorías explicativas de la experiencia con el uso de sustancias (Petraitis, Flay y Miller, 1995) (6)

| |
|---|
| Teorías cognitivo-afectivas : <ul style="list-style-type: none">- Teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980 (7) ; Fishbein y Ajzen, (1975) (8)- Teoría de la conducta planificada (Ajzen 1985, 1988) (9) (10) |
| Teorías del aprendizaje Social : <ul style="list-style-type: none">- Teoría del aprendizaje social (Akers et al., 1979) (11)- Teoría del aprendizaje social/cognitiva social (Bandura, 1986) (12) |
| Teorías del apego social: <ul style="list-style-type: none">- Teoría del control social (Elliot et al., 1985, 1989) (13) (14)- Modelo del desarrollo social (Hawkins y Weis, 1985) (15) |
| Teorías en las que las características intrapersonales juegan un papel Esencial: <ul style="list-style-type: none">- El modelo de ecología social (Kumpfer y Turner, 1990-1991) (16)- Teoría del autodesprecio (Kaplan, Martin y Robbins, 1982, 1984) (17)(18)- Modelo de varias etapas de aprendizaje social (Simons et al., 1988)(19)- Teoría de la interacción familiar (Brooks et al., 1990) (20) |
| Teorías que integran constructos cognitivo-afectivos, de aprendizaje, compromiso y apego e intrapersonales : <ul style="list-style-type: none">- Teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977) (21)- Teoría del cluster de iguales (Oetting y Beauvais, 1986^a, 1986b, 1987) (22)(23)(24)- Modelo de vulnerabilidad de Sher (1991) (25)- Modelo del dominio (Huba y Bentler, 1982) (26) |

Las teorías más complejas, mayoritarias hoy en día, tienen en cuenta la multidimensionalidad del fenómeno que abordamos pero también son

conscientes de la dificultad de operativizar, evaluar y conocer las variables que las integran, ya que es imposible controlar cómo afecta cada una, su magnitud y la interdependencia entre ellas.

Evolutivamente, las teorías más parciales o de pocos factores coinciden con los primeros años de literatura en torno al fenómeno de la drogodependencia mientras que en estos últimos años predominan las teorías más complejas e integradoras.

Petraitis, Flay y Miller revisaron en 1995 (27) las distintas teorías existentes para explicar el uso de sustancias y concluyeron que son 14 las más importantes utilizables para comprender este fenómeno (Tabla 1). Estas teorías poseen un apoyo empírico.

La gran cantidad de teorías propuestas por estos autores y las diferencias entre ellas hace difícil su organización e integración en un modelo que permita comparar y/o confirmar los resultados de cualquier estudio. Sin embargo, por su relevancia, exponemos una breve referencia a algunas de estas teorías.

2.2.1- Teorías cognitivo afectivas

2.2.1.1. La teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975)(8).

Este modelo se enmarca dentro del conjunto de teorías que asientan sobre el campo actitudinal su cuerpo explicativo. El impulso de autores como los mencionados ha hecho posible predecir en grado importante la conducta desde la actitud y las creencias del sujeto, introduciendo elementos intermedios para explicar adecuadamente dicha relación.

La Teoría de la Acción Razonada es uno de los modelos más difundidos sobre la relación entre factores cognitivos y consumo de drogas. Aunque el modelo no fue diseñado específicamente para explicar el consumo de sustancias, se ha revelado útil para comprenderlo y predecirlo, lo que ha hecho que sea uno

de los modelos más citados en este ámbito y más influyentes en muchos programas de prevención.

Esta teoría expone la existencia de determinadas influencias más directas que otras que actúan sobre el consumo. En este sentido, las expectativas, las creencias, las actitudes y, en definitiva, las variables relacionadas con la cognición social, actúan de forma más directa que otras como la familia y el grupo de amigos, cuya proximidad vendrá mediatizada por las anteriores.

El objetivo central de este modelo es la predicción de la conducta desde la actitud del sujeto y de las normas subjetivas, estando ambas mediadas por la intención conductual. Es decir, aplicando la teoría al fenómeno que nos ocupa, tener intención de consumir es la “causa” más inmediata del consumo. Sin intenciones, lógicamente, no habría consumos. Ahora bien, la pregunta que inmediatamente nos podemos plantear es la siguiente: ¿Qué provoca la intención de consumo?. Dos son las variables responsables:

Las actitudes hacia el consumo Las normas subjetivas sobre el mismo.

Las actitudes vienen dadas por las consecuencias que los jóvenes esperan del consumo de drogas y por la importancia que conceden a esas consecuencias personal y subjetivamente. Si el joven concede más valor a los beneficios que a los costes del consumo o si magnifica los primeros en detrimento de los efectos negativos, mostrará actitudes positivas hacia él.

Las normas subjetivas vienen determinadas por la percepción que tiene el joven de que otras personas importantes para él aprueban y esperan que él consuma, además de por su motivación para acomodarse a las expectativas de esas personas. Si el adolescente cree que sus amigos esperan que consuma y él desea agradarles, esto es, no defraudar sus expectativas, su decisión tenderá a inclinarse hacia el consumo. En relación con esto y no menos importante, la creencia de que el consumo está ampliamente extendido entre los jóvenes, que es algo normal y que “todo el mundo” lo hace, influirá también sobre la decisión de consumir.

Estos dos componentes no tienen igual peso en todas las personas. En algunas, la decisión de consumir estará más influida por los efectos positivos esperados, es decir, por las actitudes hacia el consumo. En otras en cambio, puede pesar más el segundo elemento, el querer ajustarse a las expectativas de los demás.

En los últimos años Ajzen (1988) (10). ha incluido en su teoría un nuevo elemento: la percepción sobre la capacidad para controlar la conducta. Además de tener actitudes positivas hacia una conducta concreta y/o desear acomodarse a lo que los demás hacen o esperan, es necesario que la persona se crea capaz de realizar dicha conducta. Según Petraitis y cols. (1995) (27) esta percepción de control en el ámbito de las drogas influye de las siguientes maneras: a) por un lado, es preciso que el joven crea que puede acceder a las drogas y utilizarlas para consumir, b) de otro, es importante la percepción sobre la capacidad personal para resistir la presión de los demás. Si un adolescente siente que no tienen habilidades suficientes para enfrentarse a los mensajes que le incitan a consumir, tenderá a consumir.

Las implicaciones preventivas que derivan de la adopción de este modelo son tenidas en cuenta por muchos programas. La mayoría de ellos intenta actuar sobre las actitudes proporcionando información sobre las consecuencias negativas del consumo, no sólo a largo plazo sino también a corto y medio plazo, con el ánimo de modificar las inclinaciones positivas hacia él. Asimismo, intentan corregir mitos o creencias erróneas sobre la pretendida generalización o normalización del consumo entre los jóvenes. El tercer elemento de la teoría, la percepción de control, es también una variable muy trabajada porque precisamente, dada la presencia ineludible de las drogas, intenta desarrollar en los niños y adolescentes habilidades para resistir la presión de los iguales, la publicidad, el fácil acceso a las sustancias, etc.

2.2.2. Teorías del aprendizaje social

2.2.2.1. Teoría del aprendizaje social. Bandura (1986)(12)

Esta teoría es una de las más importantes y utilizadas dentro del campo de las drogodependencias.

Acentúa la importancia de los procesos vicarios, simbólicos y autorregulatorios en el funcionamiento psicológico, además de incluir la importancia del ambiente social entre los factores determinantes de la conducta.

Bandura considera la conducta como fruto de tres factores interrelacionados: el aprendizaje, los procesos cognitivos y el ambiente en sentido social (medios de comunicación de masas, etc.), que actúan como modelos de conducta.

2.2.3. Teorías del apego social

2.2.3.1. Modelo integrador de Elliot y otros (1985).(13)

Este modelo integra en sí otras teorías (Teoría del control social, Teoría de la asociación diferencial y Teoría del aprendizaje social). Desde este punto de vista, la disparidad entre los recursos de los que dispone el sujeto y las metas que persigue son factores que condicionan la aparición de la conducta problema. La falta de asunción de valores tradicionales y la adquisición de comportamientos a través de las personas de referencia más próximas al sujeto son tenidas en cuenta a la hora de explicar el fenómeno.

2.2.3.2. Modelo de desarrollo social de Hawkins y Weiss (1985)(15).

Desde este modelo de orientación sociológica se plantea que la vinculación social, familiar, escolar y religiosa previene la expresión de impulsos y conductas desviadas. El consumo de drogas y otras conductas desviadas serían el síntoma de una débil vinculación con estas instancias convencionales, mantenida a través del aprendizaje social y las contingencias del entorno.

2.2.4. Teorías en las que las características intrapersonales juegan un papel esencial

2.2.4.1. El modelo de ecología social de Kumpfer y Turner (1990-1991) (16).

Para estos autores la causa subyacente del consumo experimental de drogas es el estrés en general y, en particular, el estrés relacionado con la escuela. Un bajo nivel de autoeficacia académica facilita la implicación con los pares

desviados y la experimentación en el consumo como forma de hacer frente al estrés que provoca un ambiente hostil y poco gratificante.

2.2.4.2. Teoría del Autorrechazo. (Kaplan, 1996) (28).

Kaplan ha elaborado un modelo explicativo de la conducta desviada aplicable al consumo de drogas apoyándose en el concepto de autoestima. El autor mantiene que la conducta desviada respondería a una necesidad autocompensatoria del sujeto ante una escasa autovaloración. Esta percepción negativa de uno mismo vendría dada por una serie de experiencias sociales desfavorables que le provocan un malestar psicológico y afectan a su autoestima. En este sentido, el individuo tenderá progresivamente a alejarse de aquellas instancias que son fuente u origen de su malestar y buscará alternativas que le permitan recuperar su autoestima. En la medida en que otra serie de factores como la accesibilidad a sustancias de abuso o la relación con un grupo de pares desviados, etc., estén cercanas al sujeto, éste puede verse sensibilizado a adoptar estas conductas y obtener así un reconocimiento por parte del grupo de iguales, alejándose cada vez más de los comportamientos convencionales.

2.2.4.3. Teoría multietápica del aprendizaje social. (Simons, Conger y Withbeck. 1988)(19).

Esta teoría integra un gran número de factores a la hora de explicar la conducta de consumo. Tanto la autoestima como las habilidades de afrontamiento y los factores relativos a la familia y amigos son contemplados desde este modelo. Distinguen entre las variables que tienen más importancia en el inicio del consumo (factores individuales como la importancia de lo inmediato, factores familiares relativos a la calidez de las relaciones, modelos parentales, disciplina, etc.) y variables que influyen más en el mantenimiento del mismo (un progresivo acercamiento a otros sujetos consumidores). El consumo habitual de drogas vendrá determinado por el consumo en la familia, en los amigos, por el malestar emocional del propio sujeto y su déficit en habilidades de afrontamiento adaptativas.

2.2.5. Teorías que integran constructos cognitivo afectivos, de aprendizaje, compromiso y apego, e intrapersonales.

2.2.5.1. Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor (1977)(21). Desde esta teoría, la conducta problema es aquella conducta definida como indeseable, preocupante o problemática según las normas convenidas socialmente y que conlleva una respuesta de control social (reprobación, rechazo social o encarcelamiento) por parte de las instituciones de autoridad. El consumo de drogas, entre otras conductas, supone el rechazo a las normas sociales y podría explicarse desde tres sistemas: la personalidad, el ambiente y la conducta como elementos interrelacionados y organizados entre sí. A su vez, estos tres elementos están afectados por una serie de variables antecedentes de gran relevancia. Las características demográficas y el proceso de socialización y sus agentes son las dos instancias de importancia.

2.2.5.2. Teoría de los “clusters” de amigos de Oetting y Beauvais (1987)(24).

Según esta teoría, la única variable con influencia directa sobre la conducta de consumo es la implicación con amigos consumidores. Otras variables como la estructura social, las características psicológicas del sujeto y la inadecuada relación de éste con las instituciones convencionales, son influencias más indirectas.

2.2.6- Modelo Teórico aplicado en este Estudio (6) (26)

En el enfoque teórico que utilizaremos como modelo comprensivo en nuestro estudio, se excluye de forma intencionada la mención a factores biológicos porque de lo que se trata en este trabajo es de confirmar un modelo explicativo del consumo de drogas entre adolescentes y jóvenes que presumiblemente no han desarrollado las fases extremas del consumo; abuso y adicción. También se excluyen los llamados modelos macrosociales, entendiendo por tales circunstancias históricas, económicas, políticas y culturales. Estas variables macrosociales son difíciles de medir con un mínimo de rigor metodológico

como bien exponen Pons y Berjano (1999)(29). Las variables que se pueden evaluar con ciertas garantías son las catalogadas como psicosociales, aquellas que destaca el modelo psicosocial o la Psicología Social.

La finalidad que nos guía en este trabajo de investigación es la contribución al conocimiento de la relación entre los factores de riesgo y protección y la conducta de consumo para que, en última instancia, esto nos permita fundamentar o guiar el desarrollo de acciones preventivas de consumos perjudiciales, acciones que intervengan sobre factores susceptibles de ser modificados o potenciados, dependiendo de su influencia negativa o positiva en el consumo de sustancias.

Una de las revisiones más sistematizadas de las múltiples teorías referidas a las conductas de consumo es la realizada por Flay y Petraitis en 1995(6),(TEORÍA DE LA INFLUENCIA TRIÁDICA) quienes consideran que globalmente, las teorías más relevantes referidas a la salud y a la conducta de consumo coinciden en destacar cinco elementos básicos sobre los que hay un considerable acuerdo, aunque no total.

Estos elementos y los factores de riesgo que agrupan son:

- El medio social (desorganización social, socialización inadecuada y disfunción de rol),
- La vinculación social (familia, compañeros y escuela).
- El aprendizaje social (observación, oportunidad, normas sociales, refuerzo).
- La parte intrapsíquica de la persona (habilidades, eficacia, autoestima, desosiego, estrés).

- El cambio del conocimiento, actitud y comportamiento (determinado por valores y creencias que determinan las intenciones de conducta y, en última instancia, el comportamiento),

Como se puede comprobar, el elemento final es el comportamiento. En este caso, el consumo de drogas. Esta conducta está en estrecha relación con el cambio de conocimientos, actitudes y comportamiento. Desde aquí, el conocimiento se relaciona con los valores y creencias, origen de las actitudes que, a su vez, causan las intenciones y con ello los intentos de comportamiento que harán que se actúe o no en función de las etapas del comportamiento por las que pasa esa persona. Ese cambio en el conocimiento, actitud y comportamiento depende tanto del aprendizaje social como de la parte intrapsíquica de la persona. Dentro del aprendizaje social se consideran los componentes de observación, oportunidad, normas sociales y refuerzos, elementos característicos de esta teoría. Y dentro de la parte intrapsíquica las habilidades, la eficacia, la autoestima, el desasosiego y el estrés. A su vez, estos dos últimos elementos generales, el aprendizaje social y la parte intrapsíquica, vienen determinados por las vinculaciones sociales que a su vez son función del medio social. Dentro de las vinculaciones sociales están la familia, la escuela y los compañeros; dentro del medio social la desorganización social, la socialización inadecuada y la disfunción del rol.

Partiendo de la revisión de los múltiples modelos explicativos referidos a la conducta de dependencia de drogas, la teoría asume muchas de las conclusiones que se derivan de las teorías examinadas e intenta ir más allá, complementando y ampliando las mismas con el fin de validar una teoría que explique no sólo la conducta de consumo sino también otros problemas de salud.

La Teoría de la influencia triádica (30) (1994) es una teoría compleja que integra diversos elementos de otras microteorías o teorías más parciales que han confirmado sus resultados empíricamente. Este modelo utiliza varios niveles para explicar las causas de la conducta. Estos niveles afectan a la conducta de forma más o menos directa según sean niveles próximos, lejanos o finales. Estos se relacionan con tres grupos de influencia que se mueven a lo largo de los niveles:

- Influencias culturales y ambientales sobre el conocimiento y valores, que influyen en las actitudes.
- Influencias del contexto o situación social sobre los vínculos sociales y el aprendizaje social, influyendo sobre las creencias sociales normativas.
- Influencias intrapersonales sobre la determinación y control de uno mismo y las habilidades sociales, que conducen a la autoeficacia.

A su vez, junto a estos elementos generales existen otras influencias que afectan tanto a los grupos de influencia como a los niveles de influencia.

Petraitis y Flay (27) consideran que la conducta es el resultado de una situación, un ambiente y una persona. Al mismo tiempo, las influencias actitudinales, sociales e intrapersonales influyen de modo independiente y afectan de modo interactivo las decisiones sobre realizar o no una determinada conducta. Los elementos intermedios de influencia que considera la teoría son:

- Lo que el individuo extrae de su ambiente, situaciones y de sus rasgos básicos de personalidad.
- Las expectativas que tiene sobre la conducta y la evaluación subjetiva que hace de esas expectativas
- Las cogniciones personales que mantiene acerca de la salud.

Esta teoría considera tanto los factores directos como los factores indirectos que afectan a la conducta. Los rasgos básicos o de personalidad se refieren a las características intrapersonales del sujeto y se operativizan en cinco dimensiones básicas de la personalidad:

- Control personal
- Control emocional
- Introversión-extraversión
- Sociabilidad

- Inteligencia

La teoría de la influencia triádica sostiene que la habilidad de controlar las acciones y el estado de ánimo llevan al desarrollo de un nivel de autoestima y un autoconcepto más coherente. Esto, unido a las habilidades sociales específicas, conduce a un mayor nivel de autoeficacia respecto a la conducta concreta a la que nos estamos refiriendo.

Por el contrario, aquellas personas que tienen una baja autoestima o una imagen incoherente de sí mismas, es más probable que se impliquen en conductas de riesgo, que actúen impulsivamente y sean menos conscientes de las consecuencias de sus actos.

A su vez, dentro de los componentes de esta teoría diferencian entre niveles de influencia próximos, distales y últimos. Dentro de los niveles últimos estarían la situación social, el ambiente cultural, la biología y la personalidad, que estando fuera del control inmediato del sujeto, son los principales determinantes de su conducta.

El nivel de influencia distal constituye aquel que tiene varios niveles de influencia previos y también causas menos directas de la conducta. Los valores del sujeto, por ejemplo, están determinados por las causas últimas y tienen una gran importancia en como se comporta la persona en relación con su salud.

El último nivel, el de influencia próxima, es un nivel de influencia predecible porque se centra en aspectos concretos de la conducta, es decir, se trata de las decisiones concretas que adopta un individuo respecto a su salud.

La teoría asume la influencia mutua entre los distintos componentes de la misma aunque admite que cada elemento puede influir de forma diferente a cada individuo, de la misma forma que habrá influencias controladas por el sujeto y otras que no podrá controlar. Por otro lado, además de la influencia de unos elementos sobre otros, también se tiene en cuenta el efecto de la adición,

es decir, el camino que se recorre de unos elementos previos a otros posteriores, reconociendo la complejidad y la variabilidad existente entre los distintos elementos.

Un elemento final pero no menos importante de la teoría es el proceso dinámico de toma de decisiones. Según esta teoría, la decisión inicial y las experiencias extraídas de las conductas relacionadas con la salud, influyen en las decisiones posteriores sobre las mismas. La decisión de realizar una conducta particular es la causa más próxima de la conducta. Sin embargo, estas decisiones no siempre son racionales y la mayoría de las veces se basan en criterios subjetivos, sobre todo cuando la información de que se dispone es inadecuada aunque quien decide considere que es racional. Posteriormente, la experiencia conductual y el feedback van a influir sobre posteriores conductas. Si el sujeto recibe satisfacción o placer (refuerzo), es más probable que siga realizando la conducta. Si las consecuencias resultan desagradables, molestas o problemáticas (castigo), es menos probable que la mantenga. Pero todo esto, a su vez, vendrá determinado por otras variables del modelo como son los vínculos sociales, las expectativas, las actitudes, etc. Además, en la esfera intrapersonal, las experiencias personales con las conductas relacionadas con la salud pueden producir consecuencias emocionales, psicológicas o incluso afectar al autoconcepto o al sentido de sí mismo.

Esta teoría permite conceptualizar y entender el consumo de sustancias integrando un gran número de variables que, parcialmente en algunos casos o de forma interrelacionada en otros, han confirmado su influencia sobre esta conducta.

Sin embargo, en los últimos años el uso de las drogas y especialmente el consumo de alcohol, ha experimentado importantes cambios, tanto en las cantidades como en la forma y el significado que se da a este consumo (Calafat y Amengual, 1999)(31). Dada la naturaleza cambiante de la investigación del comportamiento biológico, toda teoría deberá ser regularmente revisada y actualizada atendiendo a la nueva tipología de

consumidores, la variación de los factores implicados, las nuevas formas de consumo y el sentido del mismo.

Calafat , Amengual (1999) (31) y Hansen (1994)(32) subraya la naturaleza cíclica de la investigación cuando establecen que las hipótesis se pueden derivar de la teoría, pero que igualmente, la teoría se completa y mejora a menudo desde la observación y el planteamiento de nuevas hipótesis y el ensayo de las mismas.

El consumo de alcohol recibe una atención especial en este estudio dado el uso extendido de esta sustancia entre los jóvenes. Una reciente encuesta realizada de la serie Euskadi y Drogas analizada en este estudio, confirma la existencia de un alto porcentaje de jóvenes (71,7% de una muestra de 2000 sujetos), a los que se incluye en la categoría de “consumidores habituales” de alcohol (Marañón, 2001) (33).

.El consumo de alcohol con un sentido lúdico, recreativo, está ocupando cada vez más un espacio dominante en el tiempo de ocio de los jóvenes, determinando una forma de diversión, una conducta habitual integrada en su estilo de vida. Como señalan estos autores, el problema surge cuando el estilo de vida se constituye como un factor determinante para la salud. El estilo de vida comprende las actitudes y valores del individuo, su conducta en relación a la salud, los hábitos alimenticios, higiénicos, el ejercicio físico, el ocio, su ingesta de alcohol, etc. Pero además, este estilo de vida se elabora en estrecha relación con las condiciones de vida que impone cada sociedad, y no olvidemos que el alcohol ha llegado a integrarse en nuestra vida colectiva como un rasgo cultural definidor.

Señalado el cambio social perceptible en la actualidad con respecto al uso del alcohol, no es extraño que la imagen de la persona consumidora de alcohol haya dejado de ser la del enfermo marginado y actualmente corresponda a la del joven bebedor de fines de semana, plenamente insertado en el grupo de amigos, que utiliza el alcohol como forma de divertirse, como un hábito

estrechamente ligado al “salir de marcha” y que, como otros tantos jóvenes, espere que la ingesta de alcohol suponga una mejora de su estado de ánimo.

La preocupación por estos consumos ha llevado a que diversos autores planteen la necesidad de examinar los programas preventivos y las teorías que, de forma específica o integrando junto al consumo del alcohol otros factores mediadores, evalúen de forma rigurosa su eficacia y su capacidad para explicar la prevalencia del uso de esta sustancia. Más allá de constatar el aumento de este consumo, pretenden detectar y reconocer las variables o factores de riesgo y protección que permitan diferenciar las características de los jóvenes que abusan del alcohol frente a los que lo usan de forma moderada o nula.

En este sentido y considerando la importancia que concede este estudio al consumo de alcohol, resulta necesario hacer una breve alusión a algunas teorías y programas aplicados específicamente al consumo de dicha sustancia.

Un ejemplo lo hallamos en la Teoría del Aprendizaje Social, cuyos principios básicos han sido aplicados fundamentalmente al alcoholismo. La formulación de esta teoría aplicada al consumo abusivo de alcohol describe un proceso de condicionamiento clásico (el individuo experimenta progresivamente el fenómeno de la tolerancia a los efectos adversos del alcohol) y de condicionamiento operante (es recompensado por los efectos positivos de la droga y evita los estados displacenteros; incluso los que surgen ante la abstinencia del consumo una vez que éste es habitual). Además de estos aspectos, la teoría destaca la importancia de la experiencia del sujeto con la droga, las expectativas y creencias que mantiene con respecto al alcohol como forma de evitar la ansiedad y el estrés, el modelado (la conducta que el individuo observa y aprende en el ambiente familiar, con su grupo de iguales o a través de modelos sociales ofrecidos desde los medios de comunicación), el contexto físico y social en el que acontece la conducta y la importancia de las variables o características personales del propio sujeto.

Esta y otras teorías están a la base de algunos programas de prevención y tratamiento del consumo de alcohol u otras drogas. Sin embargo, son escasas las investigaciones en las que se incluye el modelo teórico desde el que se parte a la hora de proponer hipótesis y crear los materiales adecuados para la intervención. Por otro lado, los estudios y evaluaciones acerca de la eficacia de dichos programas a medio o largo plazo son prácticamente inexistentes por lo que, realmente, aún no existen demasiados modelos teóricos que expliquen con suficiente rigor la aparición y el mantenimiento de la conducta de consumo. Sin embargo, citamos dos estudios actuales que consideramos que pueden resultar una guía en el desarrollo y evaluación de programas de prevención y actuación en torno a las drogas y otras conductas antisociales.

El primero de ellos (Luengo y otros, 1999)(34) analiza y evalúa un programa de prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en el marco escolar. Sobre una muestra de 4.895 adolescentes se diseñó una experiencia concretada en dos condiciones experimentales: una de control en la que no se llevaba a cabo ningún tratamiento y otra experimental, en la que se realizó una intervención de los profesores sobre los alumnos. La evaluación de la eficacia del programa permitió la mejora del programa “Construyendo Salud”, aplicado gradualmente en un gran número de centros escolares.

El segundo estudio, referido al consumo abusivo de alcohol en la adolescencia (Pons y Berjano,1999) (29), se basa en una muestra de 1.100 alumnos de Enseñanzas Medias de centros públicos y privados de la Comunidad valenciana. Los autores de la investigación confirman la gran cantidad de variables psicológicas, psicosociales, sociológicas, culturales, económicas, etc. implicadas en el consumo abusivo de alcohol. Constatan la dificultad metodológica que implica el control riguroso de tal cantidad de variables. Sin embargo, la correcta evaluación del programa les permite realizar una serie de propuestas preventivas partiendo, necesariamente, de un enfoque multidisciplinar que implique al ámbito familiar, escolar y comunitario, sin olvidar aspectos legislativos y comunicativos.

2.3- DESCRIPCIÓN DE LAS ESCALAS DEL DUSI. (104)

El D.U.S.I (Drug Use Screening Inventory) fue diseñado por un grupo de investigadores de la Universidad de Pittsburg encabezados por el Dr Ralph Tarter. El D.U.S.I es un instrumento en formato de cuestionario autoaplicable que mide el nivel de severidad de los trastornos identificados en diez áreas de ajuste psicosocial; esto permite detectar trastornos específicos y valorar su relación con el consumo de drogas. El DUSI consta de una serie introductoria de preguntas referentes a información de filiación del encuestado además de 159 preguntas que se contestan en forma dicotómica (si o no) , correspondiendo a diez dominios o áreas. Una segunda parte permite investigar, entre otros procesos, la prevalencia del consumo de drogas. En la práctica la forma de aplicación es individual o grupal, con una estimación de duración de 20 minutos y se recomienda que los encuestados sean previamente capacitados en el manejo del instrumento. Las áreas o dominios de investigación son : I

2.3.1- Trastornos de Comportamiento (TC). (104)

Explora las alteraciones de conducta, en función de ser un factor de riesgo para el consumo de drogas y de estar asociado a él. Por otra parte los estudios realizados en la región demuestran una alta correlación entre esta escala y la Densidad Absoluta del test.

2.3.2- Riesgos para la Salud (RS). (104)

Hace referencia fundamental a la salud física. Todos los datos relacionados con la salud, son mas que necesarios para la evaluación de los adolescentes bajo riesgo de consumir drogas. Ciertas condiciones físicas, especialmente neurológicas, tales como la epilepsia o la disrritmia cerebral, pueden preceder el consumo.

Por otra parte, el consumo de drogas puede tener efectos importantes sobre la salud, sobre todo cuando existe vulnerabilidad. Por ejemplo, complicaciones hepáticas o respiratorias generadas por el consumo en personas con terreno. Finalmente, las drogas tienen consecuencias igualmente notables sobre la salud.

2.3.3- Desórdenes Psiquiátricos (DPS). (104)

El consumo de drogas es un factor de riesgo para la salud física y mental. Inversamente problemas mentales son factores de riesgo para el consumo de drogas. Objetivamente, los trastornos psiquiátricos son bastante frecuentes entre los consumidores.

Las alteraciones emocionales, la depresión, ansiedad u otros estados psicológicos, son factores de riesgo para la búsqueda de alivio en la droga. Como se menciona más arriba, el abuso de drogas puede precipitar trastornos mentales latentes o producir cuadros psiquiátricos agudos o crisis emocionales.

2.3.4- Autoafirmación Social (AUS). (104)

Para un adecuado funcionamiento adaptativo, la persona requiere de varias habilidades de desempeño social. Deficiencias en la capacidad de ser asertivo, tomar decisiones y conducirse en forma autónoma, pueden predisponer al consumo de drogas y facilitar su mantenimiento.

2.3.5- Disfuncionalidades Familiares (DF). (104)

La organización familiar, los patrones de comunicación y el grado de cohesión influyen considerablemente en el ajuste emocional del joven. La familia es fundamental en el establecimiento de valores y conductas normativas sociales que van a guiar la transición hacia la adultez. El modelo adictivo familiar y los hábitos de consumo familiares son factores de riesgo

2.3.6- Rendimiento escolar (104)

La escuela es el locus fuera de la familia, en donde el adolescente adquiere las habilidades cognoscitivas e interpersonales fundamentales para su inserción social, ajuste y adaptación. Fallas en estos aspectos pueden predisponer al consumo de drogas.

Asimismo, el ambiente social en la escuela, particularmente la disponibilidad de drogas, el tipo y grado de exigencias, las oportunidades de recreación, etc. pueden favorecer el consumo. También, es muy conocido el fracaso escolar como factor de riesgo para el consumo.

2.3.7- Desórdenes Laborales (DL). (104)

Esta escala se relaciona con el interés y la motivación del adolescente por asumir roles de adulto y buscar autonomía. También hay que considerar la extracción de la persona, ya que, trabajar y obtener dinero, se relaciona con la subsistencia familiar.

Las actitudes con respecto al trabajo, su compromiso, responsabilidad y estabilidad influyen en las posibilidades de consumir drogas.

2.3.8- Presión Grupos de Amigos (PGA). (104)

Esta escala se relaciona con el ambiente social en que se desenvuelve el adolescente, ya que, éste influye sustancialmente en el tipo y variedad de conductas normativas. Conforme el adolescente crece y se desliga de los padres, se incrementa la importancia e influencia del entorno social. Las características de los grupos de amigos, como grupos de presión, influyen considerablemente en el inicio o mantenimiento del consumo de drogas.

2.3.9- Uso del Tiempo Libre (UTL). (104)

Esta serie de preguntas explora la disposición de tiempo libre que tiene la persona, el uso que le da y la satisfacción o insatisfacción que se deriva del

mismo. La utilización del tiempo libre afecta de manera significativa la facilidad para iniciarse en el consumo de drogas, así como en su mantenimiento y otro tipo de conductas inadecuadas. La utilización productiva del tiempo libre es un factor de protección contra el uso indebido de drogas.

Esta área también evalúa la creencia, convicción y percepción del individuo en la participación de actividades de prevención, la existencia o inexistencia de programas de prevención, incluye la percepción de las actividades de prevención en la familia, en la escuela, en la iglesia y otras

2.3.10- Severidad Uso Drogas (SUD). (104)

Esta escala obtiene información respecto de las características del consumo de drogas cuando éste existe. Una puntuación elevada en esta serie, de por sí, nos informa sobre un factor de riesgo para el mantenimiento del consumo.

del daño e información sobre consumo

En la presente área se evalúa la percepción, la creencia y el conocimiento de la persona acerca del daño de unas sustancias respecto de otras en el organismo y la conducta

2.4- CONCEPTOS Y CONSTRUCTOS (19) (34) (35) (41) (42) (60) (61) (73) (74) (83) (87)

2.4.1- Factores de riesgo (34) (41) (42)

En esencia, un factor de riesgo “es una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno”(Luengo y otros, 1999)(34). El enfoque del factor de riesgo (Stamler, 1978)(35); Simons et al., (1988)(19) fue adoptado desde la investigación biomédica y dirigido hacia la identificación de aquellos factores biopsico-sociales (Kumpfer, 1987)(36), del comportamiento y del medio ambiente que parecían estar asociados con la aparición de un problema de salud.

Estas características personales, sociales, familiares, etc. permitirían predecir el desarrollo de la conducta de consumo de drogas y situarían al sujeto en una posición de vulnerabilidad hacia ese tipo de comportamiento.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que no es necesaria la presencia de todos y cada uno de los factores de riesgo para que se produzca el comportamiento desviado, de la misma forma que la aparición de uno de ellos no determina necesariamente la ocurrencia del mismo de forma causal. De hecho, coexisten otros factores que protegen al sujeto frente al consumo. Los factores de riesgo interactúan entre sí influyéndose y son de carácter probabilístico, es decir, su presencia aumenta la probabilidad de que se dé una conducta.

Asimismo, no es condición necesaria la ocurrencia de los mismos factores entre sujetos consumidores ya que la variedad y la configuración particular de circunstancias personales y sociales es la norma en este fenómeno que estudiamos. Esta variedad queda puesta de manifiesto al haberse aceptado por la comunidad científica la necesidad de entender el consumo de drogas como el resultado de un campo de fuerzas bio-psico-socio-culturales, ya que existe una sustancia, un sujeto y un contexto donde se desarrolla la conducta de consumo.

Desde esta concepción integral podemos afirmar que existen multitud de variables predictoras, que son muchos y variados los factores causales identificados sin que, hasta ahora, se conozca a ciencia cierta cómo se ordenan y se relacionan estas variables entre sí o cuál es la combinación específica que permite predecir la ocurrencia de una conducta. Los factores socioculturales, familiares, las relaciones con el grupo de iguales, las características personales y un largo etc. se engarzan entre sí influyéndose recíprocamente, aumentando o reduciendo las probabilidades de que se dé el consumo.

Coincidimos en que la adolescencia, como etapa evolutiva, es un período significativo en relación al consumo de sustancias. Parece constatado que el consumo de drogas tiene su origen en edades relativamente tempranas, concretamente en las primeras etapas de la adolescencia, (Gómez-Reino y otros, (1995) (39); Barca Lozano y otros, (1986) (40); García Pindado, (1992) (41); Vallés Lorente, (1996)(42). Una serie de cambios cognitivos, personales y psicosociales hacen a los adolescentes más vulnerables a las conductas problemáticas, ya que les sitúan más cerca de la influencia por tres grupos principales de factores de riesgo:

- Factores de riesgo individuales: Hacen referencia a las características internas del individuo, a su forma de ser, sentirse y comportarse. La edad, la personalidad, los recursos sociales de que dispone, las actitudes, los valores, la autoestima, etc. conforman un sujeto único.

- Factores de riesgo relacionales: Son aquellos aspectos relativos al entorno más próximo de la persona. La interacción específica de cada sujeto con la familia, los amigos y el contexto escolar determina una situación peculiar.

- Factores de riesgo sociales: Hacen referencia a un entorno social más amplio. La estructura económica, normativa, la accesibilidad al consumo, la aceptación social del mismo y las costumbres y tradiciones imprimen unas características que diferencian a unas culturas de otras y por tanto afectan a la conducta del individuo.

2.4.1.1- Factores de riesgo individuales (34) (40) (42)

La adolescencia es el período de transición entre la niñez y la edad adulta. Su inicio es perceptible debido a una serie de cambios fisiológicos, psicológicos y socioculturales, mientras que su fin, que tiene como objetivo el ingreso en el

período de adultez, varía de unos sujetos a otros al venir determinado por la adquisición de una serie de capacidades. La forma personal en que cada sujeto asimile dichos cambios determinará el logro de un mayor o menor nivel de independencia y autonomía.

El adolescente, protegido hasta ese momento en y por el grupo familiar, empieza a anhelar mayores cotas de libertad, comienza a cuestionarse los valores adquiridos en este seno y pretende encontrar un sentido de vida propio basado en el conocimiento de sí mismo, de sus gustos, actitudes, limitaciones y preferencias. La mayor o menor adquisición de determinadas características personales, recursos, etc. hará que éstos actúen como factores de riesgo (facilitando la probabilidad de inicio y desarrollo de consumo de drogas) o como factores de protección (manteniendo al sujeto alejado de esta conducta).

Los principales factores de riesgo a nivel individual son los siguientes:

2.4.1.1.1- Actitudes, creencias y valores (40) (41) (42)

Estos elementos se han mostrado como predictores fiables de la conducta de consumo (Fishbein y Ajzen, 1980)(8). En este sentido, lo que el joven piensa sobre las drogas, las creencias acerca de sus efectos y sobre el propio acto de consumir y lo que experimenta con ellas, arrojan un balance subjetivo positivo o negativo que determinará la ocurrencia o no del consumo.

Se ha comprobado que las creencias y actitudes positivas hacia las drogas se relacionan con el consumo, de la misma forma que éste correlaciona con un menor aprecio por valores ligados a la socialización convencional (religión, familia, orden, salud, etc.) (Romero, 1996)(43).

Valores, creencias y actitudes, como veremos más adelante a la hora de hablar de los factores de riesgo relacionales, vienen determinados, en primera instancia, por la familia como contexto portador y transmisor de las mismas (Ferrer Pérez y otros, 1991(44)) y por la presión del grupo de iguales, que se

constituye también como una poderosa fuerza que influye en la configuración del carácter y los valores del adolescente (Gómez Reino y otros, 1995)(39).

Los valores guían el comportamiento de las personas y las metas que se plantean en la vida. Algunos teóricos apuntan a que la no interiorización o el alejamiento de algunos valores convencionales predisponen a transgredir la norma en mayor medida (Catalano, Hawkins et al., 1996(45)). De acuerdo con Luengo y otros (1999)(34), las personas con conductas problemáticas aprecian más aquellos valores con un significado personal inmediato como el placer, el sexo, el tiempo libre, etc. Y valoran en menor medida valores con trascendencia social a más largo plazo (justicia, solidaridad, etc.).

En esta misma dirección, Elzo y otros (2000)(46) encuentran que los jóvenes consumidores de drogas, en especial los que van más allá de consumos experimentales, se identifican con valores calificados como presentistas y de búsqueda de sensaciones (ganar dinero, vivir el presente, experimentar nuevas sensaciones, etc.) y muestran un menor aprecio, comparados con los jóvenes no consumidores, por valores tradicionales como la familia y el desarrollo profesional.

Sin embargo, las actitudes por sí solas no tienen por qué ser un predictor directo de la conducta de consumo de drogas. Tal y como señala Calafat (1991)(47), “parece indiscutible la importancia del desarrollo de un proceso intermedio entre la actitud y la conducta”. Se trataría de una variable que interviene entre la actitud del sujeto (su actitud permisiva respecto a las drogas) y la conducta que realiza a la hora de tomar una decisión (p.ej. aceptar una invitación para consumir).

Según Pons y Berjano (1999)(29), el sujeto aceptaría consumir porque además de mantener una actitud permisiva, ha experimentado personalmente el consumo de esa sustancia en determinados ambientes y de esta forma ha podido consolidar o desmentir las creencias provenientes del medio sociocultural sobre ella. La probabilidad de consumo aumentará en tanto en

cuanto más permisivo sea el medio social del adolescente, incluyendo en ese medio al grupo social en cuyo marco se realiza el consumo.

2.4.1.1.2. Habilidades o recursos sociales (34) (35) (36)

Es otro conjunto de variables que ha despertado gran interés en relación a los individuos que incurren en conductas desviadas.

Las habilidades sociales son capacidades de interacción social, recursos para establecer relaciones adecuadas y adaptadas a la realidad, expresando las propias opiniones y sentimientos.

La adolescencia es un período de apertura al mundo social, por lo que no es infrecuente encontrar dificultades en el área de las habilidades de relación para interactuar en este contexto de un modo socialmente eficaz. En este sentido, una persona con dificultades para expresar abiertamente sus opiniones o para desenvolverse adecuadamente en su entorno será más vulnerable a la influencia de su grupo. Así, si el consumo de drogas es algo frecuente en este medio, la persona con pocas habilidades sociales, con poca asertividad, tendrá más dificultades para resistirse a la presión de sus compañeros, mientras que sucederá lo contrario en el individuo que posea un buen repertorio de conductas sociales.

También cabe suponer que para el adolescente que carezca de un repertorio adecuado de habilidades sociales, el consumo de drogas se presente como una vía alternativa para satisfacer sus necesidades emocionales y de afiliación social y como medio de amortiguar el impacto de una situación vital que no controla totalmente (Pons y Berjano, 1999(29); Smith et al. 1993(48)).

El plus de energía, entusiasmo, bienestar, etc. que ofrecen las drogas aumenta en el sujeto la sensación de poder y confianza para enfrentarse adecuadamente a los otros. En este sentido, el consumo se convierte en un modo de afrontamiento de las relaciones sociales y en una forma de

enfrentarse a los problemas de la vida cotidiana. Desde esta perspectiva, las drogas sustituyen a las competencias sociales, refuerzan la conducta de consumo puesto que permiten enfrentarse a la situación, y mantienen el consumo en la medida en que estas situaciones sociales se repiten.

2.4.1.1.3. Autoconcepto y autoestima (19) (34) (35)

Ambos conceptos están íntimamente relacionados. El primero hace referencia a la imagen que cada persona tiene de sí misma y es el resultado de la suma, tanto de la percepción del sujeto sobre sí mismo como de la de los demás sobre él. Por otro lado, el grado de autoestima viene determinado por la relación entre la imagen que cada uno tiene de sí y la que le gustaría para sí en términos de imagen ideal. El sentimiento de autoestima será mayor en la medida en que este ajuste sea mejor.

Autoconcepto y autoestima son conceptos dinámicos, es decir, se hallan en continuo cambio a lo largo de la vida, pero la adolescencia es una etapa decisiva para la formación de los mismos. Ambos están relacionados con el bienestar y el ajuste psicológico del sujeto.

Algunos autores (Kaplan, 1996(28); Simons, Conger et al. 1988(19)) han señalado que una baja autoestima, una pobre autovaloración etc. están en la base de las conductas desviadas. Las personas con un autoconcepto positivo muestran menos vulnerabilidad ante situaciones de riesgo o individuos influyentes que las que carecen de este rasgo psicológico. Un bajo nivel de autoestima hace al sujeto sentirse incompetente para resolver situaciones o problemas y esto provoca frustración. Nuevamente, la droga puede aliviar una percepción personal negativa y puede utilizarse para evitar enfrentarse a ella.

Sin embargo, las investigaciones realizadas con respecto a estos conceptos han arrojado resultados un tanto contradictorios al confirmar en ocasiones la relación entre autoestima y conducta desviada y desmentirlo en otras. Ante esta evidencia se ha sugerido la necesidad de tener en cuenta que el

autoconcepto puede variar según el área o dominio del que se hable. Es decir, una persona puede tener una valoración positiva de sí misma en el área relacional, con sus iguales, pero negativa en el área escolar o familiar.

Precisamente, una relación de este tipo, en la que el sujeto presenta una baja autoestima en relación a la familia y a la escuela parece que correlaciona con consumos de droga y conductas desviadas, ya que la desvinculación con estas instancias, fuente de su percepción negativa, le conduciría a rechazar las normas convencionales (Luengo, 1999(34)).

2.4.1.1.4. Autocontrol (41) (42) (52)

Es la capacidad del ser humano para dirigir y controlar su propia conducta y sus sentimientos. El autocontrol está muy relacionado con el autoconcepto y la autoestima ya que “una persona que tiene una idea de sí misma coherente con su verdadera forma de ser manifestará unos sentimientos positivos hacia su persona, conocerá sus propios límites y poseerá un nivel aceptable de control sobre lo que hace y sobre las consecuencias que de ello se derivan” (Vallés Lorente 1996(42)).

En este sentido, un buen nivel de autocontrol permitirá al sujeto rechazar comportamientos que a pesar de permitirle obtener consecuencias positivas inmediatas repercuten negativamente a largo plazo; también le permitirá planificar objetivos, ejecutarlos con estrategias adecuadas y obtener con ello recompensas personales.

Con respecto al autocontrol emocional, el esfuerzo de adaptación que debe realizar el adolescente para integrarse en el mundo de los adultos es, a menudo, una fuente de malestar psicológico caracterizado por la aparición de ansiedad, estrés, etc. y, desde ahí, relacionado con la aparición de problemas de conducta.

La relación entre el consumo de drogas y el malestar emocional ha sido objeto de estudio. Aunque la evidencia no es del todo concluyente parece que estados de estrés, ansiedad y depresión ante la necesidad de asumir cambios, podrían desencadenar o propiciar consumos de droga con la esperanza de que los efectos farmacológicos de la misma redujeran y/o aliviaran estos estados negativos. Las personas carentes de recursos personales o psicosociales para hacerlos frente y superarlos de otra forma, tendrían más probabilidades de consumir drogas (Conger, 1956(49); Jessor et al. 1969 (50)).

La impulsividad, el “no pararse a pensar”, es la otra cara del autocontrol. Con esta denominación se conjugan aspectos como la dificultad para valorar las consecuencias de la propia conducta, un estilo rápido y poco meditado a la hora de tomar decisiones sin considerar alternativas y una resolución de problemas poco efectiva, sin planificar el propio comportamiento y sin capacidad para ejercer autocontrol sobre él (McCown y DeSimone, 1993(51)).

La impulsividad, probablemente, está relacionada con la necesidad del sujeto de obtener una gratificación inmediata. Demorar la gratificación implica una capacidad para pensar en el futuro y para renunciar a lo inmediato. Una persona con dificultades para posponer el refuerzo, con excesiva focalización en el presente, preferirá involucrarse en conductas que le proporcionan recompensas inmediatas como el consumo de drogas, minimizando las consecuencias que dicha conducta pueda acarrear a medio o largo plazo. El consumo de drogas y la conducta desviada se han relacionado en numerosas ocasiones con estas características de personalidad.

Para Boys y otros (1999)(52), la realización de la conducta problema dependerá, en última instancia, de un proceso de toma de decisiones, de una valoración personal de pros y contras, beneficios y costes que puede proporcionarle tal conducta. El sujeto que consume percibe beneficios inmediatos y costes más demorados e inciertos a largo plazo.

Por último, la necesidad de experimentar sensaciones nuevas e intensas, el ansia de estimulaciones fuertes, conocerse y conocer las propias limitaciones, son características muy asociadas a la adolescencia y aspectos frecuentemente mencionados por éstos a la hora de argumentar el consumo.

La búsqueda de sensaciones es una explicación de la conducta de consumo originaria de los años 60 que en los últimos tiempos está recibiendo mucha atención en relación a la involucración de los jóvenes en conductas de riesgo. Zuckerman (1978)(53) la utilizó para describir el interés y la necesidad de algunos jóvenes por experimentar sensaciones nuevas y emocionantes. Este autor define el rasgo como una necesidad de experimentar sensaciones nuevas, variadas y complejas, así como de asumir riesgos físicos y sociales en razón de esta experiencia.

Numerosos estudios han puesto de manifiesto la relación entre este factor y el consumo de drogas (Wood y otros 1995(54); Beck y otros 1995(55)). Los jóvenes que consumen drogas repetidamente se caracterizan por su deseo de probar, vivir sensaciones nuevas cargadas de emoción, su susceptibilidad al aburrimiento y por su inclinación a buscar aventuras y desinhibirse (Elzo y Vielva, 1998(56); Vielva, 2000(57)).

Impulsividad, deseo de gratificación inmediata, presentismo y necesidad de sensaciones nuevas, se presentan como elementos fundamentales para entender la conducta de riesgo de muchos jóvenes de hoy en día, toda vez que son características propias de la adolescencia y la juventud que se satisfacen mediante las drogas. Desde esta perspectiva se nos presentan como factores predictores del consumo.

2.4.1.1.5. La experimentación (36) (42)

La experiencia directa con las sustancias es una variable de gran influencia en el consumo. Esta variable crea en el sujeto unas expectativas y una experiencia que le proporciona información empírica que le servirá para

determinar acciones futuras. Según Bandura (1984)(58), si el sujeto percibe que el consumo de alcohol resulta una estrategia de afrontamiento adecuada, su tendencia al consumo será mayor. Si esta situación se repite durante un tiempo, el consumo de alcohol puede llegar a ser abusivo.

Teniendo en cuenta esto, la decisión última de beber o no beber se realizará en función de las expectativas de autoeficacia y de resultado que la persona tiene de una determinada situación.

El concepto de autoeficacia es la percepción por parte del individuo de su capacidad de actuar. Actúa como predictor de la conducta, pues afecta directamente a los niveles de motivación y logro.

2.4.1.2. Factores de riesgo relacionales (59) (60) (61) (62) (64) (66) (69)

La familia, la escuela y el grupo de pares contribuyen a la socialización del adolescente. Son instancias que influyen en su desarrollo y le condicionan en la medida en que son el ámbito en el que se desarrolla su vida, su entorno más próximo.

2.4.1.2.1. La escuela (59) (60) (61)

Se constituye como un agente educativo y de socialización prioritario. El contexto escolar es el lugar donde, entre otros objetivos, se persigue el cultivo y la promoción de aquellas dimensiones que más se relacionan con la aparición o la ausencia de los factores que están a la base de las conductas marginales. También aborda el fomento de aquellas condiciones que favorecen al adolescente en su progresiva maduración y autonomía desde un marco flexible, a la vez que autoritario (Oñate, 1987 (59)).

Este autor explica que si la necesidad apuntada por los jóvenes para iniciarse en el consumo de drogas es la de experimentar sensaciones nuevas, adaptarse al mundo social, combatir el aburrimiento, manejar el tiempo de ocio, etc., la escuela, en ese sentido, ofrece un marco ventajoso donde cabe

posibilitar alternativas para que el adolescente pueda satisfacer su curiosidad y su necesidad de nuevas experiencias enseñándole a planificar su ocio y facilitándole el contacto con sus iguales, todo ello desde un punto de vista constructivo.

Sin embargo, no todos los jóvenes establecen una buena relación con el medio escolar. El desenvolvimiento en este contexto hará que se desarrollen actitudes positivas o negativas hacia él, determinadas por los logros académicos, por el aprecio de sus compañeros, así como por los refuerzos y el reconocimiento de padres y profesores por su implicación escolar.

Algunos estudios han señalado que un bajo rendimiento escolar, un mayor absentismo, una menor implicación y satisfacción en relación al medio, actitudes negativas hacia el profesorado y la vida académica, suelen encontrarse asociados al consumo de drogas y otras conductas desviadas como la delincuencia (Marcos y Bahr, 1995(60); Swaim, 1991(61)).

Por otra parte, no debemos olvidar que también las familias tienen la responsabilidad educativa de los hijos, y que la formación de éstos no puede realizarse satisfactoriamente sino en colaboración de ambas instituciones.

2.4.1.2.2. El grupo de pares o grupo de amigos (62) (64) (69)

Es un elemento imprescindible para comprender la actitud y los comportamientos de los jóvenes ya que el grupo de compañeros va sustituyendo progresivamente a la familia como referencia y las relaciones más importantes del adolescente se desplazan hacia los compañeros de similar edad e intereses.

Por ser la adolescencia una época en la que el sujeto intenta encontrar una identidad, el grupo proporciona al sujeto un modelo, unas claves y puntos de referencia para organizar su vida y organizarse a sí mismo, moldeando actitudes, adoptando hábitos, definiéndose por gustos, etc. Por otra parte, la aceptación por parte del grupo pasa a ser una necesidad prioritaria que

condiciona las relaciones del joven con los demás, así como su comportamiento.

El grupo proporciona sensación de pertenencia, comprensión, reconocimiento, etc., por lo que se constituye como un foco de grandes influencias. Los compañeros proporcionan información directa o indirecta sobre aquellas conductas que son aceptadas y reconocidas en determinadas situaciones sociales, diferentes a las que el sujeto vive en su medio familiar. El grupo establece sus propias normas y el sujeto que pertenece al grupo debe adoptarlas para ser valorado. En este sentido, si el grupo muestra una actitud favorable al consumo, el adolescente adoptará también estas mismas reglas en su repertorio de conducta.

El grupo de amigos como factor de riesgo, se ha manifestado como una de las variables más influyentes a la hora de explicar el consumo de drogas, hasta tal punto que para algunos autores el consumo depende enteramente de la naturaleza social del grupo de amigos del sujeto (Kandel, 1996(62)).

En este marco de relación, aspectos como el poder adquisitivo, la dependencia del grupo, el ocio desarrollado en discotecas y bares y las salidas nocturnas de fin de semana, correlacionan con un mayor consumo de sustancias (Pons y Berjano, 1999(29); Gómez Reino y otros, 1995(39)).

A nivel social es significativo observar el resultado de algunos estudios que señalan que en una cultura como la nuestra, donde el consumo de alcohol es algo normal y aceptado, los jóvenes que consumen alcohol consiguen un nivel mayor de adaptación social frente a los abstemios (Gómez Reino y otros, 1995(39); Shedler y Block(69), 1990; Elzo, 1994(64)).

2.4.1.2.3. Ocio, noche, fines de semana, diversión, dinero (66) (69)

Según una reciente publicación (Laespada, 2000(65), Laespada y Salazar, 1999(66)), para los adolescentes el tiempo libre y el tiempo de ocio es un espacio donde pueden practicar libremente actividades diferentes a las realizadas el resto de la semana, las cuales se caracterizan por ser actividades

obligatorias, estructuradas por horarios y normas. Además, este ocio les permite disponer de un espacio de diferenciación con el mundo de los adultos en el que son ellos los que marcan los horarios fuera del control paterno y adulto. No es extraño por tanto, que el tiempo libre sea considerado como uno de los valores más apreciados entre los jóvenes.

La noche de los fines de semana es el espacio temporal preferente entre los iguales, y el alcohol, entre otras sustancias, forma parte del ocio de los jóvenes y del ambiente nocturno. En el mencionado estudio se asegura la existencia de una relación clara entre el consumo de alcohol y la noche. Los jóvenes buscan en la noche un espacio propio y diferente y el alcohol ayuda a la formación de espacios diferenciados de los adultos y favorece identidades y pautas propias.

Con respecto al dinero que manejan los jóvenes, es evidente que el alcohol, concretamente, es un producto accesible económicamente y que no es su precio el que supone ningún obstáculo para su consumo. Según Laespada (2000), a medida que aumenta la disponibilidad económica aumenta el consumo de alcohol, tanto en la frecuencia como en el grado de alcohol consumido.

2.4.1.2.4. La familia (59) (66) (69)

El entorno familiar es el primer contexto social en el que se desenvuelve una persona, Desde el nacimiento hasta que en la adolescencia el sujeto va tomando como referencia al grupo de iguales en mayor medida, la familia ejerce la tarea de socializar a sus miembros y dotarles de una estructura personal que condicionará su desarrollo. En este sentido, la familia es un ámbito privilegiado de formación de actitudes, habilidades y valores que permitan, posteriormente, que el sujeto afronte una etapa vital tan decisiva como es la adolescencia. Durante una serie de años la socialización ejercida por la escuela y el grupo de amigos estará controlada y filtrada por la institución familiar, que seleccionará las experiencias vitales de sus miembros.

Dada la importancia de la familia no es extraño que la investigación se haya centrado en este contexto a la hora de analizar la aparición de conductas desviadas en algunos sujetos. Concretamente, han sido éstos los factores más influyentes del funcionamiento familiar:

- Las relaciones afectivas entre padres e hijos
- Las prácticas educativas ejercidas por las figuras parentales
- La influencia de los padres como modelos de comportamiento.

Con respecto al primer punto, la investigación concluye que una percepción negativa de las relaciones familiares por parte de los adolescentes aparece como una variable constante en un gran número de consumidores (Pons y Berjano, 1999). En este caso, el uso de sustancias funciona como un indicador de problemas, como una vía de escape de un clima familiar percibido como hostil o como forma de atenuar esa percepción.

Según Martínez (2001)(67), el comportamiento de cualquier persona dependerá de las relaciones que se den en su situación familiar. En concreto, la vinculación entre el consumo de drogas y un ambiente familiar deteriorado es tan evidente que es difícilmente evitable considerar la familia como uno de los principales factores, ya sea de riesgo o de protección, en la implicación de cualquiera de sus miembros en conductas de drogodependencia.

Las prácticas educativas ejercidas por los padres responden en su mayoría a tres modelos (Baumrind, 1978(68)): el estilo autoritario fundado en el castigo y la imposición de normas por la fuerza, el estilo permisivo en el que los límites están difusos y que el joven percibe como desinterés hacia él y, por último, el estilo democrático o con autoridad, en el que se puede percibir una mezcla de control firme pero no rígido explicado a través de unas normas claras y apoyo, que estimula la participación de los hijos en la toma de decisiones y la adquisición de autonomía. Parece que tanto una disciplina inconsistente como

las actitudes excesivamente autoritarias están directamente relacionadas con el uso de drogas por parte de los hijos.

En cualquier caso, según Vielva (2001)(69), aunque no se pueden hacer afirmaciones categóricas sobre la etiología del abuso de drogas, existe suficiente evidencia empírica para defender que la variable de control, disciplina o estilo educativo parental está ligada a la aparición de este tipo de conductas.

Por último, el modelado ejercido por los padres y su importancia, tiene su fundamento en la teoría del aprendizaje social de Bandura (1984)(58) quien mantiene que la observación directa y el modelado de un comportamiento por parte de las personas más cercanas al sujeto es el proceso esencial para adquirir tal comportamiento. Esta influencia se ejerce de forma directa, observando a los padres en su consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias y de forma indirecta, a través de la transmisión de actitudes y valores más o menos permisivos con respecto al consumo.

2.4.1.2.5. Aceptación del consumo desde el grupo de amigos y la familia (61) (66) (69)

Además de la aceptación social del consumo de sustancias como el tabaco y el alcohol, la actitud del grupo de referencia del sujeto va a jugar un papel importante en la adquisición y el mantenimiento de la conducta.

Desde la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1984)(58), se concede gran importancia a los procesos vicarios en el funcionamiento psicológico. El aprendizaje vicario u observacional se define como aquel aprendizaje en el que la conducta de un individuo o grupo actúa como estímulo de pensamiento, actitudes o conductas similares sobre otro individuo que observa la actuación del modelo.

La familia y el grupo de iguales contribuyen en el proceso de socialización y aprendizaje de normas sociales a través de lo que el joven vive dentro de su propia familia en un primer momento y del grupo de iguales después, otorgando refuerzos a la conducta y sirviendo como modelo de comportamiento.

Para concluir, debemos apuntar al hecho de que la relación entre la conducta problema y los factores de riesgo relacionales, (amigos, familia, escuela) ejercen una influencia recíproca. Desde algunas teorías (Teoría interaccional de Thornberry, 1996(70)) se postula que la conducta desviada también ejerce una influencia sobre otras variables (familia, escuela, amigos), debilitando progresivamente el vínculo del sujeto con estas instancias, retroalimentando y cronificando la situación.

2.4.1.3. Factores de riesgo sociales (42) (71) (72) (73)

Dentro de las variables sociales, la disponibilidad de la sustancia y la influencia ejercida por los medios de comunicación son los que se sitúan en un lugar preponderante a la hora de determinar la conducta de consumo.

Ingerir una sustancia, como todo comportamiento, se produce y toma sentido en un determinado contexto social. En el nuestro, es manifiesta la presencia de tabaco y alcohol en lugares cercanos y accesibles y la incorporación de éstos en nuestro estilo de vida (celebraciones, actos sociales, etc.). La integración cultural de sustancias como el alcohol y la permisividad y aceptación social ejercida a través de actitudes y normas también explican un mayor uso de las mismas.

2.4.1.3.1. Conocimiento, accesibilidad y publicidad sobre las drogas. Percepción del riesgo que acarrea el consumo (42) (72) (79)

Generalmente es en la etapa de la adolescencia, entre los 13 y 16 años, cuando el joven conoce y prueba las drogas. Lo que hasta ese momento sabe de ellas proviene fundamentalmente de los medios de comunicación, la familia,

los amigos y la escuela, pero es ahora cuando esos conocimientos adquiridos de forma pasiva buscan ser contrastados o confirmados de forma activa.

La relación que cada joven establezca con el fenómeno de las drogas vendrá determinado por múltiples factores pero, sin duda, la disponibilidad de las mismas para los potenciales sujetos consumidores es un factor que correlaciona claramente con el consumo.

El consumo de drogas es un fenómeno generalizado socialmente. Convivimos desde hace décadas con la presencia del alcohol y ya forma parte de nuestro día a día. Sin embargo, cuando hablamos de disponibilidad de drogas, nos referimos a la facilidad de hacerse con ellas, al precio y el marketing con el que se acompañan, referido a los efectos positivos y facilitadores de las relaciones sociales e incluso al color y forma de la sustancia o de su envase, que lo presenta como una sustancia atractiva para los posibles consumidores. Los medios de comunicación, en el caso de las sustancias legales, minimizan los efectos del consumo a largo plazo y asocian el producto al logro inmediato de efectos gratificantes.

Desde ahí, el sujeto no cuenta con toda la información disponible referida a la sustancia y sus efectos, por lo que la percepción del riesgo que entraña su uso puede verse alterada en gran medida.

La percepción que el sujeto tenga del riesgo que entraña el consumo de una sustancia es importante hasta tal punto que diversos estudios han identificado un descenso del nivel de consumo de las sustancias que son percibidas como de mayor riesgo. Bachman, Johnston, O'Maley y Humphrey (1988)(71), mostraron cómo entre los jóvenes aumentaba o disminuía el consumo de determinadas sustancias en función del riesgo que percibían en el consumo de cada una de ellas. En este sentido, la transmisión de una información real y veraz sobre las drogas y sus efectos, lejos de ser ineficaz, permite intervenir sobre los niveles de consumo (Johnston, 1995)(72).

A mayor percepción del riesgo sobre una sustancia determinada menor consumo y viceversa; si el joven minimiza la problemática derivada del consumo de una droga el nivel de consumo de la misma aumenta. En este sentido la presentación desde los medios de comunicación de personas atractivas, relevantes y próximas al joven, con las cuales se identifica, presentando modelos de conducta de consumo, hace difícil al sujeto ser consciente y capaz de percibir los riesgos de una conducta que por ser practicada por un amplio número de personas cuenta con una aceptación social, mantenida muchas veces sobre informaciones erróneas y falsamente publicitadas.

Se ha demostrado que la fácil accesibilidad a la droga es un factor de alto riesgo en el inicio y mantenimiento del consumo (Vallés Lorente, 1996)(42) y que cuanto más alta es la permisividad, entendida como los valores y actitudes sociales favorables al consumo, las cifras de consumo tienden a ser mayores (Luengo y otros, 1999(34)).

Por otro lado, los medios de comunicación de masas ejercen un impacto evidente no sólo en nuestros comportamientos sino también en la promoción de actitudes favorables al consumo, valiéndose de la presentación de modelos atractivos asociados al logro de metas personales (diversión, popularidad, etc.).

Sin perjuicio de que puedan existir otros factores, el listado de variables personales, relacionales y sociales predictoras del consumo de drogas expuesto es amplio y da buena cuenta del fenómeno que se pretende explicar. Pero su identificación no es suficiente para explicar cuándo, por qué y de qué manera un joven se abstiene, consume o abusa. En lo que hay un acuerdo unánime es en señalar que la posesión de factores de riesgo aumenta la probabilidad de consumo y que a mayor cantidad de factores de riesgo mayor es la vulnerabilidad. La pregunta a responder girará, pues, en torno a cómo se articulan, se modulan e influyen entre sí dichos factores.

2.4.2- Factores protectores (73) (74) (75) (76) (78)

Los factores de protección son “aquellos atributos individuales, condición situacional, ambiente o contexto que reduce la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento desviado” (Pérez-Gómez y Mejía Motta, 1998(73)). Con respecto al tema que abordamos, los factores de protección reducen, inhiben o atenúan la probabilidad del uso de sustancias.

La revisión bibliográfica específica de estos factores nos enfrenta al hecho de que son menos numerosos los estudios relativos a las características o variables que actúan protegiendo a los jóvenes de los comportamientos desviados. El estudio de estos factores, sin duda, presentaría un trampolín a la acción preventiva ya que permitiría actuar en torno a ellos, potenciando y reforzando todos aquellos atributos individuales, factores y condiciones sociales que favorecen el alejamiento de la conducta desviada.

La Teoría del Desarrollo Social propuesta por Hawkins y cols. (1992)(74) es un enfoque teórico que describe cómo existen procesos protectores que parecen incidir en la reducción de problemas de comportamiento. Estos autores proponen tres factores de protección que controlan el desarrollo de los comportamientos antisociales: los lazos sociales (adhesión y compromiso con la familia, las escuela y los compañeros), las coacciones externas (normas claras y consistentes contra el consumo de drogas mantenidas por personas ligadas al individuo) y las habilidades sociales (poseer estrategias de solución de problemas para afrontar asertivamente las situaciones y resistir las presiones a la transgresión de normas).

Además de éstos, los factores de protección mencionados en este apartado están referidos a las áreas individual, relacional y social comentadas anteriormente y, por ende, la posesión o el desarrollo de características contrarias a las mencionadas como factores de riesgo actuarían protegiendo al sujeto. De este modo, un buen nivel de autoestima, un adecuado autocontrol emocional, la cohesión y comunicación familiar, el apego a un grupo de referencia positivo, etc. favorecerían al sujeto frente a la desviación. No

obstante, nos parece importante señalar algunos de los hallazgos empíricos referidos a este tema.

En cuanto a las variables referidas al sujeto, parece demostrado que la religiosidad, la creencia en el orden moral, el grado de satisfacción personal respecto a la vida, etc., actúan como factores de protección (Pollar et al., 1997(75); Ruiz Carrasco y otros, 1994(76))

Otra variable que actúa a favor del sujeto es la percepción de éste acerca del riesgo que entraña el consumo. La decisión de consumir o no está determinada por el balance que efectúa el sujeto acerca los beneficios y costes que supone hacerlo. Si bien es evidente que tal decisión debería apoyarse sobre la información disponible acerca de las sustancias y las consecuencias de su consumo, no menos cierto es el hecho de que, en general, la decisión de consumir procede de la percepción personal y subjetiva del sujeto en relación a las ventajas y riesgos del consumo.

En este sentido aquéllos jóvenes que perciban la conducta de consumo como arriesgada y/o quienes no perciban ninguna ventaja en practicarla manifestarán, en menor medida, conductas de consumo. Por ende, una información adecuada, junto con unas expectativas realistas acerca de su uso contribuirán a un balance decisonal más saludable.

En el área microsocia la mayoría de la bibliografía revisada alude a las investigaciones realizadas en el contexto familiar, por ser éste el medio de socialización más inmediato del sujeto durante una amplio período de su vida. En este sentido, la calidad de las relaciones parento filiales y la cohesión familiar garantizan la salud psicológica de los individuos al mediatizar los efectos nocivos de los estresores crónicos. “La consistencia, responsabilidad y seguridad en las relaciones familiares facilitan el desarrollo de individuos sanos dentro del grupo, brindándoles estabilidad, previsibilidad en las reacciones y consecuencias de diferentes comportamientos y situaciones, sensación de entendimiento y control del medio en que se vive y claridad en las

responsabilidades que cada uno de los miembros desempeña en la familia” (Pérez Gómez, Mejía Motta, 1998) (73).

Los padres con menor probabilidad de que sus hijos adolescentes consuman drogas son aquellos que establecen una buena relación afectiva y de apego con ellos, los que no consumen drogas legales ni ilegales y los que tienen actitudes convencionales o de conformidad con las normas sociales establecidas, entre ellas, la intolerancia frente a las drogas ilegales y la ambigüedad hacia las legales (Recio Adrados, 1999)(77) Gorman (1996) (78).

Para Bry (1996)(4), una buena relación entre los miembros de la familia, cercana, duradera y sin conflictos, junto con unos métodos de disciplina adecuados a la edad actúan como factor de prevención del consumo. En general, parece que un buen funcionamiento familiar en términos de buena comunicación, implicación y dedicación, afecto, cercanía de los padres, etc., correlacionan positivamente con una menor implicación en conductas problema por parte del adolescente, confirmándose la capacidad de la familia como agente preventivo frente a las conductas desviadas.

Por otro lado, aspectos como el nivel cultural, el rendimiento académico, la implicación con el medio escolar y los refuerzos obtenidos por parte de padres y profesores, entre otros, determinan en mayor medida las características diferenciales de los adolescentes no consumidores frente a los consumidores (Ruiz Carrasco y otros, 1994(76), Pollar et al. 1997(75)).

Y por último, a nivel social, los factores de protección hallados por Pollar et al. (1997)(75), están referidos a los refuerzos que obtiene el sujeto por su implicación en la comunidad y las oportunidades que percibe para esta implicación.

Después de este repaso de los factores de riesgo y los factores protectores que pueden influir en el inicio y el desarrollo de la conducta de consumo del adolescente, parece necesario ir más allá y reflexionar sobre los modelos

teóricos que orientan y organizan los datos obtenidos en las observaciones y estudios.

2.4.3- Prevención (42) (79)

Mendes (1999) (79) la define como "un proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, formando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas».

La prevención se entiende también como el "conjunto de acciones basadas en los factores causales y en los factores protectores, en el desarrollo de habilidades para la vida, en la implementación de programas comunitarios que permitan a la comunidad apropiarse de un estilo de vida saludable y como forma de coadyuvar al desarrollo integral de los ciudadanos

2.4.4- Enfoques de intervención (80) (81) (82)

Los enfoques iniciales de la prevención de drogas surgieron como respuesta a la "epidemia" de consumo de estupefacientes en la década de los 60.

"El Enfoque Coactivo o mediante el miedo"

Se basan en la advertencia y el miedo frente a las cualidades seductoras de las drogas.

"El Enfoque Informativo"

Los programas basados en el miedo dieron paso a enfoques más equilibrados de información, más realistas que buscaban que los jóvenes tomaran decisiones responsables, en ellos se proporciona información científica sobre las drogas y sus efectos, puntos de vista "a favor" y en "contra", pero no se llega a ninguna conclusión.

Este enfoque informativo incluye la educación sanitaria general e información sobre drogas, tal como la farmacología, efectos y consecuencias del consumo, métodos de consumo; etc.

"Enfoque basado en la Educación Situacional"

Este enfoque se centra en las maneras de comunicar la información real, además de la descripción sobre las situaciones en donde la droga está presente.

"Enfoque basado en los Valores y Aptitudes"

Los programas de prevención que surgen de este enfoque para individuos inadaptados intentan reducir estos comportamientos al suministrar lo que tiene como déficit el individuo.

Como estos programas pensaban en una deficiencia en el individuo fueron diseñados para grupos poblacionales principalmente, así:

- 1- Para niños y jóvenes: intentando desarrollar valores, mejorar auto concepto y reforzar su capacidad de adaptación a las normas sociales.
- 2- Para los padres: orientándolos para el trato con sus hijos, facilitar la comunicación, aprender a utilizar la autoridad paterna, identificar los peligros de la permisividad y del autoritarismo y enseñar los métodos para influir en los valores y creencias de sus hijos.
3. Para padres e hijos: estos enfoques están orientados hacia el aprendizaje familiar, incluyendo temas tales como: formas de mejorar las relaciones, comprensión mutua, los conflictos , intergeneracionales. la separación o ruptura familiar entre otros temas.

"Educación Normativa"

Enfoque basado en la resistencia a la influencia de los compañeros, con un

aspecto comportamental más riguroso y una metodología derivada de la modificación de conducta. A este enfoque se le denominó tratamiento del rechazo basado en crear un clima para que la cosa más fácil de hacer sea decir "NO".

Los enfoques centrados en el rechazo o resistencia específica se basan en la psicología social, por esto se argumenta que hay que producir acciones relacionadas con la salud a tres niveles: personalidad, comportamiento y medio ambiente.

Si el consumo de drogas es resultado de la presión social y de los amigos, la familia y sus normas, los medios de comunicación y la comunidad pueden contrarrestar sus efectos; de allí se deriva que las acciones de prevención se centren en:

1. Identificar las fuentes implícitas y explícitas de la presión.
- 2- Desarrollar contra-argumentos ("vacunación social") basados en razones a corto plazo.
- 3- Aplicar medios efectivos y socialmente aceptables para resistir la presión para consumir drogas y aprendiendo a "simplemente decir que NO".

"Enfoque de alternativas y de participación"

Los programas de prevención van mucho más allá del enfoque informativo y de orientación afectiva e intentan promover la participación así:

- * Relativamente causal, por ejemplo que los jóvenes libremente tengan acceso a actividades lúdicas. que podrían actuar como alternativas al consumo de la droga o contra las formas más destructivas de consumo.
- * Podría estar más centrada en las vidas de las personas, donde los incentivos de experiencia laboral o mejoras en el medio ambiente podrían reducir los motivos para el consumo o tráfico de drogas.
- * Podría estar específicamente diseñada para grupos concretos de población, por ejemplo los jóvenes que viven en un área determinada, o aquellos en

situación de riesgo, o aquellos grupos étnicos específicos.

Las personas consumen drogas porque esto las hace sentir mejor, por esto las alternativas incluyen aquellas actitudes constructivas viables, valores, orientaciones, experiencias, sentido de vida, oportunidades, actividades, ocupaciones y programas que puedan evitar el consumo de drogas o disminuirlos, al proporcionar mayores satisfacciones que las drogas.

Dentro de los programas de iniciativas comunitarias más amplios, cabe mencionar las siguientes acciones:

- * El establecimiento de programas juveniles que recalquen el comportamiento libre de drogas y el poder proporcionar una influencia positiva a los compañeros.
- * Desarrollar normas y planes de acción de la comunidad, con mayores mensajes consecuentes que incidan sobre el consumo de las drogas.
- * La intervención, asesoramiento y tratamiento precoz por parte de las organizaciones que trabajen con la comunidad.
- * Comprometer a los jóvenes en proyectos constructivos con base (en la comunidad, involucrando al sector privado. Los proyectos pueden ser específicos para las drogas, ejemplo: videos, servicios de información, o más amplios, reintegración y servicios de la comunidad.
- * Fomento de la salud a través de programas enfocados hacia formas de vida más sanas.
- * El uso de los medios locales de educación para combatir la imagen positiva de las drogas, estableciendo buenas relaciones de trabajo con los medios para influir en la política editorial.
- * Formación de redes locales en unión con otras organizaciones para desarrollar programas globales y completos.

Reducción de la Demanda

Plantea que los controles sociales formales son efectivos si se refuerzan en un

clima de moral reinante. En este sentido, los programas de disuasión pueden verse como un aspecto de las respuestas comunitarias más amplias a la prevención de las drogas, en ellas se; destacan las leyes y ordenanzas, castigos más duros, una mayor coacción y en el plano internacional las medidas contra los traficantes y las sanciones legales y administrativas ,contra los consumidores de droga.

En este contexto la *Reducción de la Demanda* significa que no solamente la puesta en marcha de los programas de información de mejora individual, aprendizaje de resistencia, de participación y de respuesta comunitaria, bastan, sino que también son necesarios programas centrados en el empleo de la coacción

2.4.5- Modelos de prevención (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89).

Los expertos en la materia coinciden en abordar la problemática del consumo de las drogas en términos de Prevención , distinguiendo tres niveles. En el marco de la presente tesis haremos una breve referencia a cada uno de ellos:

I. Prevención Primaria: Todas aquellas acciones destinadas a evitar la aparición de un problema de drogas. Las actividades básicas de la Prevención Primaria son la Promoción y la Protección de la salud; buscan identificar e intervenir el) aquellos factores de mayor riesgo para cada grupo y para cada sustancia.

Se destacan en ella cinco componentes:

a. Normativo: Busca limitar la oferta y la demanda.

b. Informativo: En este es indispensable definir' previamente las características del grupo receptor re! tipo, de información y debe ser manejada por expertos en ella, los programas informativos, en su contenido no deben transmitirse sin un objeto cuidadosamente establecido. .

c. Educativo: Constituye uno de los pilares de la prevención. En este componente se destacan varios grupos, como son los educadores, los padres de familia, los escolares y los líderes comunales.

d. De alternativas: Va destinado a algunos factores de riesgo que solo pueden modificarse introduciendo en el ambiente alternativas laborales, educativas, recreativas y culturales que favorezcan el crecimiento individual.

e. De intervención específica: Ya dirigida a controlar aquellos factores de riesgo individual, familiar y escolar susceptibles de desarrollar consejería, orientación, técnicas psicológicas, trabajo de grupo, intervención sobre la familia y psiquiátrica.

2. Prevención Secundaria: Todas las acciones dirigidas a evitar que el problema de drogas empeore, avance, se agrave. Implica: Detección precoz e intervención oportuna.

3. Prevención Terciaria: Destinada para personas que han desarrollado dependencia a la droga. Constituye propiamente el tratamiento; se llama "prevención" en la medida que busca detener el deterioro del consumidor adicto, al tiempo que evita su propagación social.

2.4.6- Enfoques de prevención (19) (40) (41)

I. Ético jurídico: Centrado en la información sobre la legislación punitiva y la amenaza de sanción a la posesión, el tráfico y el abuso de la droga.

2. Médico Sanitario: Analiza la drogadicción epidemiológicamente. El sujeto es vulnerable o no a la droga. Basado también en la información sobre el agente causal (la sustancia) como conducente al deterioro y a la destrucción orgánica y psíquica del consumidor.

Sus acciones están encaminadas a eliminar el agente patológico, en este caso,

la droga, e inducir cambios en el entorno, limitando la disponibilidad de la sustancia o los factores favorecedores del contacto con ella y al fortalecimiento de los eventuales huéspedes.

3. Socio Cultural: Trata de establecer en qué medida los factores sociales determinan la conducta de los consumidores de drogas. Desde este punto de vista la estructura social que resulta competitiva, consumista, conflictiva, excluyente, deshumanizada, etc., y el consumo se explica en términos de evasión, como un intento fallido de aliviar los conflictos socioculturales; o también en forma de protesta o contestación social, como el caso del hipismo. También se refiere este enfoque a la relación entre el consumo ritual de las culturas primitivas y las formas de consumo actuales, en grupos especiales como artistas e intelectuales.

4-Psicosocial: Que hace énfasis en las deficiencias del proceso de socialización primaria del individuo que distorsiona la formación de su personalidad, tornándolo vulnerable a desarrollar la dependencia. Este enfoque plantea a la persona insertada en un contexto microsial, primero representado en la familia y luego en las instituciones educativas y las demás responsables del proceso formativo de la personalidad

2.5- Definiciones básicas (90) (91) (92) (93) (94) (95)

DROGA :

En la actualidad existen numerosos conceptos de droga o sustancia psicoactiva, de las cuales podemos señalar las siguientes:

Según la Organización Mundial de la Salud (1994), define a la Droga como "Toda sustancia que introducida al organismo vivo puede modificar una o más de las funciones de éste y es capaz de generar dependencia".

En resumen podemos definir droga como toda sustancia natural, química o medicamentosa que introducida en el organismo produce efectos nocivos en el sistema nervioso central y en el resto del organismo alterando además el funcionamiento psicológico y cuyo uso continuo puede generar tolerancia y finalmente dependencia.

¿QUÉ ES EL USO DE DROGAS?

Es aquella conducta que no genera consecuencias negativas a la persona, ya sea por que la consume en cantidades mínimas, porque no la consume frecuentemente o porque las circunstancias impiden que se materialicen las consecuencias negativas.

Ejemplo:

Una copa de vino como aperitivo en las comidas.

La utilización de medicamentos por prescripción médica, su uso es adecuada y beneficiosa para la persona.

Es importante anotar que existen drogas cuyo uso puede ya ser considerado como uso problemático o abuso, en especial cuando se trata de drogas ilegales como son: la marihuana, la pasta básica de cocaína (PBC) o el clorhidrato de cocaína. En cuanto a la primera es conocida como "puerta de entrada a otras drogas más fuertes y es considerada como un factor de riesgo para drogas de mayor potencial adictivo. En cuanto a la PBC y clorhidrato de cocaína son sustancias con altísimo potencial adictivo, por lo que su uso es de riesgo para persona alguna que las consuma.

¿QUÉ ES EL ABUSO DE DROGAS?

Es el uso excesivo o repetido de una sustancia, convirtiéndose en un patrón patológico de consumo; manifestado por consecuencias significativas y recurrentes poniendo en peligro la salud de la persona en cualquiera de sus aspectos físico, psicológico, familiar y laboral.

Para saber cuando el uso se convierte en abuso, debemos tener en cuenta lo siguiente:

- El tipo de sustancia que se consume y sus características de la misma.
- La cantidad y frecuencia de su consumo.
- Las características de la persona que consume.
- Las circunstancias en que se produce el consumo.

Finalmente, se debe señalar que el límite entre el uso y el abuso es difícil de indicar, ya que en ocasiones las personas que consumen drogas no son conscientes del momento que comienzan a abusar de ellas. Aquí es importante destacar que la familia tiene un rol importante para la detección precoz ya que fácilmente va a percatarse de los consumos excesivos y de las consecuencias psicosociales negativas.

¿QUÉ ES LA DEPENDENCIA?

Es la relación que se establece entre la persona y la sustancia, produciendo un impulso incontrolable de la persona por consumir una o varias sustancias de forma continua y prolongada.

El consumo es de una manera regular y continua, ya sea para sentir sus efectos placenteros o para evitar el malestar que produce cuando se reduce o cesa el consumo.

Existen dos tipos de dependencia:

- **DEPENDENCIA PSICOLÓGICA:** Deseo imperioso de utilizar repetidamente la sustancia. La persona está convencida de que necesita la droga para experimentar placer o evitar el malestar.

- **DEPENDENCIA FÍSICA** : Estado de adaptación neuronal cerebral de la droga y necesidad de ella para poder funcionar con una aparente "normalidad".

¿QUÉ ES EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA?

Conjunto de signos y síntomas que aparecen cuando se reduce o se suspende el consumo de una o varias drogas, con las cuales se ha establecido dependencia, dificultando el abandono de la misma.

Las manifestaciones pueden ser psicológicas: ansiedad, irritabilidad, deseo de consumir, angustia, etc. o físicas: sudoración, taquicardia, temblores, dolores, etc. Estos síntomas van a desaparecer al consumir la sustancia.

Este síndrome es también llamado síndrome de "retirada" o de ..deprivación".

¿QUÉ ES LA TOLERANCIA?

Necesidad de aumentar la cantidad de droga consumida para obtener los mismos efectos. El sujeto debe incrementar la dosis para conseguir la misma sensación deseada, con mayor probabilidad de generar dependencia.

¿QUÉ ES EL POLICONSUMO?

Consumo de dos o más drogas simultáneamente, como por ejemplo: se pueden beber cantidades excesivas de alcohol, fumar cigarrillos o pasta básica de cocaína. Las combinaciones posibles son numerosas.

CONSUMIDOR EXPERIMENTAL:

Aquella persona que ha probado por primera vez una o más sustancias por factores como: curiosidad, imitación, deseo por experimentar, etc;

Pudiendo seguir o abandonar el consumo.

CONSUMIDOR OCASIONAL, SOCIAL O RECREACIONAL:

La persona consume ocasionalmente la sustancia en reuniones, eventos sociales sin ninguna periodicidad fija y con largo tiempo de abstinencia.

Las razones para el consumo son por factores asociados a facilitar la comunicación, relajación, búsqueda de diversión, disponibilidad de la droga, reafirmar nuestra personalidad, etc.

CONSUMIDOR HABITUAL:

Es la persona que tiene el hábito o la costumbre de consumir, generando dependencia psicológica a la sustancia. Existen diversas razones para mantener el consumo como: intensificar las sensaciones de placer, potenciar los efectos de otras drogas, mitigar el hambre, el frío, la soledad, el aburrimiento, la ansiedad, necesidad de pertenencia del grupo, etc.

CONSUMIDOR COMPULSIVO O DEPENDIENTE:

Aquella persona que necesita de la sustancia y su vida gira en torno a ésta. Como consecuencia trae complicaciones físicas, psicológicas y de conducta. La persona pierde los valores, patrones de conducta, las normas sociales. etc., buscando adquirir la sustancia de manera lícita o ilícita.

CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS

En la actualidad existen distintas clasificaciones de las drogas, pero por su mejor comprensión y utilización en el ámbito de la prevención, tenemos:

Por la codificación Sociocultural de su consumo: Clasificación que ampliaremos a continuación:

- **Drogas Legales:** Son aquellas drogas aceptadas y permitidas socialmente como:

Alcohol

Tabaco

Café

Té

- **Drogas Ilegales:** Son aquellas no permitidas socialmente como:

Marihuana.

Pasta Básica de Cocaína.

Clorhidrato de Cocaína.

Heroína.

Drogas de Diseño (entre ellas el éxtasis)

- **Drogas Folklóricas:** Son aquellas cuyo uso es cultural en determinados grupos étnicos y se utilizan con fines curativos, mágicos y religiosos. Entre ellas tenemos:

San Pedro.

Ayahuasca.

Hoja de Coca.

- **Productos Industriales:** Son aquellas sustancias utilizadas para uso médico, industrial o doméstico, pudiendo ser clasificadas en Inhalantes y Medicamentos.

Inhalantes; Sustancias que al ser inhaladas o absorbidas llegan a los pulmones, afectando también al Sistema Nervioso Central. Entre ellas tenemos: Pegamentos (terokal), gasolina, kerosene, lejía, pinturas, etc.

Medicamentos; Estas sustancias al ser utilizadas indiscriminadamente, sin receta médica puede resultar peligroso para la salud, puesto que pueden producir intoxicación, sobredosis y otras consecuencias negativas en el organismo, pudiendo generar dependencia. Así tenemos por ejemplo las anfetaminas, benzodiazepinas, etc.

DROGAS LEGALES

El alcohol y el tabaco son las drogas más consumidas y las que mayor problema causan a nuestra sociedad. A su vez se sabe que son la puerta de entrada a cualquier droga ilegal. Mientras más tarde el joven se inicie con estas sustancias menos probable será que desarrolle una dependencia o que consuma otras drogas.

ALCOHOL

Es la droga social más consumida en nuestro país y la que cuenta con un mayor número de dependientes, causando todo tipo de problemas en la población.

El alcohol es una droga depresora del sistema nervioso central, da lugar a la perturbación de sus funciones y disminución de la actividad motora.

El alcohol viaja por la sangre donde puede llegar a mantenerse durante varias horas y desde la cual ejerce una acción sobre los distintos órganos y tejidos.

¿Qué es el Alcoholismo?

El alcoholismo es una enfermedad crónica e incurable que se caracteriza por un deseo impetuoso y compulsivo por ingerir alcohol por la incapacidad de controlar la ingesta. afectando las esferas familiares, personales, laborales/académicas y sociales del consumidor. A su vez es una enfermedad con alta tasa de antecedentes hereditarios y los hijos de padres alcohólicos tienen 3 a 4 veces más probabilidades de sufrir alcoholismo que la población general.

Efectos Físicos y Psicológicos inmediatos.

- Aparato Digestivo.

Irritación de la mucosa digestiva.

Gastritis aguda y crónica (a veces hemorrágica).

Inflamación del hígado.

- Aparato Cardiovascular.

Hipertensión arterial, arritmias, taquicardia, ahogos y puede llevar a la muerte.

- Sistema Nervioso Central.

Inhibe centros funcionales. Afectando el comportamiento habitual de la persona.

- Efectos Psicológicos.

Al inicio euforia y desinhibición.

Dificultad para hablar.

Torpeza en los movimientos y descoordinación.

Somnolencia y tristeza proclive al llanto.

Juicio alterado y pérdida del autocontrol.

Visión doble y confusión.

- Consecuencias a Largo Plazo.

Sistema Nervioso y Trastornos Psiquiátricos.

Encefalopatías (hemorragias, atrofia cerebral, parálisis, alteraciones de conciencia y demencia).

Neuropatías, ataque epilépticos.

Intoxicación etílica.

Depresión mayor.

Alucinosis alcohólica y psicosis paranoide.

Delirium tremens.

.- Aparato Reprodutor.

Infertilidad, disminución del impulso sexual, impotencia.

Atrofia testicular.

Alteración hormonal (obesidad, y envejecimiento precoz).

.- Sistema Digestivo.

Cánceres de colon, recto y gástrico.

Hepatitis aguda, cirrosis hepática, hígado graso, cáncer del hígado.

Pancreatitis aguda y crónica.

Úlcera gastro duodenal.

- Sistema Cardiovascular.

Agrava enfermedades cardiovasculares. (Insuficiencia cardiaca, enfermedad coronaria, entre otros).

Miocardopatía alcohólica (corazón grande).

- Daños durante el Embarazo.

Retraso mental, hiperactividad.

Malformaciones cerebrales (cabeza grande o pequeña), de la cara, corazón, huesos, columna vertebral. etc. esto se conoce como Síndrome alcohólico fetal.

Aborto espontáneo, muerte intrauterina, retardo de crecimiento pre/ post natal, entre otros.

Efectos Psicológicos.

Trastornos de conducta.

Deterioro de la memoria, presentando lagunas mentales: Ej. No recuerda algunas situaciones o como llegó a casa.

Insomnio.

Conducta suspicaz y persecutoria.

- Otras consecuencias a nivel familiar, laboral y social Maltrato a cónyuge e hijos.

Ruptura de pareja y familia.

Manifestación de conductas de riesgo sexual (adquisición de ETS VIH/SIDA).

Distracción de compañeros de labores.

Alteraciones de roles y funciones en casa.

Ausentismo y pérdida del empleo.

Menor rendimiento y productividad.

Accidentes de tránsito y otros.

Alteración de relaciones con los compañeros.

Violencia.

Actos delictivos y alteración del orden.

Menor participación en actividades sociales.

TABACO

Es una droga cuyo componente adictivo es la nicotina. La nicotina es la principal sustancia química que actúa sobre el sistema nervioso central produciendo efectos estimulantes y relajantes. La nicotina es considerada como la segunda droga más consumida en nuestro país y como una de las drogas que más muerte y costo social genera. Se presenta en diferentes variedades: cigarros, puros, pipas.

En el humo podemos encontrar numerosas sustancias tóxicas tales como el alquitrán, irritantes, monóxido de carbono y la "nicotina" altamente adictiva.

¿Qué es el tabaquismo?

El abuso del tabaco produce dependencia, la persona continúa fumando para evitar el malestar provocado por la abstinencia y con el transcurso del tiempo esto causará alteraciones físicas y psíquicas.

Se sabe que hasta el 50% de los fumadores pueden morir a causa de una enfermedad relacionada al tabaco (cardiovascular, neurológica o cancerígena)

a su vez, se sabe que la gran proporción de personas que continúan fumando a pesar de la presión social, se debe a que tiene una severa dependencia fisiológica a la nicotina y problemas psicológicos o mentales significativas que impiden la cesación.

Aparte de la adicción química existe el hábito social donde el cigarro es un compañero, es un amigo y está siempre disponible. Asimismo existe el hábito corporal: Tenemos el cigarro, después de cenar, durante una reunión laboral, después de la relación sexual, etc. Son hábitos difíciles de combatir, la vida gira alrededor del tabaco y es difícil imaginarse actuando sin el tabaco.

Efectos Físicos Inmediatos:

- Sistema Nervioso Central.
Estimulación del SNC.
Genera una sobrecarga de la capacidad de respuestas de las células nerviosas.
Dolor de cabeza.
- Aparato Cardiovascular.
Incremento de la presión arterial y frecuencia cardíaca.
- Aparato Respiratorio.
Tos y disminución en la resistencia física.
Expectoraciones y mal aliento.
- Aparato Digestivo.
Acidez, ardores, gastritis.

Consecuencias a Largo Plazo:

- Sistema Digestivo.
Úlcera del estómago.
Cáncer de boca, laringe, esófago.

.- Aparato Cardiovascular.

- Trombosis, angina de pecho, infarto, insuficiencia cardíaca.
- Sistema Respiratorio.

Asma, disminución de capacidad pulmonar, bronquitis crónica, enfisema pulmonar, cáncer bronquios y pulmón.

- Otros efectos.

Riesgo de Aborto espontáneo y mortalidad perinatal.

Insomnio.

Disminución del sentido del olfato y gusto.

Cáncer de vejiga.

Irritabilidad.

Mala circulación sanguínea.

Debilitamiento de los huesos. (Mayor riesgo de fracturas).

Disminución del deseo sexual.

Las manifestaciones del síndrome de abstinencia durante las 24 horas después de dejar de fumar son: ansiedad, deseo incontrolable de fumar, insomnio, fallas de concentración, irritabilidad, entre otros.

DROGAS ILEGALES

Son aquellas sustancias penadas ante la ley por su producción, tráfico, y comercialización.

MARIHUANA

Proviene de la planta conocida como Canamo o Cannabis Sativa, con cuyas hojas, semillas y flores se elaboran el hachís, marihuana o resina.

La marihuana es la droga ilegal más consumida en nuestro país y es una droga que altera la función normal del cerebro porque contiene el ingrediente químico activo: THC (delta-9-tetrahidrocanabinol). Los efectos de la droga dependen del THC, que determina la potencia de la marihuana.

La marihuana es la "droga ilegal de ingreso" más frecuentes a otras drogas. El sólo hecho de consumirla coloca a la persona en un mayor riesgo de entrar a

drogas más adictivas. Es conocida también como "yerba", "mary jane", "mota", "skunk" o "grifa".

Efectos Físicos y Psicológicos Inmediatos.

- Sistema Nervioso Central.
Depresión de la corteza cerebral.
Interferencias en coordinación motora y equilibrio.
Reflejos lentos y disminución para medir distancia y profundidad.

- Aparato Cardiovascular:
Aumento de la presión arterial y frecuencia cardiaca.
Congestión de la conjuntiva, enrojecimiento y lagrimeo de los ojos.
Dilatación pupilar.

- Efectos Psicológicos Deterioro de la memoria Pensamiento confuso:
Distorsión de la percepción de los sonidos y colores.
Alteración de la dimensión temporo-espacial.
Sueño y relajación.
Lagunas mentales.
Risa inmotivada.

- Consecuencias a Largo Plazo
Sistema Nervioso.
Disminución de la capacidad de reacción y concentración.
Alteración de la sensopercepción (visión, audición y tacto) y el aprendizaje.
Aparato Respiratorio.
Bronquitis crónica, cáncer y enfisema pulmonar.
Faringitis, sinusitis y aumenta el riesgo de cáncer en boca, faringe y esófago.

.Trastornos Endocrinológicos.

- Inhibición sexual e infertilidad.
- Aumento del apetito.
- Disminución de la producción de espermatozoides.

Sistema Inmunitario.

Disminuye la capacidad de formar defensas lo que predispone mayor incidencia de infecciones.

Daños durante el embarazo.

Bajo peso en el recién nacido.

Malformaciones congénitas. (Defectos físicos).

Efectos Psicológicos Síndrome amotivacional. (Desinterés por la vida, apatía, lentitud en movimientos, sin energías, pensamiento confuso, etc).

Trastornos severos de comportamiento.

Depresión.

Reacción de pánico.

Ideas de persecución.

Alucinaciones auditivas.

PASTA BASICA DE COCAINA (P.B.C)

La PBC resulta de la maceración de las hojas secas de coca con un conjunto de sustancias tóxicas: solventes, ácido sulfúrico, ácido benzoico, metanol, bicarbonato de sodio, amoniaco, cal, entre otros, dando como resultado un polvo blanquecino mate.

La PBC es una de las drogas más adictivas en nuestro medio y su potencial adictivo es altísimo, pudiendo generar dependencia a las pocas semanas o meses de iniciado el consumo.

Al fumar PBC en forma rápida se producen efectos breves e intensos en el organismo "Volada". (duración 3 minutos). Para luego manifestarse una caída súbita llamado "Bajón". Esta sustancia tiene un alto potencial adictivo, produciendo un malestar lo que lleva a reiniciar nuevamente el consumo. El adicto necesita la droga, en caso contrario sufre graves alteraciones físicas y psicológicas.

La modalidad de consumo se produce combinando cigarrillos de tabaco con P.B.C. llamados como "tabacazo" y en otros casos se consumen cigarrillos de marihuana con P.B.C., a los que se conoce como "mixtos".

Efectos Físicos y Psicológicos Inmediatos.

- Aparato Cardiovascular.
Aumento de la presión arterial, taquicardia.
Palidez.
- Aparato Digestivo.
Disminución del apetito y pérdida de peso.
Excesiva necesidad de orinar y defecar.
- Aparato Respiratorio.
Aumento del ritmo respiratorio.
- Efectos Psicológicos.
Alteración de la percepción de las distancias y del tiempo.
Sensación de claridad mental y ligereza física.
Aceleración del pensamiento Agitación motora.

Ideas de persecución.

- Consecuencias a Largo Plazo.

Aparato cardiovascular.

Muerte por paro cardíaco.

Lesión del corazón.

Aparato Respiratorio.

Broncoespasmos.

Paro respiratorio.

Sistema Nervioso Central.

Infarto cerebral.

Lesión orgánica irreversible.

Efectos Psicológicos.

Alucinaciones visuales, auditivas, cutáneas, olfativas.

Disminución de la memoria y capacidad de concentración.

Desorientación y confusión.

Pensamiento y lenguaje incoherente.

Manifestación de conductas agresivas y violentas.

Sensación de angustia y ansiedad.

Depresión.

Pérdida del deseo sexual.

Otros efectos.

Insomnio.

Excesiva necesidad de orinar y defecar.

Debilidad muscular.

Sudoración o escalofríos.

Inmunodeficiencias y enfermedades infecciosas.

Desnutrición y deterioro físico.

Actos violentos y delictivos.

Mayor riesgo de accidentes.

CLORHIDRATO DE COCAINA

El clorhidrato resulta de la mezcla de la PBC con ácido clorhídrico y éter, resultando un polvo fino de color blanco.

La cocaína es también una droga altamente adictiva produce un efecto estimulante sobre el sistema nervioso central, causando una intensa euforia, energía breve, disminuyendo la sensación de cansancio y el apetito, seguido por una profunda depresión y un sentimiento de vado.

Esto hace que los consumidores deseen otra "subida" (sentir intensa energía y euforia) generando un intenso impulso a continuar el consumo.

La forma de consumo de esta droga es la inhalación por vía nasal (aspirándola) y también por vía intravenosa.

En dosis elevadas por inhalación puede ocurrir la perforación del tabique nasal y si es inyectada aumenta el riesgo de contraer enfermedades o infecciones. Por otro lado puede generar problemas psicológicos y psiquiátricos graves

(intensa ansiedad, depresión, irritabilidad, paranoia, alucinaciones, riesgo de suicidio).

Efectos Físicos y Psicológicos Inmediatos.

- Sistema Nervioso Central.

Estimulante del SNC generando lesiones orgánicas irreversibles.

Inquietud y agitación.

Convulsiones.

- Aparato Cardiovascular.

Aumento de la presión cardíaca, arritmias.

Aumento de la temperatura basal.

Midriasis (dilatación de la pupila y mayor sensibilidad a la luz).

- Aparato Respiratorio.

Tos, disnea, edema agudo del pulmón, hemoptisis.

Aumento del ritmo respiratorio llegando al paro respiratorio por sobredosis.

- Efectos Psicológicos.

Euforia.

Aparente sensación de lucidez intelectual.

Alucinaciones visuales, auditivas y táctiles.

Agitación motora.

Disminución de la fatiga.

Aceleración del Pensamiento.

- Consecuencias a Largo Plazo

Aparato cardiovascular.

Cardiopatía isquémica Infarto al miocardio, colapsos cardiocirculatorios.

Necrosis y perforación del tabique nasal.

Sistema Nervioso.

Daño cerebral irreversible.

Daño en el embarazo.

Malformación congénita.

Recién nacido prematuro.

Retardo en el crecimiento intrauterino.

Efectos Psicológicos.

Desgano, cansancio.

Alteraciones de la percepción y el juicio.

Depresión.

Irritabilidad e intranquilidad.

Comete agresiones y delitos.

Disminución del deseo sexual e impotencia.

Manifestaciones de conductas violentas y agresivas.

Paranoia (obsesión de estar vigilado y perseguido).

Otros efectos.

Disminución del hambre y sueño.

Erosiones y úlceras en la mucosa nasal.

Bajo peso.

HEROÍNA

La heroína es un opiáceo derivado de la morfina (poderoso analgésico largamente utilizado durante la guerra civil para controlar los dolores agudos de los soldados heridos y particularmente para las etapas finales del cáncer).

Esta droga tiene un gran poder adictivo cuyo efecto es sedativo o depresor sobre el sistema nervioso central, produce alivio a la tensión, adormecimiento, sensación de bienestar y calma. La forma de consumo puede ser inyectada, fumada o inhalada.

Su potencia es de dos a diez veces mayor que otras drogas, pudiendo traer graves consecuencias para la salud como sobredosis mortal, aborto espontáneo, entre otros.

Efectos Físicos y Psicológicos a corto y largo plazo

- Aparato Digestivo.

Estreñimiento, náuseas, alteración del ciclo del hambre.

- Aparato Cardiovascular.

- Tensión arterial.
- Aumento de la vasodilatación periférica.
- Midriasis (dilatación de las pupilas.)
- Aparato Respiratorio.
 - Depresión respiratoria por dosis elevadas.
 - Colapso cardiorespiratorio.
- Sistema Nervioso Central.
 - Disminución de las funciones.
- Daño en el Embarazo.
 - Riesgo de aborto.
 - Embarazo prematuro.
- Psicológicos.
 - Trastornos de memoria y atención.
 - Irritabilidad.
 - Apatía, depresión.
 - Sensación de tranquilidad, calma.
 - Disforia.
 - Sensación de distanciamiento de la realidad.
- Otros efectos.
 - Somnolencia.
 - Desinterés en la actividad sexual.
 - Dificultad para miccionar.
 - Estados de coma.
 - Adelgazamiento

DROGAS DE DISEÑO

Conocidas también como drogas de síntesis, bajo esta denominación están consideradas todas aquellas sustancias que se sintetizan químicamente en el laboratorio a partir de productos farmacéuticos relegados y son elaborados en forma clandestina.

Estas drogas tienen un alto poder tóxico sobre el sistema nervioso central, cuyos efectos son estimulantes y alucinógenos. Las más conocidas de ellas

son: el éxtasis, LSD, otros representantes son la Metaanfetamina conocida como "hielo", "speed", "cristales". El cual es un potente estimulante con efectos más prolongados que la cocaína.

Estas drogas han empezado a consumirse fiestas con música "trance" con éstas no existe consumo asociado de alcohol. sino agua, debido al fuerte componente deshidratante y el riesgo de inducir complicaciones, si se ingiere alcohol

Efectos a corto y largo plazo

- Aparato Cardiovascular.
Aumento de la presión sanguínea y frecuencia cardíaca, arritmias.
Midriasis (Pupilas dilatadas).
- Aparato Respiratorio. Respiración agitada.
- Sistema Nervioso Central.
Afecta al sistema nervioso dejando graves secuelas neuropsiquiátricas.
- Psicológicos.
Depresión.
Distorsión grave de la percepción.
Excitación.
Crisis de pánico.
Alteración de la memoria y el juicio.
Agitación motora.
Delirio paranoide y alucinaciones visuales.
- Otros efectos.
Hipertermia (aumento de la temperatura basar).
Convulsiones.
Insomnio.
Rigidez muscular.

PRODUCTOS INDUSTRIALES

MEDICAMENTOS

Son sustancias elaboradas para uso medicinal cuyo objetivo es prevenir y curar las enfermedades. El uso de medicamentos sin una finalidad terapéutica o sin prescripción médica, puede resultar perjudicial por la posibilidad de intoxicación y las consecuencias negativas sobre el organismo.

Dado su potencial adictivo no es recomendable su automedicación ya que puede ocasionar graves daños físicos y psíquicos.

Entre los fármacos que más se abusan están las anfetaminas (estimulantes) y las benzodiacepinas (tranquilizantes, sedantes, antidepresivo, etc.)

ANFETAMINAS

Éstas son consumidas frecuentemente con fines de inhibición del apetito para favorecer la pérdida de peso. Aquí se incluyen las personas que sufren de trastornos alimenticios de anorexia y bulimia.

Efectos Físicos Inmediatos.

- Aparato Cardiovascular : Taquicardias.
- Pupilas dilatadas.
- Aparato Respiratorio : Incremento de la respiración.
- Aparato Digestivo: Pérdida del apetito, adelgazamiento.
- Efectos Psicológicos:.

Euforia Angustia.

Disminución del juicio y desinhibición conductual.

Disminución de la fatiga.

Pensamiento acelerado.

Sensación de potencia física.

Aceleración psicomotora.

- Consecuencias a Largo Plazo:

Aparato Cardiovascular.

Miocardiopatías, infarto.

Hipertensión arterial.

Efectos Psicológicos.

Irritabilidad y hostilidad.

Agresividad, violencia.

Disminución de la atención y concentración.

Deterioro de la memoria.

Ideación paranoide.

Alucinaciones visuales, auditivas y táctiles.

Falta de impulso sexual

- . Otros efectos.

Aumento de la tensión muscular.

Dolor de cabeza.

Insomnio.

Desnutrición.

BENZODIACEPINAS

Son sustancias más consumidas por mujeres que varones y los grupos de mayor riesgo se inician por lo general como automedicación y los individuos más predispuestos son aquellos con problemas de ansiedad crónica, insomnio crónico, problemas psicosomáticos con fuertes síntomas de ansiedad, entre otros, iniciando el consumo para contrarrestar las molestias de ansiedad y problemas de sueño.

Efectos

Dependencia.

Somnolencia durante el día.

Reflejos lentos.

Torpeza de la coordinación de movimientos y equilibrio.
Disminución de la memoria, atención y concentración.
Mayor riesgo de accidentes. (Manejo de autos, maquinarias, etc.).
Manifestación de reacciones agresivas.
Psicosis.

INHALANTES

Son productos químicos volátiles, en este grupo se incluyen un numeroso grupo de sustancias con diversas aplicaciones industriales y domésticas, que al ser inhaladas o absorbidas disminuyen el funcionamiento del sistema nervioso central. Produciendo humor exaltado, alucinaciones de corta duración o provocando graves lesiones neurológicas irreversibles. Los productos químicos llegan a los pulmones desde donde ingresan a la sangre, distribuyéndose por todo el organismo y causando riesgos físicos graves.

Entre estas sustancias se encuentran: los pegamentos (terokal, colas), gasolina, kerosene, lejía, tinner, quitamanchas, lacas, pinturas, entre otras.

Efectos Físicos Inmediatos.

- Sistema Nervioso Central.
Depresor del SNC.
Hipersensibilidad a la luz.
- Aparato Cardiovascular.
Palidez.
Arritmias.
Irritación de ojos.
- Aparato Respiratorio.
Tos.
Edemas pulmonares agudos.
- Aparato Digestivo.
Náuseas, vómitos.
Pérdida del apetito.

- Sensación de alegría.
Agitación y torpeza motora.
- Estado de relajación.
- Pensamiento angustioso.
- Dificultad para pensar coherentemente.
- Alteración de la percepción espacio temporal.

Consecuencias a Largo Plazo

- Aparato Digestivo.
Anomalías hepáticas (inflamación y cirrosis).
Pérdida de peso.
Anemia.
- Sistema Nervioso Central.
Encefalitis crónica y neuropatías.
- Espasmos bronquiales.
- Aparato Excretor.
Insuficiencia renal crónica.
- Efectos Psicológicos.
Anorexia.
- Problemas de aprendizaje.
Disminución de la memoria y de la concentración.
Depresión.
Irritabilidad.
Alucinaciones visuales.
Fantasías negativas y angustiosas.
Pérdida de control emocional: Conducta agresiva y violenta.
Deterioro mental.
- Otros efectos.
Disminuye la sensación de frío.
Secreción nasal.
Zumbido de oídos.
Torpeza de movimientos, lentitud de los reflejos.
Trastornos del equilibrio.
Ulceras dentro de la nariz y/o boca.

Decaimiento y fatiga.

DROGAS FOLKLORICAS

Son aquellas utilizadas bajo un contexto socio cultural con fines curativos, mágicos y religiosos para determinadas poblaciones andinas y selváticas de nuestro país.

Tienen efectos estimulantes y alucinógenos y no generan dependencia.

Entre ellos tenemos: el San Pedro, la Ayahuasca y la hoja de Coca.

¿POR QUE SE CONSUMEN DROGAS?

Cuando uno se hace esta pregunta se encuentra con una respuesta difícil. ya que cada persona es distinta y los motivos para consumir también. Por esto se habla de factores de riesgo para el consumo de drogas.

FACTORES DE RIESGO

Toda circunstancia o evento de naturaleza biológica, psicológica o social cuya presencia o ausencia modifica la probabilidad que se presente un problema de consumo de drogas". Entre los Factores de Riesgo tenemos:

1.- FACTORES INDIVIDUALES.

- Experiencias de frustraciones repetidas y baja tolerancia a situaciones de conflicto
- Actitud de aceptación inicial hacia el consumo.
- Carencia de sentido de metas en la vida.
- Dificultades para tomar sus propias decisiones, esperando que otros decidan.
- Baja Autoestima. (Se siente disminuido e incapaz de afrontar dificultades. Pobre valoración de sí mismo).

- No es capaz de negarse ante la influencia de otros (presión de grupo) que le proponen consumir (No saben decir No).
- Necesidad de aprobación social.
- No se siente conforme con las normas y maneja un sistema de valores inadecuado.
- Curiosidad.

2.- FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS Y CULTURALES:

- Existencia del Tráfico Ilícito de Drogas obteniendo la droga de manera fácil y a bajo costo.
- Sociedad consumista.
- Inicio temprano del consumo de drogas.
- Accesibilidad y permisividad del consumo de alcohol y tabaco.
- Intensa publicidad de las drogas sociales en los medios de comunicación asociados a modelos atractivos de vida.
- Escaso sentido de los valores sociales.
- Pobreza, desempleo, discriminación, marginación.
- Actitudes conflictivas dentro de la comunidad respecto al consumo y venta de drogas.
- Mitos y creencias en relación con el uso de drogas ("no hay cariño en esta casa"; "hay que bautizarlo por el ascenso" "tomo para olvidar"; "tienes calor", "para relacionarme hay que degustar"; "tomate una heladita"; "que alegría brindemos"; "por ellas aunque mal paguen"; "sólo los machos toman").

3.- FACTORES ASOCIADOS AL MEDIO LABORAL:

- Naturaleza del puesto de trabajo (altamente estresantes, demanda de esfuerzo físico, peligrosidad, excesiva jornadas, etc).
- Ausencia de estímulos para el buen desempeño (aprobación, trato amable, etc).
- Existencia de conflictos laborales entre compañeros.

- Sobrecarga de trabajo y elevados niveles de tensión.
- Escasas posibilidades para el ascenso.
- Puestos de trabajo asociados a una mayor disponibilidad de las drogas.
- Cultura del puesto de trabajo (puesto donde el consumo de drogas forma parte del rol).
- Presencia de consumidores en el centro de trabajo.
- Aceptación de las drogas sociales como relevantes para las relaciones interpersonales (modelos sociales inadecuados) 0 Inadecuado uso del tiempo libre, asociando la diversión, la conversación y la recreación a menudo con el consumo de drogas.

4.- INFLUENCIA DE MODELOS INADECUADOS:

- El que promueve el uso de drogas es una persona significativa (superiores, compañeros, amigos, etc).
- Amigos consumidores.
- La falsa imagen de tus superiores en el consumo de drogas. (" Mi superior toma, yo también puedo hacerlo".) 0 Esta persona comparte características similares de edad, sexo, ocupación, etc.
- Existe presión de grupo o influencia de tus superiores.

5.- FACTORES FAMILIARES.

- Ejercicio violento de la autoridad, práctica frecuente de castigo físico y maltrato moral.
- Falta de normas y límites frente al consumo de alcohol y otras drogas.
- Permanente clima de discusión, incomprensión y falta de comunicación.
- Sobreprotección, fuerte dependencia, falta de estímulo a la autonomía.
- Antecedentes familiares de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas (padres alcohólicos, fumadores, pastómanos, los cuales son modelos inadecuados).
- Crisis y violencia familiar.
- Ausencia de figuras de autoridad, padres u otro miembro de la familia.

- Falta de apoyo emocional, despreocupándose de satisfacer las necesidades de afecto y recreación compartida.

Adicionalmente se pueden señalar otros factores:

6.- FACTORES BIOLÓGICOS.

- Grado de susceptibilidad del organismo a las drogas.
- Constitución física.
- Características del funcionamiento bioquímico.

7.- FACTORES ASOCIADOS AL SISTEMA EDUCATIVO.

- Ausencia de estímulos al desarrollo, falta de creatividad.
- Bajo grado de participación de los estudiantes.
- Falta de comunicación entre alumno, docentes y padres.
- No les prestan atención a lo recreativo.
- Falta de uso creativo del tiempo libre.
- Actitud autocrática o permisiva en la actitud del educador para la solución de problemas.
- Conflicto en las relaciones interpersonales.

¿ CÓMO SABER SI ALGUIEN CONSUME DROGAS?

Existen ciertas señales o características difíciles de distinguir, pero en la mayoría de casos el consumo de drogas va progresivamente en aumento, por lo cual debemos estar pendientes de notar cambios en la conducta. Probablemente, la mayor parte de los problemas relacionados al consumo de drogas se materializan en el desempeño laboral y académico.

A continuación describimos algunas de las señales de consumo de drogas más frecuentes:

1.- CAMBIOS DE CONDUCTA Y DESCUIDO EN LA APARIENCIA PERSONAL

- Cambios en su modo de vestir y apariencia (tiene otra facha, se muestra desaliñado, desarreglado).
- Pérdida de hábitos de limpieza.
- Utilización de un lenguaje vulgar (uso de jergas, etc.).
- Frecuenta otras amistades.
- Palidez y ojeras pronunciadas.
- Apariencia amarillenta notándose en los ojos.
- Disminución de peso.
- Ojos y nariz enrojecidos, pupilas dilatadas.
- Problemas de coordinación motora (parece estar mareado y tiene dificultad para caminar).
- Poco participativo en la vida familiar.
- Elude encontrarse con sus jefes.
- Cambios en los hábitos alimenticios y de sueño.
- Presenta fuerte olor a licor (tufo) u otra droga en su aliento y ropa.
- Se muestra retraído o aislado.

2.- CAMBIOS BRUSCOS DE ESTADOS DE ÁNIMO.

- Presenta cambios repentinos de sentimientos como: tristeza - alegría, irritabilidad cordialidad, apatía- interés.
- Se muestra excesivamente susceptible, irritable y agresivo.
- Aplica con extrema dureza la disciplina por motivos insignificantes, llegando a golpes y maltratos.

3.- DETERIORO EN LA REALIZACIONES DE ACTIVIDADES ACADEMICAS y LABORALES.

- Desorganización de actividades rutinarias.
- Menor concentración y calidad en el trabajo.
- Incumplimiento de responsabilidades.

- Pierde el interés para realizar las labores e Quejas de compañeros o superiores por no cumplir ordenes.
- Bajo rendimiento en el desempeño de actividades.
- Delega sus actividades a otros con el fin de consumir.
- Es sancionado frecuentemente por incumplir funciones.
- Muestra debilidad e indisponibilidad en los trabajos forzados.

4.- ACTOS DESHONESTOS.

- Vende, canjea o sustrae información, uniformes o vales de gasolina. e Pide anticipo o préstamos de dinero, falseando los motivos reales.
- Sospecha de pérdida de dinero u objetos.
- Comprometido en actos delictivos.
- Implicado en accidentes.
- Gasta el dinero desatendiendo el hogar o necesidades personales.

5.- RELACIONES CONFLICTIVAS CON JEFES Y COMPAÑEROS.

- Mayor número de conflictos con compañeros y superiores.
- Dificultad en el trabajo en el equipo.
- Promueve el consumo en el trabajo o tiempo libre.
- Se extralimita en la disciplina con frecuentes sanciones.
- Utilización de amenazas, maltrato o violencia.

6.- ACCIDENTES AL MANEJAR ARMAS, VEHÍCULOS Y MAQUINARIAS.

- Comprometido en actos de negligencia por manipular armas sin medir el riesgo y peligro. .
- Tiene accidentes por estar bajo los efectos de alguna droga.
- Desperfectos en el material y maquinarias.
- Accidentes repetidos.

7.- EMPLEO CONTINUO DE MENTIRAS Y JUSTIFICACIONES.

- Utiliza los engaños en su trabajo u hogar con el fin de consumir.
- Comienza a justificar o buscar culpables por el incumplimiento de sus labores.

8.- FALTAS O AUSENCIAS INJUSTIFICADAS.

- Mayor número de ausencias injustificadas.
- Desapariciones frecuentes del puesto en el trabajo.
- Empieza a faltar o evita realizar las actividades.
- Busca frecuentar lugares donde venden licor u otras drogas cuando se está trabajando.
- Se ausenta del trabajo o casa para consumir

2.6- ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Para la realización del presente trabajo se considero las Academias Pre universitarias de la ciudad de Tacna con más de 40 alumnos matriculados. Al momento reunieron esta condición cuatro Academias, haciendo un total de 230 alumnos matriculados .

III-

VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

IV

ASPECTOS METODOLÓGICOS

MARCO OPERACIONAL (96) (97) (98) (99) (100)

4.1- TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Es un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo correlacional de corte transversal , se basa en la aplicación del Instrumento Drug Use Screening Inventory (DUSI) a la muestra seleccionada

4.2- ÁMBITO DE ESTUDIO, POBLACIÓN Y MUESTRA

Este estudio carece de una población exacta y fidedigna debido a múltiples causas: ya que algunos egresados de distintos centros educativos optan por no estudiar, por dedicarse a trabajar, por aprender un trabajo técnico, etc, por eso este trabajo no cuenta con muestra

Es por eso que se seleccionó como requisito un grupo de estudiantes preuniversitarios de la ciudad de Tacna del año 2008 que estudiaban en academias de un mínimo de 40 estudiantes por academia cumplieron dicho requisito 4 academias preuniversitarias que hacen un total de 230 alumnos matriculados y con asistencia regular a clases.

4.3- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN (101) (102) (103) (104) (105)

El Instrumento empleado fue el Drug Use Screening Inventory (DUSI). Este instrumento busca identificar las áreas vulnerables de los adolescentes que consumen drogas.

El cuestionario original consta de 159 ítems con dos alternativas, agrupadas en diez áreas que se contestan SI o NO y permite detectar el consumo de las diversas sustancias, frecuencia de uso, variables socio demográficas relacionadas con el consumo de drogas, en cada área estudiada se incluye una pregunta que forma parte de una escala de mentiras.

Las áreas estudiadas fueron :

- 1- Trastornos de conducta.
- 2- Riesgos para la salud
- 3- Desordenes psiquiátricos
- 4- Autoafirmación social
- 5- Disfuncionabilidades familiares.
- 6- Rendimiento escolar
- 7- Desordenes laborales
- 8- Presión grupo de amigos
- 9- Uso de tiempo libre
- 10- Severidad en uso de drogas

4.3.1.- CARACTERÍSTICAS DEL INSTRUMENTO Y SU APLICACIÓN: (104)

- * El cuestionario es anónimo.
- * Incluyo una breve explicación de los propósitos del estudio, manejo de la información y se subrayo la necesidad de responder con sinceridad.
- * Se considero el orden en que se formulan las preguntas. Comenzó con preguntas de información general, los factores asociados y luego el uso de las drogas.
- * Para el presente estudio se empleo una hoja de respuesta con el fin de facilitar las respuestas de los alumnos y posterior digitación

4.3.2. ESTUDIOS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL DUSI (103-104-105-107)

Los estudios de validez y confiabilidad, revelan que el DUSI tiene propiedades

psicométricas.

La confiabilidad marginal basada en la teoría de la respuesta por ítems, obtenido del promedio de los rasgos en cada nivel fluctuó entre 0.53 y 0.83 para los 10 dominios.

En investigaciones previas, el Promedio interno de confiabilidad entre los 10 dominios se encontró que fue 0.74 para hombres y 0.78 para mujeres. El promedio de la confiabilidad del TEST-RETEST fue de 0.95 para hombres, y 0.88 para mujeres (Normas y Sensibilidad del adolescente - Versión del Inventario del Despistaje del Consumo de Drogas).

El DUSI es un instrumento que cuantifica la severidad de involucramiento con drogas y alcohol y que están asociados con problemas de salud y problemas psicosociales. El puntaje de problema de severidad para cada dominio se obtiene al dividir el número de respuestas afirmativas entre el número de ítems. El valor que se obtiene como resultado, multiplicado por 100, produce el puntaje de problema de severidad que tiene un rango desde 0 a 100% en cada una de las áreas.

4.3.3.- PROCESO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO (106)

El DUSI en nuestro país fue validado por el Mg José Francisco Vallejos Saldarriaga y otros (106), a través de los siguientes procedimientos.

4.3.3.1.- La validación de Jueces o Expertos. (106)- La validez de contenido mediante jueces expertos evalúa la representatividad del contenido de la conducta que se mide buscando establecer si representan el universo del contenido de esa conducta y la relevancia de los ítems para medir tales indicadores, para lo cual se ofreció a los jueces o expertos claras especificaciones acerca de lo que juzgarán (Alarcón, 1991 (107)). Consultaron a 10 especialistas del área de la drogodependencia, psicología, psiquiatría,

pedagogía, sociología y metodología de investigación. El objetivo era indagar sobre sí:.

- 1- La encuesta permite cumplir con los objetivos de la investigación.
- 2- Las características, forma de aplicación y estructura del instrumento son adecuadas.
- 3- El cuestionario es posible aplicarlo a otros estudios similares.
- 4- El orden de las preguntas es adecuado.
- 5- El vocabulario es correcto.
- 6- El número de preguntas es suficiente o muy amplio.
- 7- Las preguntas tienen carácter de excluyentes.

De acuerdo a los jueces, existe una alta significación estadística, es decir, un alto grado de concordancia de que el instrumento cumple con medir los objetivos de la investigación.

4.3.3.2.- Focus Group (106).- Se realizó con 10 alumnos y alumnas cursando estudios preuniversitarios, con el propósito de verificar la comprensión de los ítems de las áreas III y IV del DUSI, con el objetivo de comprobar la comprensión de los ítems del DUSI

4.3.3.3.- Validación mediante el Alfa de Cronbach. (106) El método de fiabilidad más empleado en psicometría es el Alfa de Cronbach (desarrollado el año 1951). Se trata de un índice de consistencia interna que toma valores entre 0 y 1 y que sirve para comprobar si el instrumento que se está evaluando recopila información defectuosa y por tanto nos conduciría a conclusiones equivocadas o si se trata de un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes . Alfa de Cronbach es por tanto un coeficiente de correlación al cuadrado que, a grandes rasgos, mide la homogeneidad de las preguntas promediando todas las correlaciones entre todos los ítems para ver que efectivamente se parecen.

Su interpretación será que, cuanto más se acerque el índice al extremo

1 , mejor es la fiabilidad, considerando una alta fiabilidad a partir de 0.70

En el estudio validado, se ha obtenido los siguientes valores de validez del DUSI adaptado de la versión Chilena (45)

De acuerdo al presente estudio, las escalas del DUSI han obtenido los siguientes coeficientes de confiabilidad (Ver tabla 2)

Tabla 2
Coeficientes de Confiabilidad del DUSI

| ESCALAS | COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD ALFA |
|-------------------------------------|--|
| 1- Trastornos de conducta. | 0.56 |
| 2- Riesgos para la salud | 0.68 |
| 3- Desordenes psiquiátricos | 0.66 |
| 4- Autoafirmación social | 0.54 |
| 5- Disfuncionabilidades familiares. | 0.50 |
| 6- Rendimiento escolar | 0.65 |
| 7- Desordenes laborales | 0.63 |
| 8- Presión grupo de amigos | 0.66 |
| 9- Uso de tiempo libre | 0.74 |
| 10- Severidad en uso de drogas | 0.60 |

4.4.-TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

Para la ejecución del presente estudio se procedió a :

- Gestionar ante los Directores de las diversas Academias preuniversitarias de Tacna el permiso necesario para la aplicación del DUSI a los alumnos (230) y la aceptación correspondiente por parte de los encuestados.

4.4.1.- Crítica y Codificación: Se verificó el llenado de los cuestionarios en su totalidad.

4.4.2.- Procesamiento de Datos

El procesamiento de datos se realizó mediante el sistema mecanizado del SPSS que cumple con los requisitos propios de la estadística e informática. Se elaboró una base de datos electrónica específica para la investigación .

El diseño del instrumento permite la aplicación de programas válidos que contribuyen a darle fiabilidad a los datos con el fin de establecer las asociaciones, consistencias e inconsistencias de las respuestas dadas.

En el primer tipo de análisis del estudio se presenta la información de las variables consideradas en tablas de frecuencias univariadas y bivariadas, tanto para las diferentes prevalencias (alguna vez en la vida, último año, último mes y última semana) , policonsumo, edad promedio de inicio del consumo de las drogas como de los niveles y factores de riesgo y protección.

Después de todo este proceso se aplicará el coeficiente de correlación de Spearman , con el fin de mostrar las correlaciones entre los factores de riesgo y el consumo de sustancias .

EL COEFICIENTE DE CORRELACION (110)

El coeficiente de correlación cuantifica la correlación entre dos variables, cuando ésta existe.

El coeficiente ***r de Pearson***, por ser una prueba paramétrica requiere de variables numéricas con distribución normal; mientras que el coeficiente de correlación no paramétrica ***rho de Spearman*** acepta variables de libre distribución e incluso ordinales.

V- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

5.1- Análisis e interpretación de datos

TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE ACUERDO A LA EDAD- 2008-TACNA

| EDAD (años) | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------|------------|------------|
| 16 | 25 | 10.9 |
| 17 | 30 | 13.0 |
| 18 | 89 | 38.7 |
| 19 | 60 | 26.0 |
| 20-21 | 26 | 11.4 |
| TOTAL | 230 | 100.00 |

Fuente : encuesta del investigador- 2008

En esta tabla se aprecia que la edad estudiantil más frecuente en el presente estudio es de 18 años (38.7%), en segundo lugar 19 años (26.0%), en tercer lugar es de 17 años (13.0%), en cuarto lugar es de 20 a 21 años (11.4%) y en quinto lugar es de 16 años (10.9%)

TABLA N° 2

**DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE
ACUERDO AL GENERO - 2008-TACNA**

| GENERO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------|-------------------|-------------------|
| MASCULINO | 99 | 43.04 |
| FEMENINO | 131 | 56.95 |
| TOTAL | 230 | 100.00 |

Fuente : encuesta del investigador- 2008

En esta tabla se aprecia que el género mas frecuente es el femenino (56.95%) y luego el masculino (43.04%)

TABLA N° 3

**DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE
ACUERDO AL COLEGIO DE ORIGEN - 2008-TACNA**

| COLEGIO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| PARTICULAR | 82 | 35.7 |
| NACIONAL | 148 | 64.3 |
| | 230 | 100.00 |

Fuente : encuesta del investigador- 2008

En esta tabla se aprecia que el centro educativo de origen mas frecuente es el nacional (64.3%), en segundo lugar el particular (35.7%)

TABLA 4

PREVALENCIA DE VIDA EN GENERAL DEL CONSUMO DE DROGAS DE LOS ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS -2008-TACNA

| SUSTANCIA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------------|------------|---------------|
| Alcohol | 106 | 46.08 |
| Anfetaminas | 3 | 1.30 |
| Cocaína | 2 | 0.86 |
| (*)Pastillas | 12 | 5.21 |
| Alucinógenos | 2 | 0.86 |
| Marihuana | 7 | 3.04 |
| Inhalantes | 2 | 0.86 |
| Tabaco | 65 | 28.26 |
| PBC | 2 | 0.86 |
| Otras | 4 | 1.73 |
| CONSUMIDORES | 205 | 89.14 |
| NO CONSUMIDORES | 25 | 10.86 |
| TOTAL | 230 | 100.00 |

(*) El consumo de pastillas se refiere al uso de benzodiazepinas

Fuente : encuesta del investigador -2008.

En esta tabla se observa que la prevalencia de vida de la sustancia que tiene mas consumo es el alcohol con 46.08%, en segundo lugar; el tabaco con 28.26%, en tercer lugar las pastillas con 5.21% y en cuarto lugar; la marihuana con 3.04%

Además observamos que los consumidores de drogas a nivel de estudiantes preuniversitarios en la ciudad de Tacna -2008- es 89.14 %

TABLA N° 5

PREVALENCIA DE VIDA EN GENERAL Y LA VARIABLE EDAD DEL CONSUMO DE DROGAS DE LOS ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS - 2008-TACNA

| SUSTANCIA | 16 Años | | 17 Años | | 18 Años | | 19 Años | | 20 Años | | TO TAL |
|--------------|---------|------------|---------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|-----------|
| | FR | % | FR | % | FR | % | FR | % | FR | % | |
| Alcohol | 7 | 35.00 | 1 3 | 44.8 2 | 3 9 | 55.7 1 | 3 3 | 50.7 6 | 1 4 | 66.6 | 51.7 0 |
| Anfetaminas | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 2.85 | 1 | 1.53 | 0 | 0.0 | 1.46 |
| Cocaína | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.42 | 1 | 1.53 | 0 | 0.0 | 0.97 |
| (*)Pastillas | 4 | 20 | 3 | 10.3 4 | 3 | 4.28 | 2 | 3.07 | 0 | 0.0 | 5.85 |
| Alucinógenos | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.53 | 1 | 4.76 | 0.97 |
| Marihuana | 1 | 5 | 1 | 3.44 | 2 | 2.85 | 2 | 3.07 | 1 | 4.76 | 3.41 |
| Inhalantes | 0 | 0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 3.07 | 0 | 0.0 | 0.97 |
| Tabaco | 8 | 40 | 1 2 | 41.3 7 | 2 3 | 32.8 5 | 1 8 | 27.6 9 | 4 | 19.0 4 | 31.7 0 |
| PBC | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.53 | 1 | 4.76 | 0.97 |
| Otras | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 4 | 6.15 | 0 | 0.0 | 1.95 |
| TOTAL | 2 0 | 100.0 0 | 2 9 | 100 | 7 0 | 100 | 6 5 | 100 | 2 1 | 100 | 100 |

(*) El consumo de pastillas se refiere al uso de benzodiazepinas

Fuente : encuesta del investigador -2008.

En esta tabla se observa la prevalencia de vida con la variable edad, en la cual notamos que a los 20 años de edad se ha incrementado el porcentaje en el consumo de alcohol (66.6 %) además el de alucinógenos, marihuana y PBC con 4.76 % para cada uno de ellos y además se han ido incrementando con el aumento de la edad.

Además es notorio que el consumo de tabaco va disminuyendo a medida que se incrementa la edad (40 %), hecho similar ocurre con el uso de pastillas (20%)

TABLA N° 6.

PREVALENCIA DE VIDA EN GENERAL Y LA VARIABLE GENERO EN EL CONSUMO DE DROGAS DE LOS ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS - 2008-TACNA

| SUSTANCIAS | MASCULINO | | FEMENINO | |
|--------------|-----------|---------------|------------|---------------|
| | FR | % | FR | % |
| Alcohol | 60 | 64.51 | 46 | 41.07 |
| Anfetaminas | 0 | 0.0 | 3 | 2.67 |
| Cocaína | 1 | 1.07 | 1 | 0.89 |
| (*)Pastillas | 4 | 4.30 | 8 | 7.14 |
| Alucinógenos | 1 | 1.07 | 1 | 0.89 |
| Marihuana | 5 | 5.37 | 2 | 1.78 |
| Inhalantes | 1 | 1.07 | 1 | 0.89 |
| Tabaco | 17 | 18.27 | 48 | 42.85 |
| PBC | 1 | 1.07 | 1 | 0.89 |
| Otras | 3 | 3.22 | 1 | 0.89 |
| TOTAL | 93 | 100.00 | 112 | 100.00 |

(*) El consumo de pastillas se refiere al uso de benzodiazepinas

Fuente : encuesta del investigador -2008.

Aquí se observa que la sustancia mas consumida por el género masculino es el alcohol con 64.51%, en segundo lugar el tabaco con 18.27% y en tercer lugar marihuana con 5.37%

La sustancia más consumida por el género femenino es el tabaco con 42.85%, en segundo lugar el alcohol con 41.07% y en tercer lugar las pastillas con un 7.14

TABLA N° 7

PREVALENCIA DE VIDA EN GENERAL Y LA VARIABLE COLEGIO DE ORIGEN EN EL CONSUMO DE DROGAS DE LOS ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS -2008-TACNA

| SUSTANCIAS | COLEGIO PRIVADO | | COLEGIO NACIONAL | |
|--------------|-----------------|---------------|------------------|------------|
| | FR | % | FR | % |
| Alcohol | 30 | 42.25 | 76 | 56.71 |
| Anfetaminas | 2 | 2.81 | 1 | 0.74 |
| Cocaína | 1 | 1.40 | 1 | 0.74 |
| (*)Pastillas | 5 | 7.04 | 7 | 5.22 |
| Alucinógenos | 1 | 1.40 | 1 | 0.74 |
| Marihuana | 3 | 4.22 | 4 | 2.98 |
| Inhalantes | 1 | 1.40 | 1 | 0.74 |
| Tabaco | 25 | 35.21 | 40 | 29.85 |
| PBC | 1 | 1.40 | 1 | 0.74 |
| Otras | 2 | 2.81 | 2 | 1.49 |
| TOTAL | 71 | 100.00 | 134 | 100 |

(*) El consumo de pastillas se refiere al uso de benzodiazepinas

Fuente : encuesta del investigador -2008.

En esta tabla se observa que los estudiantes de centros educativos nacionales ocupan el primer lugar en el consumo de alcohol con 56.71% contra un 42.25% de los centros educativos particulares.

Además los estudiantes de los centros educativos particulares presentan consumo de tabaco con 35.21% contra 29.85% de los colegios nacionales, las pastillas con 7.04% en los colegios privados y 5.22% en los colegios nacionales

TABLA N° 8

PREVALENCIA ANUAL EN EL CONSUMO DE DROGAS DE LOS ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS -2008-TACNA

| SUSTANCIAS | PREVALENCIA ANUAL | PORCENTAJE |
|--------------|-------------------|------------|
| | FR | % |
| Alcohol | 72 | 51.06 |
| Anfetaminas | 0 | 0.00 |
| Cocaína | 1 | 0.70 |
| (*)Pastillas | 1 | 0.70 |
| Alucinógenos | 0 | 0.00 |
| Marihuana | 4 | 2.83 |
| Inhalantes | 0 | 0.00 |
| Tabaco | 61 | 43.26 |
| PBC | 2 | 1.41 |
| Otras | 0 | 0.00 |
| TOTAL | 141 | 100 |

(*) El consumo de pastillas se refiere al uso de benzodiazepinas

Fuente : encuesta del investigador -2008.

Aquí se observa que en la prevalencia anual el consumo de alcohol es de 51.06%, en segundo lugar tabaco 43.26%, en tercer lugar marihuana 2.83% y en cuarto lugar PBC 1.41%

TABLA N° 9

PREVALENCIA MENSUAL EN EL CONSUMO DE DROGAS DE LOS ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS -2008-TACNA

| SUSTANCIAS | PREVALENCIA MENSUAL | PORCENTAJE |
|---------------------|---------------------|---------------|
| | FR | % |
| Alcohol | 40 | 50.63 |
| Anfetaminas | 0 | 0.00 |
| Cocaína | 2 | 2.53 |
| (*)Pastillas | 0 | 0.00 |
| Alucinógenos | 0 | 0.00 |
| Marihuana | 3 | 3.79 |
| Inhalantes | 0 | 0.00 |
| Tabaco | 32 | 40.50 |
| PBC | 2 | 2.53 |
| Otras | 0 | 0.00 |
| TOTAL | 79 | 100.00 |

(*) El consumo de pastillas se refiere al uso de benzodiazepinas

Fuente : encuesta del investigador -2008

En la presente tabla observamos la prevalencia mensual del consumo de drogas, en la que ocupa el primer lugar el alcohol con 50.63%, en segundo lugar el tabaco con 40.50%, en tercer lugar la marihuana con 3.79%.

TABLA N°. 10

PREVALENCIA SEMANAL EN EL CONSUMO DE DROGAS DE LOS ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS -2008-TACNA

| SUSTANCIAS | PREVALENCIA SEMANAL | PORCENTAJE |
|--------------|---------------------|------------|
| | FR | % |
| Alcohol | 27 | 50.00 |
| Anfetaminas | 0 | 0.00 |
| Cocaína | 1 | 1.85 |
| (*)Pastillas | 0 | 0.00 |
| Alucinógenos | 0 | 0.00 |
| Marihuana | 3 | 5.55 |
| Inhalantes | 0 | 0.00 |
| Tabaco | 21 | 38.88 |
| PBC | 2 | 3.70 |
| TOTAL | 54 | 100 |

(*) El consumo de pastillas se refiere al uso de benzodiazepinas

Fuente : encuesta del investigador -2008

En esta tabla evidencia que la prevalencia semanal del consumo de drogas lo ocupa en primer lugar el alcohol con 50%, en segundo lugar tabaco con 38.88%, en tercer lugar marihuana con 5.55%

TABLA N° 11

POLICONSUMO DE DROGAS DE LOS ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS -2008-TACNA

| NÚMERO DE DROGAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------------|-------------------|-------------------|
| 1 DROGAS | 70 | 34.14 |
| 2 DROGAS | 125 | 60.97 |
| 3 DROGAS | 5 | 2.43 |
| 4 DROGAS | 3 | 1.46 |
| 5 DROGAS | 2 | 0.97 |
| 6 Y 7 DROGAS | 0 | 0.00 |
| | 205 | 100.00 |

Fuente : encuesta del investigador -2008

En la presenta tabla evidenciamos que el 60.97% de los estudiantes del presente estudio consumen 2 drogas, el 34.14% consume 1 droga, el 2.43% consume 3 drogas, el 1.46% consume 4 drogas, el 0.97% consume 5 drogas

Es bueno recalcar que el policonsumo de 2 drogas: es en las sustancias de alcohol y tabaco

TABLA N° 12

PROMEDIO DE EDAD EN EL INICIO DEL CONSUMO DE DROGAS EN LOS ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS -2008-TACNA

| SUSTANCIAS | EDAD PROMEDIO EN AÑOS Y MESES | MEDIANA |
|--------------|-------------------------------|---------|
| Alcohol | 12.6 | 12 |
| Anfetaminas | 13.5 | 13.1 |
| Cocaína | 13.6 | 13.2 |
| (*)Pastillas | 12.1 | 11.8 |
| Alucinógenos | 11.2 | 11.5 |
| Marihuana | 13.1 | 12.9 |
| Inhalantes | 11.3 | 11.1 |
| Tabaco | 12.3 | 12.5 |
| PBC | 13.2 | 13.7 |
| Otras | 11.5 | 11.9 |

(*) El consumo de pastillas se refiere al uso de benzodiazepinas

Fuente : encuesta del investigador -2008

Aquí se observa que la edad mas temprana para el consumo de drogas es a los 11.2 años de edad con los alucinógenos, seguido por los inhalantes a los 11.3 años de edad.

Las que se inician más tardíamente es para la cocaína y anfetaminas a los 13.6 y 13.5 años de edad respectivamente

TABLA N° 13

NIVELES DE RIESGO Y PROTECCIÓN DE ACUERDO AL DUSI EN LOS ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS -2008-TACNA

| AREAS | NO RIESGO/ PROTECCIÓN | | BAJO RIESGO | | MODERADO RIESGO | | ALTO RIESGO | | BAJO, MODERADO Y ALTO RIESGO | |
|--------------------|--------------------------|-------|-------------|-------|-----------------|-------|-------------|-------|------------------------------|-------|
| | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % |
| Conducta | 91 | 39.56 | 80 | 34.78 | 45 | 19.56 | 14 | 6.00 | 139 | 60.34 |
| Salud física | 187 | 81.30 | 15 | 6.52 | 13 | 5.65 | 15 | 6.52 | 43 | 18.69 |
| Salud mental | 112 | 48.69 | 73 | 31.73 | 35 | 15.21 | 10 | 4.34 | 118 | 51.30 |
| Competencia social | 90 | 39.13 | 92 | 40.00 | 39 | 16.95 | 09 | 3.91 | 140 | 60.86 |
| Familia | 75 | 32.60 | 86 | 37.39 | 50 | 21.73 | 19 | 8.26 | 155 | 67.39 |
| Escolaridad | 119 | 51.73 | 62 | 26.95 | 29 | 12.6 | 20 | 8.69 | 111 | 48.26 |
| Trabajo* | | | | | | | | | | |
| Amigos | 117 | 50.86 | 52 | 22.6 | 31 | 13.47 | 30 | 13.04 | 113 | 49.13 |
| Tiempo libre | 80 | 34.78 | 82 | 35.65 | 47 | 20.43 | 21 | 9.13 | 150 | 65.21 |
| Conducta adictiva | 105 | 45.65 | 46 | 20.00 | 60 | 26.08 | 19 | 8.26 | 125 | 54.34 |

- Se encontró que 20 postulantes trabajaban, por ser mínima la cantidad no se analizo el Area 7

Fuente : encuesta del investigador -2008

Los resultados obtenidos de acuerdo a los cuatro niveles son :

-En el **área de conducta**: se obtiene un 39.56% se encuentran protegidos, un 34.78% se encuentran en bajo riesgo, 19.56% se encuentran en moderado riesgo y un 6% se encuentran en alto riesgo

-En el **área de Salud Física**: se obtiene un 81.30% se encuentran protegidos, un 6.52% se encuentran en bajo riesgo, 5.65% se encuentran en moderado riesgo y un 6.52% se encuentran en alto riesgo

-En el **área de Salud Mental**: se obtiene un 48.69% se encuentran protegidos, un 31.73% se encuentran en bajo riesgo, 15.21% se encuentran en moderado riesgo y un 4.34% se encuentran en alto riesgo

-En el **área de Competencia Social**: se obtiene un 39.13% se encuentran protegidos, un 40.00% se encuentran en bajo riesgo, 16.95% se encuentran en moderado riesgo y un 3.91% se encuentran en alto riesgo

-En el **área de Familia**: se obtiene un 32.60% se encuentran protegidos, un 37.39% se encuentran en bajo riesgo, 21.73% se encuentran en moderado riesgo y un 8.26% se encuentran en alto riesgo

-En el **área de Escolaridad**: se obtiene un 51.73% se encuentran protegidos, un 26.95% se encuentran en bajo riesgo, 12.6% se encuentran en moderado riesgo y un 8.69% se encuentran en alto riesgo

-En el **área de Amigos**: se obtiene un 50.86% se encuentran protegidos, un 22.6% se encuentran en bajo riesgo, 13.47% se encuentran en moderado riesgo y un 13.04% se encuentran en alto riesgo

-En el **área de Tiempo libre**: se obtiene un 34.78% se encuentran protegidos, un 35.65% se encuentran en bajo riesgo, 20.43% se encuentran en moderado riesgo y un 9.13% se encuentran en alto riesgo

-En el **área de Conducta adictiva**: se obtiene un 45.65% se encuentran protegidos, un 20.00% se encuentran en bajo riesgo, 26.08% se encuentran en moderado riesgo y un 8.26% se encuentran en alto riesgo

TABLA 14

RIESGO Y PROTECCIÓN DE ACUERDO A LA VARIABLE EDAD EN LOS ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS -2008-TACNA

| EDAD | VALORES CATEGÓRICOS DEL DUSI | | | | | | | | TOTAL | | RIESGO |
|-------|------------------------------|-------|-------------|-------|-----------------|-------|-------------|-------|-------|-----|----------|
| | NO RIESGO/ PROTECCIÓN | | BAJO RIESGO | | MODERADO RIESGO | | ALTO RIESGO | | | | |
| | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % | |
| 16-17 | 40 | 72.72 | 12 | 21.81 | 3 | 5.45 | 0 | 0.0 | 55 | 100 | 27.27/15 |
| 18-19 | 79 | 53.02 | 51 | 34.22 | 18 | 12.08 | 1 | 0.67 | 149 | 100 | 46.98/70 |
| 20 > | 9 | 34.61 | 8 | 30.76 | 6 | 23.07 | 3 | 11.53 | 26 | 100 | 65.36/17 |

Fuente : encuesta del investigador -2008

En la presente tabla se observa que a medida que avanzamos en la edad se van deteriorando los **factores de protección** de 72.72 % a 53.02 % y luego de los 20 años 34.61 %

Los **factores de riesgo** se van incrementando con la edad de 27.27 % a 46.98 % y a más de 20 años 65.36 %

TABLA 15

RIESGO Y PROTECCIÓN DE ACUERDO A LA VARIABLE GENERO EN LOS ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS -2008-TACNA

| GENERO | VALORES CATEGÓRICOS DEL DUSI | | | | | | | | TOTAL | | RI ES GO |
|-----------|------------------------------|-------|----------------|-------|--------------------|-------|----------------|------|-------|-----|----------------|
| | NO RIESGO/ PROTECCIÓN | | BAJO RIESGO | | MODERADO RIESGO | | ALTO RIESGO | | | | |
| | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % | |
| MASCULINO | 45 | 45.45 | 35 | 35.35 | 17 | 17.17 | 2 | 2.02 | 99 | 100 | 54.55/ 54 |
| FEMENINO | 83 | 63.36 | 36 | 27.48 | 10 | 7.63 | 2 | 1.52 | 131 | 100 | 36.64/ 48 |

Fuente : encuesta del investigador -2008

Se aprecia en la tabla que el género femenino cuenta con mayor factor de protección con 63.36%, seguida del género masculino con 45.45%

El genero masculino presentan el 54,55% de riesgo y el género femenino 36.64%

TABLA 16

RIESGO Y PROTECCIÓN DE ACUERDO AL CENTRO EDUCATIVO DE ORIGEN EN LOS ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS -2008-TACNA

| CENTRO EDUCATIVO | VALORES CATEGÓRICOS DEL DUSI | | | | | | | | TOTAL | | RIESGO |
|------------------|------------------------------|-------|-------------|-------|-----------------|-------|-------------|------|-------|-----|----------|
| | NO RIESGO/ PROTECCIÓN | | BAJO RIESGO | | MODERADO RIESGO | | ALTO RIESGO | | | | |
| | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % | |
| PARTICULAR | 43 | 52.44 | 30 | 36.58 | 8 | 9.75 | 1 | 1.21 | 82 | 100 | 47.56/39 |
| NACIONAL | 85 | 57.43 | 41 | 27.70 | 19 | 12.83 | 3 | 2.02 | 148 | 100 | 42.57/63 |

Fuente : encuesta del investigador -2008

En esta tabla se observa que los centros educativos nacionales presentan no riesgo/protección en un 57.43% comparando con el 52.44 % de los centros educativos particulares

Los centros educativos particulares presentan 47,56% de riesgo y los de los centros educativos nacionales el 42.57%

TABLA 17

CUADRO RESUMEN DE LAS CORRELACIONES ENTRE LOS NIVELES DE RIESGO

| RIESGO/CONSUMO DE DROGAS | Rho de Spearman (coeficiente de correlación) | CORRELACIÓN |
|--------------------------------------|---|--------------------|
| TRANSTORNOS DE CONDUCTA | 0.77 | Buena |
| RIESGOS PARA LA SALUD | 0.42 | Moderada |
| DESORDENES PSIQUIATRICOS | 0.71 | Buena |
| AUTOAFIRMACIÓN SOCIAL | 0.78 | Buena |
| DISFUNCIONABILIDAD FAMILIAR | 0.81 | Muy buena |
| RENDIMIENTO ESCOLAR | 0.69 | Buena |
| DESORDENES LABORALES | | |
| PRESIÓN DE GRUPO DE AMIGOS | 0.70 | Buena |
| USO DEL TIEMPO LIBRE | 0.78 | Buena |
| SEVERIDAD EN EL USO DE DROGAS | 0.73 | Buena |

Fuente : encuesta del investigador -2008

Se observa que la correlación entre los factores de riesgo y el consumo de drogas ; existe una correlación muy buena entre la disfuncionabilidad familiar y el consumo de drogas (0.81) y la correlación entre las otras áreas del DUSI y el consumo de drogas es buena , excepto para riesgos de salud con consumo de drogas que es moderada (0.42)

VI – DISCUSIÓN

6.1- DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Teniendo en cuenta que el objetivo general de la investigación es “ Relacionar el consumo de drogas con los factores de riesgo y protección en estudiantes preuniversitarios de las Academias 2008 de la ciudad de Tacna” se ha encontrado que:

Tabla N° 1 : distribución de los estudiantes preuniversitarios de acuerdo a la edad ; observamos que el 64.7 % de personas de nuestro estudio se hallan comprendidos entre 18 y 19 años de edad.

A mayor edad mayor riesgo, dato que es afirmado en la correlación entre edad, consumo y el riesgo; según **Gómez Reino et.al** 1995 (39) “ Un periodo típicamente de riesgo en la que el consumo de drogas tiene su origen en edades relativamente tempranas la adolescencia a sido caracterizada como un periodo de transición en el que se producen cambios corporales, emocional-afectivos, cognitivos, de valores y relaciones sociales, se acompañan muchas veces de transgresión de normas en un afán de identidad acepta la presión del grupo, “Hay un sentimiento de invulnerabilidad” frente a los problemas, búsqueda de sensaciones nuevas, que serían causales de problemas de conducta, tales como el consumo de drogas. **Jessor Jessor et.al** 1977 (21) Afirman además que dentro de la “Estructura motivacional” el sujeto estará en un riesgo de una conducta de consumo si el rendimiento académico es poco valorado o si tiene bajas expectativas de éxito en el mundo académico.

Tabla N° 2 : distribución de los estudiantes preuniversitarios de acuerdo al genero ; el genero que predomina en la asistencia a los centros

preuniversitarios es el femenino con el 56.95 % de las personas de nuestro estudio.

Tabla N° 3 : distribución de los estudiantes preuniversitarios de acuerdo al colegio de origen ; el 64.3 % de estudiantes que asisten a los centros de preparación universitaria son procedentes de los colegios nacionales.

Tabla N° 4 : prevalencia de vida en general del consumo de drogas de los estudiantes preuniversitarios ; aquí podemos observar que en la prevalencia de vida en general del consumo de drogas de los estudiantes preuniversitarios-2008-Tacna ; las sustancias mas consumidas por nuestros estudiantes son el alcohol (46.08 %) seguido del tabaco (28.26 %), pastillas (5.21 %)y en cuarto lugar marihuana (3.04 %). En nuestro grupo de estudiantes se encontró un 89.14% que consumen alguna sustancia **El Mg. Vallejos** (106) encuentra para esta misma prevalencia los siguientes valores ; alcohol (48.41 %), tabaco (25.22 %), luego pastillas (3.78 %) y marihuana (3.16 %) . **El Ministerio de Salud de Panamá en el estudio PACARDO-Panamá-1999**-encontró que la prevalencia de vida en el consumo de drogas fue ; alcohol (56.3%), tabaco (20.5%), en tercer lugar marihuana (6.0 %). En un estudio realizado por **DEVIDA** – 2006 (109) reporta para el alcohol (53.4 %) , tabaco (52.7 %) , marihuana (6.2 %) e inhalantes (4.7 %).

Además observamos que en este grupo de estudio el 89.14 % ha consumido drogas. **Vallejos** (106) reporta que un 86 % de alumnos habrían consumido alguna sustancia en su vida y 14 % se les podría considerar como no consumidores

Estos resultados coinciden con todos los estudios que se han realizado en estas muestras (1), tal vez sea un fenómeno mundial, relacionado con la accesibilidad. El mayor consumo de alcohol y tabaco tendría que ver con hipótesis socioculturales, ético , jurídicos, familiares e individuales **Simon** 1988 (19), **Petratis y Flay** -1995- (27), **Luengo** (34) sostiene que la permisividad y la aceptación social del consumo están en relación con un mayor consumo de

sustancias con los adolescentes, en nuestro país las normas del control estatal y municipal del consumo de alcohol son muy relajadas

La tercera sustancia consumida son las pastillas o medicamentos el supuesto es que en el consumo de estas sustancias habrían diversas variables implicadas; de un lado la disponibilidad, accesibilidad y precio adecuado de las sustancias (Salvador 1998, citado por **Vallejos** (106)) ; de otro lado la poca o nula información e su daño en el mediano plazo y una baja percepción del riesgo del daño

La cuarta sustancia de consumo es la marihuana; sin embargo, es la primera ilegal y la puerta de entrada a otras sustancias ilegales de mayor impacto individual, familiar y social, como el clorhidrato de cocaína y la PBC

Bachman (71) Afirma que son diversos los factores que se asocian con la percepción del riesgo por parte de las personas de una población sobre una droga específica, en el caso de la marihuana , al no producir severos problemas de dependencia , haber una gran disponibilidad de la misma, bajo precio, ser considerada como una droga menos peligrosa que otra, no existir un número de adictos problemáticos, existir grupos que defienden su consumo y legalización , han favorecido el que en los últimos años se haya reducido la idea de que la marihuana acarrea graves problemas de salud.

Tabla N° 5: prevalencia de vida en general y edad ; se observa que en la prevalencia de vida para el consumo de las drogas más empleadas ; en el caso del alcohol se va incrementando con la edad (35 % a los 16 años y 66.6 % a los veinte años) , cosa inversa sucede con el tabaco (40 % a los dieciseis años y 19 % a los veinte años de edad). **PACARDO** , Panamá-1999 (108) reporta datos que siguen la misma dirección de nuestro trabajo para el caso del alcohol (27.7 % a los catorce años y 53.3 % a los 18 años de edad) y del tabaco (del 24.1 % para los 17 años , al 17.1 % - para los 18 años de edad).

Tabla N° 6: prevalencia de vida en general y genero ; observamos que en casi todas las sustancias , los varones presentan una mayor frecuencia de

consumo , salvo en el consumo de tabaco, pastillas y anfetaminas , a favor de la mujeres.

Se observa una relación entre el sexo, los factores de riesgo y protección, en el consumo de alcohol y otras drogas. El fundamento psicocultural de mayor consumo de los varones estaría relacionada con el machismo los varones necesitarían afirmar su identidad masculina consumiendo sustancias relacionadas con las conductas prohibidas, pero que la transgresión de la norma otorgaría “nivel”, “jerarquía” según Rojas y Castro de la Mata 1999 citado por **Vallejos** (106) .En los contextos latinos como el peruano , principalmente para el varón en donde “ el ser macho” implica el involucrarse en conductas riesgosas deseables por un grupo y el rechazo de otros comportamientos implica el no ser considerado de esta forma, con la consiguiente pérdida de respeto del grupo por su comportamiento poco varonil. El consumo de sustancias en la mujer es asociado con baja autoestima, ansiedad, culpa, miedo, vergüenza y violencia sociocultural; el cual comprende al tratar de alcanzar la igualdad frente al género masculino consumiendo diversas sustancias, o casos mas extremos en el cual encaja el feminismo

Se aprecia que las sustancias más consumidas por ambos sexos son : el alcohol (hombres : 64.51 %, mujeres 41.07 %) y el tabaco (hombres 18.27 %, mujeres 42.85 %). **PACARDO** (108) reporta los siguientes resultados ; para el alcohol (hombres : 61.0 %, mujeres 51.9 %) tabaco (hombres 25.2 % , mujeres 16.0 %)

Tabla N° 7 : prevalencia de vida en general y colegio de origen ; se aprecia que las personas procedentes de los colegios particulares presentan una mayor frecuencia de consumo de drogas, excepto el alcohol que es más utilizado por las personas procedentes de los colegios nacionales

En relación a la prevalencia de vida con el centro educativo de origen encontramos ; en relación al alcohol (colegios privados 42.25 % , colegios nacionales 56.71 %) , tabaco (colegios privados 35.21 % , colegios nacionales

29.85 %) . **PACARDO** (108) halla en relación al alcohol (colegios particulares 67.6 %, colegios nacionales 41.5 %) tabaco (colegios privados 38.4 %, colegios nacionales 14.6 %).

Tabla N° 8 : en relación a la prevalencia anual y el consumo de drogas ; se observa que para el alcohol es el 51.06 %, tabaco 43.26 % y marihuana 2.83 %. **Vallejos** (106) reporta los siguientes datos , para el alcohol 33.8 %, tabaco 17.19 % y marihuana 2.58 %. **PACARDO** (108) refiere para el alcohol 47.1 %, tabaco 19.8 % y marihuana 5 %

Se observa que la menor prevalencia anual la tiene el Estudio de **Vallejos**; se debe tomar en cuenta que su estudio fue en estudiantes de educación secundaria y por tratarse de edades estudiantiles más tempranas que nuestro estudio es comprensible que tengan una menor frecuencia de consumo en las diferentes sustancias

Tabla N° 9 : prevalencia mensual en el consumo de drogas; encontramos para el alcohol 50.63 % , para el tabaco 40.50 %, marihuana 3.79 %. **Vallejos** (106) reporta para el alcohol 20.06 % , tabaco 9.12 %, marihuana 1.12 %. **PACARDO (108)** refiere para el alcohol 27 %, tabaco 11.2 %, marihuana 2.7 %

Se observa que la menor prevalencia mensual la tiene el Estudio de **Vallejos**; se debe tomar en cuenta que su estudio fue en estudiantes de educación secundaria y por tratarse de edades estudiantiles más tempranas que nuestro estudio es comprensible que tengan una menor frecuencia de consumo en las diferentes sustancias

Tabla N° 10 : referente a la prevalencia semanal en el consumo de drogas; encontramos para el alcohol 50 %, tabaco 38.88 %, marihuana 5.55 %. **Vallejos** (106) reporta para el alcohol 11.74 %, tabaco 7.37 % .

Se observa que la menor prevalencia semanal la tiene el Estudio de **Vallejos**; se debe tomar en cuenta que su estudio fue en estudiantes de educación secundaria y por tratarse de edades estudiantiles más tempranas

que nuestro estudio es comprensible que tengan una menor frecuencia de consumo en las diferentes sustancias

Tabla N° 11 : policonsumo en general en el consumo de drogas ; hallamos que para 1 droga el 34.14 % , para 2 drogas 60.97 % y para 3 drogas 2.43 %. **Vallejos** (106), refiere para 2 drogas el 95.9 %, para 3 drogas 2.5 % y para 4 drogas el 1.1 %.

Existe relación significativa entre el riesgo y protección, la edad y el consumo de diferentes sustancias (policonsumo) a mayor consumo de sustancias habría un mayor riesgo y a menor consumo de sustancias menos riesgo; esto supone la confluencia de diferentes condicionantes, tales como los déficits o excesos de socialización, una socialización distorsionada del comportamiento masculino (106)

Kandel (62) en su Teoría de la Progresión del consumo señala que los adolescentes se iniciarían con el consumo de alcohol y tabaco para después continuar con las sustancias de mayor adicción

Tabla N° 12 : promedio de edad en el inicio del consumo de drogas ; encontramos ; que a los 11.2 años se inician con el consumo de alucinógenos, inhalantes a los 11.3 años, anfetaminas a los 13.5 años de edad y cocaína a los 13.6 años de edad. **Vallejos** (106) alucinógenos a los 12 años de edad, inhalantes a los 12.5 años de edad, anfetaminas a los 14.1 años de edad, , PBC 14.1 años de edad y marihuana a los 14.4 años de edad. **PACARDO** (108) anfetaminas a los 12.8 años de edad, inhalantes a los 13 años de edad , marihuana 14.9 años de edad, cocaína a los 15.1 años de edad.

Según **Kandel** (62) cuanto más tarde se inicie el consumo de drogas es más probable que no se produzca el avance hacia etapas posteriores. **Petratis y Flay** (27), **Kandel** (62) indican que el inicio en el consumo de sustancias en edades tempranas se halla vinculado con una serie de

dificultades : problemas sociales, familiares, escolares, accesibilidad, disponibilidad, menor percepción del riesgo de las drogas, problemas emocionales, actitudinales y comportamentales

Tabla N° 13: niveles de riesgo y protección de acuerdo al DUSI: tomando en cuenta las frecuencias de los datos sumados de bajo riesgo, moderado riesgo y alto riesgo, apreciamos que en las áreas de : familia estarían en el 67.39 % en diferentes niveles de riesgo, sería el área de mayor riesgo , en segundo lugar el del tiempo libre con 65.21 %, tercer lugar la de competencia social con 60.86 % y en cuarto lugar los trastornos de conducta con 60.34 %. En el estudio realizado por **Vallejos** (106) encontramos que haciendo la suma de bajo, moderado y alto riesgo los siguientes resultados ; familia 64.8 %, tiempo libre 63.1 %, competencia social 59.8 %

Según **Jessor y Jessor** 1977(21) en su teoría de la conducta problema, el adolescente se involucra en ciertos comportamientos desviados con el fin de lograr ciertas metas en su desarrollo. La conducta problema puede ser una vía para ganar respeto de los padres, para enfrentarse a la ansiedad o a la frustración, a la anticipación de fracaso

Estos hallazgos poseen gran importancia como preocupación para los temas de la prevención. Una percepción blanda del daño de las drogas , implica un mayor riesgo de consumo de las diferentes sustancias. **Bachman** (71), mostro como el grado de riesgo percibido por los jóvenes sobre las distintas drogas influía en su consumo de las mismas ; esto es, a mayor riesgo percibido sobre una droga menor consumo y a menor riesgo percibido mayor consumo de drogas.

El factor de protección sería poseer una adecuada salud física

Tabla N° 14 : riesgo y protección de acuerdo a la edad ; observamos que el riesgo es mayor conforme aumenta la edad (de 27.27 % a los 16-17 años a 65.36 % a los 20 años de edad), estos resultados concuerdan con los indicados por **Vallejos** (106).

Tabla N° 15 : riesgo y protección de acuerdo al genero ; los varones se hallan menos protegidos que la mujeres (45.45 % para hombres y 63.36 % para mujeres) y para riesgo total los hombres se hallan en más riesgo que la mujeres (54.55 % para hombres y 36.64 % para mujeres) . Aquí encontramos diferencia en relación a lo reportados por **Vallejos** (106) , protección para hombres 52.21 % y protección para mujeres 44.33 % y el total de riesgo para hombres es de 47.78 % y para mujeres 55.66 %

Tabla N° 16 : riesgo y protección de acuerdo al centro educativo ; los procedentes de colegios particulares se hallan menos protegidos (52.44%) que los de colegios nacionales (57.43 %), hallándose consecuentemente en mayor riesgo las personas procedentes de colegios particulares (47.56 %) que los de colegios nacionales (42.57 %).

Tabla N° 17 : La familia es el espacio natural de socialización de la persona. El uso de sustancias sería un indicador de diversidad de problemas de la familia y una vía de escape de clima familiar hostil . **Pons Diez** (29). En el modelo de **Kandel** (62), el elemento familia, es una fuente de influencia para el consumo de drogas. La probabilidad de consumo aumentaría en cuanto más permisivo sea el medio social del adolescente. En la Teoría de la conducta problema de **Jessor y Jessor** (21) y en la teoría de la influencia trídica de **Petratis y Flay** (27), la familia ocupa un lugar privilegiado como explicación de las protecciones y riesgos frente al consumo de las drogas

VII.- CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- 1- El tipo de droga más consumida en la prevalencia de vida es el **alcohol** (46.08 %), en la prevalencia anual (51.06 %) , en la prevalencia mensual (50.63 %), en la prevalencia semanal (50%) . La que ocupa el segundo lugar es el **tabaco** con prevalencia de vida de (28.26 %), en la prevalencia anual (43.26 %), en la prevalencia mensual (40.50%) y en la prevalencia semanal (38.88%). Ocupando el tercer lugar las drogas ilícitas para la prevalencia de vida las pastillas (5.21%), en la prevalencia anual la marihuana (2.83%), en la prevalencia mensual la marihuana (3.79%) y en la prevalencia semanal la marihuana (5.55%).
- 2- El promedio de edad de inicio en el consumo de drogas más temprano fue para los alucinógenos con 11.2 años de edad y el más tardío fue para la cocaína 13.6 años de edad.
- 3- El 95.12 % del grupo estudiado consumen entre 1 y 2 drogas.
- 4- Los factores de protección en nuestro grupo de estudio son la salud física (81.30 %), escolaridad (51.73%).
- 5- Los factores de riesgo en nuestro grupo de estudio son la familia (67.39 %), tiempo libre (60.97 %), competencia social (60.86 %), conducta (60.34 %)
- 6- Existe una correlación muy buena entre la disfuncionabilidad familiar y el consumo de drogas (0.81, rho de Spearman)

VIII- RECOMENDACIONES

8.1- RECOMENDACIONES

- 1- Realizar análisis en profundidad y extensión del consumo de drogas, los factores de riesgo y niveles de riesgo y protección, analizar la intensidad del consumo de distintas sustancias, estudios epidemiológicos casos control

- 2- Para el diagnóstico integral del problema del consumo de las drogas en los adolescentes peruanos, comprender una mas amplia cantidad y diversidad de variables sociodemográficas e individuales: por ejemplo lugar de procedencia, religión, etc, indagar sobre el por qué del aumento de consumo de ciertas sustancias del género femenino, coordinar con servicios de psicología, y programas de ayuda a la mujer, analizar porque la devaluación de la autoestima del género femenino

- 3- Privilegiar el trabajo con la familia como elemento primario de socialización; realizar en los centros educativos reuniones sobre la comunicación que debe existir entre padres e hijos , indagar sobre el uso del tiempo libre en adolescentes, enseñar con métodos didácticos: charlas, guías para generar un buen uso de este y volver el tiempo libre en un factor protector

- 4- En la prevención relacionada con el individuo tener en cuenta la particularidad de la adolescencia, a la que hay que aplicar un modelo multifocal: fortalecimiento de la práctica de los valores, brindar información científica con metodología apropiada.

BIBLIOGRAFIA

- 1- DEVIDA. (2005). Estudio Nacional : Prevención y Consumo de Drogas en estudiantes de secundaria 2005- Resultado según dominios Regionales. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas.
- 2- Anicama. J, (1999) . Factores de riesgo y factores protectores para el abuso de drogas en adolescentes de Lima metropolitana . Lima: Universidad Nacional Federico Villareal.
- 3- Lettieri, d., Sayers, M., y Pearson (1985) . Theories on drug abuse. Rockville: National Institute of Drug Abuse
- 4- Bry, B. H (1996). Psychological approaches to prevention. En Bickel , W.K y de Grandpre R. J, Drug policy and human nature. Psychological perspectives on the prevention, management, and treatment of illicit drug abuse . Nueva York
- 5- Clayton, R.R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.). Vulnerability to drug abuse (pp. 15-51). Washington, DC, American Psychological Association.
- 6- Flay, B.R. y Petraitis, J. (1995). Aspectos metodológicos en la investigación de medidas preventivas del consumo de drogas: fundamentos teóricos. En C.G. Leukefeld y W.J. Bukoski (Eds.). Estudios sobre intervenciones en la prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos. (pp. 83-108). Madrid, Centro de Estudios de Promoción de la Salud
- 7- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall.
- 8- Fishbein, M., Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention and behavior. An introduction to theory and research. Reading, M.A., Addison-Wesley..
- 9- Ajzen, I. (1985). From decisions to actions: A theory of planned behavior. En J. Kuhl y J. Beckmann (Eds.). Action-control: From cognition to behavior (pp.11-39). Nueva York: Springer.

- 10- Ajzen, I. (1988). Attitudes, personality and behavior. Chicago, I.L. Dorsey Press.
- 11- Akers, R.L., Krohn, M.D., Lanza-Kaduce, L. y Radosevich, M. (1979). Social learning and deviant behavior: A specific test of a general theory. *American Sociological Review*, 44, 636-655.
- 12- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall
- 13- Elliot, D.S., Huizinga, D., Ageton, S.S. (1985). Explaining delinquency and drug use. Beverly Hills, California: Sage
- 14- Elliot, D.S., Huizinga, D., Menard, S. (1989). Multiple problem youth: Delinquency, substance use, and mental health problems. Nueva York, Springer-Verlag.
- 15- Hawkins, J.D. y Weis, J.G. (1985). The social development model: An integrated approach to delinquency prevention. *Journal of Primary Prevention*, 6, 73-97. -136 -Factores de Riesgo y Protección frente al Consumo de Drogas en la CAPV
- 16- Kumpfer, K.L. y Turner, C.W. (1990-1991). The social ecology model of adolescent substance abuse: Implications for prevention. *International Journal of Addictions*, 25, 435-463.
- 17- Kaplan, H.B., Martin, S.S. y Robins, C. (1982). Application of a general theory of deviant behavior: Self-derogation and adolescent drug use. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 274-294.
- 18- Kaplan, H.B., Martin, S.S. y Robins, C. (1984). Pathways to adolescent drug use: Self-derogation, peer influence, weakening of social controls, and early substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 270-289.
- 19- Simons, R.L., Conger, R.D., Withbeck, L.B. (1988). A multistage social learning model of the influences of family and peers upon adolescent substance abuse. *Journal of Drug Issues*, 18, 293-315
- 20- Brook, J.S., Brook, D.W., Whiteman, M., Cohen, P. (1990). The psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 116, 111-267

- 21-Jessor, R. Jessor, S.L. (1977). Problem behavior and psychosocial development: A Longitudinal Study of youth. New York, Academic Press
- 22-Oetting, E.R., Beauvais, F. (1986a). Clarification of peer cluster theory: A response to Peele, Cohen and Shaffer. *Journal of Counseling and Development*, 65, 29-30
- 23-Oetting , E.R., (1986b) Peer cluster theory : Drugs and the adolescent. *Journal of counseling and Development*, 65, 17-22
- 24-Oetting, E. R., (1987) Peer cluster theory : Socialización characteristics and adolescent dru use : A path analysis- *Journal of Couseling Psychology*, 34. 205-213
- 25-Sher, K.J. (1991). Children of alcoholics. Chicago, IL, University of Chicago Press
- 26-Huba, G.J. y Bentler, P.M. (1982). A developmental theory of drug use: Derivations and assessment of a causal modeling approach. En P.B. Baltes y O.G. Brim (Eds.). *Life span development and behavior* (Vol.4, pp. 147203). Nueva York, Academic Press
- 27-Petraitis, J., Flay, B.R., Miller, T.Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67-86.
- 28-Kaplan, H.B. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues*, 29, 345-377
- 29-Pons Diez, J., Berjano Peirats, E. (1999). El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia. Un modelo explicativo desde la psicología social. Madrid, Plan Nacional sobre Drogas
- 30-Flay, B.R. y Petraitis, J. (1994). The theory of triadic influence: A new theory of health behavior with implications for preventive interventions. *Advances in Medical Sociology*, 4, 19-44.
- 31-Calafat, A., Amengual, M. (1999). *Actuar es posible*. Madrid, Ministerio de Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
- 32-Hansen, W.B. (1994). Formulación y ensayo de hipótesis en la investigación sobre prevención del consumo de drogas. En *Métodos científicos para la*

- investigación de intervenciones preventivas. 1ª edición NIDA, Rockville, 1ª edición castellana: F.A.D., Madrid, 1997.
- 33-Marañón, M. (2001). Euskadi y Drogas 2000. Vitoria-Gasteiz, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
- 34-Luengo, M.A., Romero Tamames, E., Gómez Fraguera, J.A., García López, A., Lence Pereiro, M. (1999). La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela. Análisis y evaluación de un programa. Santiago, Universidad de Santiago de Compostela
- 35-Stamler, J. (1978). Lifestyles, major risk factors, proof, and public policy. *Circulation*, 58: 3-19.
- 36-Kumpfer, K. (1987). Special populations: Etiology and prevention of vulnerability to chemical dependency in children of substance abusers. In Brown, B., and Mills, A., eds. *Youth at High Risk for Substance Abuse*. DHHS Pub, N° (ADM) 87-1537, Washington, DC: Supt, Of Docs, U.S. Govt, Print, Off.
- 37-Catalano, R.F., Kosterman, R.J., Hawkins, D., Newcomb, M.D., Abbott, R.D., (1996). Modeling the etiology of adolescent substance use: A test of the social development model. *Journal of Drug Issues*, 26 (2), 429-455.
- 38-Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605
- 39-Gómez Reino, I., Ferreiro, M.D., Domínguez, M.D., Rodríguez, A. (1995). Consumo de alcohol en adolescentes: Relación con los niveles de adaptación social y familiar. *Psiquis*, 16 (4) 129.
- 40-Barca Lozano, A., Otero López, J.M., Mirón Redondo, L., Santórum, P. (1986). Determinantes familiares, escolares y grupales del consumo de drogas en la adolescencia. Implicaciones para el tratamiento. *Estudios de Psicología*, 25, 103-109.
- 41-García Pindado, G. (1992). Determinantes familiares del consumo adolescente de droga. Factores ambientales y genéticos. *Psiquis*, 13 (10), 413-422.
- 42-Vallés Lorente, A. (1996). Padres, hijos y drogas . Una estrategia de intervención psicológica para la prevención de las drogodependencias. Valencia, Generalitat Valenciana, Conselleria de Benestar Social.

- 43-Romero, E. (1996). La prevención de la conducta antisocial: Un análisis de las variables de personalidad. Tesis Doctoral, Universidad de Santiago de Compostela.
- 44-Ferrer Pérez, X., Ayneto Rodriguez, X. (1991). Nuevos métodos en la formación de padres y madres para la prevención del abuso de drogas . Santa Cruz de Tenerife , XIX Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol.
- 45-Hopenhayn, M. (1997). Factores de context en el consume de drogas . En M Hopenhayn (Ed), La grieta de las drogas. Santiago de Chile: Naciones Unidas y Comisión Económica para la América Latina y el Caribe
- 46-Elzo, J., Comas, D., Laespada, M.T., Salazar, L., Vielva, I. (2000). Las culturas de las drogas en los jóvenes: Ritos y fiestas. Vitoria-Gasteiz, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- 47-Calafat, A., Amengual, M. Farrés, C. Mejías, G. Borrás, M. (1991). Decideix! Programa d'educació sobre drogues. Mallorca: Consell Insular.
- 48-Smith, M.J., Scott, R.D. (1993). Reasons for drinking alcohol: Their relationship to psychological variables and alcohol consumption. The international Journal of the adiccions,28 (9), 881-908.
- 49-Conger, J.J. (1956). Alcoholism: Theory, Problem and challenge. II Reinforcement theory and dinamic of alcoholism. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 13, 296-305
- 50-Jessor, R., Carman, R.S., Grossman, P.H. (1969). Expectations of need satisfaction and drinking patterns of college students. J Stud Alcohol, 29, 101-116.
- 51-McCown, W., DeSimone, P.A. (1993). Impulses, impulsivity, and impulsive behaviors: A historical review of contemporary issue. En McCown, W., Johnson, J.L., Shure, M.B. (Eds.) The impulsive client. Theory, research, and treatment. Washington: American Psychological Association.
- 52-Boys, A., Marsden, J., Fountain, J. Griffiths, P., Stillwell, G., Strang, J. (1999). What influences young people´s use of drugs? A qualitative study of decision-making. Drugs: education, prevention and policy, 6, Nº 3
- 53-Zuckerman, M., Eysenck, S.B., Eysenck, H.J. (1978). Sensation seeking in England and America: cross cultural, age and sex comparisons. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1, 139-149.

- 54-Wood, P., Cochran, J.K., Pfefferbaum, B., Arneklev, B.J. (1995). Sensation seeking and delinquent substance use: an extension of learning theory. *The Journal of Drug Issues*, 25 (1), 173-193.
- 55-Beck, K.H., Thombs, D.L., Coleen, A.M., Finger, K.M. (1995). Social context and sensation seeking. Gender differences in college student drinking motivations. *The international Journal of the adiccions*, 30 (9), 1101-1115.
- 56-Elzo, J., Vielva, I. (1998). Las drogas de síntesis en Bizkaia: Un estudio exploratorio de las pautas de consumo. Vitoria Gasteiz, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
- 57-Vielva, I. (2000). Drogas ilegales. En Elzo, J., Vielva, I. (1998). Las drogas de síntesis en Bizkaia: Un estudio exploratorio de las pautas de consumo . Vitoria Gasteiz, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- 58-Bandura, A. (1984). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid, Espasa-Calpe
- 59-Oñate, P. (1987). Prevención educacional de las toxicomanías: Criterios básicos. *Comunidad y Drogas*, 3, 83-89.
- 60-Marcos, A.C., Bahr, S.J. (1995). Drug progression model. A social control test. *International Journal of Addictions*, 30, 1383-1405.
- 61-Swaim, R.C. (1991). Childhood risk factors and adolescent drug and alcohol abuse *Educational Psychology Review*, 3, 363-398
- 62-Kandel, D.B. (1996). The parental and peer context of adolescent deviance: An algebra of interpersonal influences. *Journal of Drug Issues* 26 (2) 289-315.
- 63-Shedler, J., Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health. A longitudinal inquiry. *American Psychologist*, 45, 612-630.
- 64-Elzo, J., Elorza, M.A., Laespada, M.T. (1994). Alcoholismo juvenil. Reflexiones y sugerencias de actuación ante una realidad contrastada. Bilbao, Universidad de Deusto, Instituto Deusto de drogodependencias.
- 65-Laespada, T. (2000). Alcohol y Tabaco. En Elzo, J., Comas, D., Laespada, M.T., Salazar, L., Vielva, I. (2000). Las culturas de las drogas en los jóvenes: Ritos y fiestas. Vitoria-Gasteiz ,Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

- 66-Laespada, M.T. ; Salazar, L. (1999). Las actividades no formalizadas de los jóvenes. En Elzo, J.; Andrés Orizo, F.A.; González-Anleo, J.; González Blasco, P.; Laespada, M.T. y Salazar, L. (1999). Jóvenes españoles 99. Madrid, Fundación Santa María.
- 67-Martínez, A. (2001). Familia y consumo de drogas desde el Modelo Circumplejo de evaluación familiar. En Vielva, I.; Pantoja, L.; Abeijón, J.A. (editores) (2001). Las familias y sus adolescentes ante las drogas. El funcionamiento de la familia con hijos de comportamiento no problemático, consumidores y no consumidores de drogas. Avances en drogodependencias, 11. Bilbao, Universidad de Deusto.
- 68-Baumrind, D. (1978). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth and Society*, 9, 239-277.
- 69-Vielva, I.; Pantoja, L.; Abeijón, J.A. (editores) (2001). Las familias y sus adolescentes ante las drogas. El funcionamiento de la familia con hijos de comportamiento no problemático, consumidores y no consumidores de drogas. Avances en drogodependencias, 11. Bilbao, Universidad de Deusto.
- 70-Thornberry, T.P. (1996). Empirical support for interactional theory: A review of the literature. En Hawkins, J.D. (Ed.). *Delinquency and Crime: Current Theories*. New York, Cambridge University Press.
- 71-Bachman, J.G., Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Humphrey, R.H. (1988). Explaining the recent decline in marijuana use: Differentiating the effects of perceived risk, disapproval, and general lifestyle factors. *Journal of Health and Social Sciences*, 29, 92-112.
- 72-Johnston, L.D. (1995). Contribuciones de la epidemiología de las drogas al campo de la prevención del abuso de drogas. En C.G. Leukefeld y W.J. Bukoski (Eds.). *Estudios sobre intervenciones en la prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos*, (pp. 83-108). Madrid, Centro de Estudios de Promoción de la Salud.
- 73-Perez Gómez, A., Mejía Motta, I.E. (1998). Patrones de interacción de familias en las que no hay consumidores de sustancias psicoactivas. *Adicciones* 10 (2), 111-119.
- 74-Hawkins. J.D.;Catalano, R.F.; and Miller, J.L. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early

- adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull* 112(1):64-105
- 75-Pollar, J.A., Catalano, R.F., Hawkins, J.D., Arthur, M.W. (1997). Development of a school based survey measuring risk and protective factors predictive of substance abuse, delinquency, and other problem behaviors in adolescent populations. Manuscrito pendiente de publicación.
- 76-Ruiz Carrasco, P., Lozano Sanmartín, E., Polaino Lorente, A. (1994). Variables personales, familiares y patrones de consumo de alcohol y drogas ilegales en el adolescente. *Anales de Psiquiatría*, 10 (04), 29-36.
- 77-Recio Adrados, J.L. (1999). Familia y escuela: Agencias preventivas de colaboración. *Adicciones*, 11 (3), 201
- 78-Gorman, D. (1996). Etiological theories and the primary prevention of drug use. *Journal of Drug Issues*, 26.
- 79-Mendes, F.J. (1999). Drogadicción y prevención familiar. Una política para Europa. *Adicciones*, 11 (3), 193-200.
- 80-Engels, R., Ronald, A.K., Drop, M.J. (1999). Why do late adolescents drink at home? A study on Psychological well-being, social integration and drinking context. *Adicction Research* 7,(1) 31-46.
- 81-Donaldson, S.L., Graham, J.W. y Hansen, W.B. (1994). Testing the generalizability of intervening mechanism theories: Understanding the effects of adolescent drug use prevention interventions. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 195-216.
- 82-Kellam, S.G. (1994). Verificación de la teoría de la investigación preventiva basada en el enfoque epidemiológico del desarrollo evolutivo. En: *Métodos científicos para la investigación de intervenciones preventivas*. 1ª edición NIDA, Rockville, 1ª edición castellana: F.A.D., Madrid, 1997.
- 83-Charro Baena, B., Martínez Díaz, M.P. (1995). Dinámica personal y familiar de los toxicómanos. Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas, Serie 1, Estudios 57

- 84-Becoña Iglesias, E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- 85-Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil Carmena, E., Palmer, A., Sureda, P. Y Torres, M.A. (2000). Salir de marcha y consumo de drogas. Madrid, Ministerio de Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
- 86-Costa, M., López, E. (1989). Salud comunitaria. Barcelona: Martínez Roca.
- 87-Kandel, D.B. (1978). Longitudinal research on drug use. Empirical findings and methodological issues. New York: Hemisphere-Halsted Press.
- 88-Kessler, M., Goldston, S.E., Joffe, J.M. (1992). The present and the future of prevention. London SAGE Publications, Ltd.
- 89-Bijleveld, C.J.H.; Van der Kamp, L.J.T.H. (1998).- Longitudinal data analysis, Desings, models and methods. Londres, Sage.
- 90-Desjarlais, R. Eisenberg, L. (1997). Salud Mental en el Mundo. Washington . OPS-OMS.
- 91-Noone, R.J., Redding, R.L. (1976). Case studies on the family treatment
- 92-MacKinnon, D.P. (1994). Análisis de las variables mediadoras en la investigación sobre intervenciones preventivas. En Métodos científicos para la investigación de intervenciones preventivas. 1ª edición NIDA, Rockville, 1ª edición castellana: F.A.D., Madrid, 1997.
- 93-Wills, T.A., Shiffman, S. (1985). Coping and substance use: A conceptual framework. En Shiffman, S., Wills, T.A. (Eds.). Coping and substance use. New York, Academic Press
- 94-Vielva, I. (2001). La disciplina y las prácticas educativas. En Vielva, I.; Pantoja, L.; Abeijón, J.A. (editores) (2001). Las familias y sus adolescentes ante las drogas . El funcionamiento de la familia con hijos de comportamiento no problemático, consumidores y no consumidores de drogas. Avances en drogodependencias, 11. Bilbao, Universidad de Deusto.
- 95-CONACE (2004). Curso : Prevención del Uso Indebido de Psicofármacos.Gob de Chile

- 96-Kerlinger, F. (1988) Investigación del Comportamiento. México: McGrawHill. Tercera Edición.
- 97-Hair, J. Anderson, R. (1999) Analisis Multivariante.Madrid: Prentice Hall. Quinta edición.
- 98-Gardner, R. (2003) Estadística para Psicología Usando SPSS para Windows México : Prentice Hall.
- 99-Kaplan,R. Saccuzzo (2006). Pruebas psicológicas. Principios aplicaciones y temas. México : Thomson. Sexta edición.
- 100- Aron, A. Aron, E. (2001) Estadística para Psicología Sao Paulo : Segunda edición
- 101- Aken, P. (1985) An observational study of Young adults drinking groups : Drink purchasing procedures group pressures and alcohol by companions predictors of alcohol consumption. Alcohol and Alcoholism , 20 (4)
- 102- Míguez, H. (1994). Alcohol y Drogas en Escolares. Buenos Aires: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.
- 103- Pardinas, F. (1985). Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales. México, DF: Siglo XXI.
- 104- Díaz, J. Delva, J. y Anthony, J. (1998). Encuesta Nacional DUSI en población adolescente del nivel básico y diversificado de educación, sector público. Convenio Gobierno de Guatemala y Johns Hopkins University
- 105- Hoel, P. (1976) Introducción a la Estadística Matemática. Barcelona . Ariel
- 106- Vallejos, J. (2004). Consumo de Drogas y Factores de Riesgo y Protección en Escolares de Educación Secundaria : DEVIDA
- 107- Alarcón, R. (1991) . Métodos y Diseños de Investigación del Comportamiento. Lima : Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- 108- MINSA-Pánama – PACARDO- (1999) . Estudio sobre en Consumo de Drogas en Estudiantes de II-III-iv-V año de Escuelas Secundarias en Panama. Panamá. Publicaciones del Ministerio de Salud de Panamá
- 109- DEVIDA. (2003). II. Encuesta Nacional Sobre Prevención y Consumo de Drogas 2002. Proyecto RLA/AD/PER/99/D77. Perú. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas.
- 110- Coeficiente de correlación simple por rangos de Spearman <http://members.fortunecity.com/bucker4/estadistica/coeficientecrs.htm>

ANEXO A

DUSI (DRUG USE SCREENING INVENTORY/VERSIÓN URUGUAYA)

LIBRILLO DE PREGUNTAS

(SE CONTESTAN EN EL PROTOCOLO ADJUNTO SI=X o NO=X)

Psicólogo Ariel Gustavo Forselledo, Psicóloga Natalia Agudelo, et al.

Traducido y adaptado del

original del Dr. R. Tarter.

(Contesta considerando siempre lo que te pasó en el último año)

| | SI | NO |
|--|-----------|-----------|
| AREA 1 : TRANSTORNOS DE CONDUCTA | | |
| 1. ¿Discutías con frecuencia? | | |
| 2. ¿Fanfarroneabas con frecuencia? | | |
| 3. ¿Molestabas o le hacías daño a los animales? | | |
| 4. ¿Gritabas mucho? | | |
| 5. ¿Has sido muy testarudo? | | |
| 6. ¿Has desconfiado de los demás? | | |
| 7. ¿Renegabas o utilizabas con frecuencia malas palabras? | | |
| 8. ¿Embromabas o jodías mucho a los demás? | | |
| 9. ¿Tenías mal carácter? | | |
| 10. ¿Has sido muy tímido? | | |
| 11. ¿Amenazabas con lastimar a la gente? | | |
| 12. ¿Hablabas más fuerte que los demás chicos o chicas de tu edad? | | |
| 13. ¿Te enojabas con facilidad? | | |
| 14. ¿Solías hacer cosas sin antes pensar en las | | |

CONSUMO DE DROGAS Y FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD DE TACNA-2008

| | | |
|---|--|--|
| consecuencias? | | |
| 15. ¿Hacías cosas riesgosas o peligrosas frecuentemente? | | |
| 16. ¿Te aprovechabas de los demás? | | |
| 17. ¿Te sentías enojado/a con mucha FRECUENCIA | | |
| 18. ¿Pasabas solo/a la mayor parte de tu tiempo libre? | | |
| 19. ¿Has sido muy solitario/a en este último año? | | |
| 20. ¿Eras muy sensible a las críticas? | | |
| 21. Tus modales, ¿son mejores en un restaurante que en su casa? | | |
| | | |
| AREA II: RIESGOS PARA LA SALUD | | |
| 22. ¿Te han hecho algún examen físico o has estado bajo Algún tipo de atención médica? | | |
| 23. ¿Has tenido algún accidente o herida que todavía Te traiga molestias? | | |
| 24. ¿Dormías demasiado o muy poco en el último año? | | |
| 25. ¿Has perdido o ganado más de 5 kilos de peso? | | |
| 26. ¿Tenías menos energía que la que piensas que deberías haber tenido? | | |
| 27. ¿Tenías problemas respiratorios o tos? | | |
| 28. ¿Tenías algún tipo de preocupación en relación al sexo o algún problema con tus órganos sexuales? | | |
| 29. ¿Has tenido relaciones sexuales con alguien que tomó drogas? | | |
| 30. ¿Has tenido dolores abdominales o náuseas? | | |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| 31. ¿Se te ha puesto amarilla la parte blanca de los ojos?. | | |
| 32. ¿Alguna vez has sentido que tienes ganas de maldecir ? | | |
| AREA III: DESORDENES PSIQUIÁTRICOS | | |
| 33. ¿Has dañado intencionalmente cosas o propiedades de otras personas? | | |
| 34. ¿Has robado? | | |
| 35. ¿Te has metido en más peleas que la mayoría de tus compañeros? | | |
| 36. ¿Has estado inquieto/a en el último año? | | |
| 37. ¿Te has sentido intranquilo/a e incapaz de permanecer sentado/a? | | |
| 38. ¿Te sentías frustrado/a con facilidad? | | |
| 39. ¿Tenías dificultades para concentrarte? | | |
| 40. ¿Te sentías triste con frecuencia? | | |
| 41. ¿Te comías las uñas alguna vez en el último año? | | |
| 42. ¿Tenías dificultades para dormirte? | | |
| 43. ¿Has estado nervioso/a? | | |
| 44. ¿Te asustabas con facilidad? | | |
| 45. ¿Te preocupabas mucho por las cosas que te pasaban a ti o a los demás? | | |
| 46. ¿Tenías dificultades en dejar de pensar en ciertas cosas? | | |
| 47. ¿La gente se ha quedado mirándote con asombro alguna vez en este último año? | | |
| 48. ¿Escuchabas cosas que quienes estaban a tu | | |

| | | |
|--|--|--|
| alrededor no escuchaban? | | |
| 49. ¿Tenías poderes especiales que nadie más tenía? | | |
| 50. ¿Sentías miedo de estar con la gente? | | |
| 51. ¿Sentías con frecuencia ganas de llorar? | | |
| 52. ¿Tenías tanta energía para gastar que no sabías que hacer contigo mismo? | | |
| 53. ¿Alguna vez te ha sentido tentado de robar algo? | | |
| AREA IV: AUTOAFIRMACIÓN SOCIAL | | |
| 54. ¿Le caías mal a los chicos/as de tu edad? | | |
| 55. En general, ¿Te sentías desconforme en como te desempeñabas en las actividades que tenías con tus amigos/as? | | |
| 56. ¿Te resultaba difícil hacer amigos/as en un grupo nuevo? | | |
| 57. ¿La gente se ha aprovechado de ti en el último año? | | |
| 58. ¿Tenías miedo de defender tus derechos? | | |
| 59. ¿Te era muy difícil pedir ayuda a los demás? | | |
| 60. Durante el ultimo año, ¿eras fácilmente influenciado/a por otros muchachos/as? | | |
| 61. ¿Preferías relacionarte con muchachos/as mucho mayores que tu? | | |
| 62. ¿Te preocupabas por como iban a afectar a los demás tus acciones? | | |

| | | |
|---|--|--|
| 63. ¿Tenías dificultades en defender tus opiniones? | | |
| 64. ¿Tenías dificultades en decirle "no" a la gente? | | |
| 65. ¿Te sentías incómodo/a si alguien te hacía un cumplido? | | |
| 66. ¿La gente te veía como una persona poco amigable? | | |
| 67. ¿Evitabas mirar a los ojos a las personas cuando hablabas con ellas? | | |
| 68. ¿A veces tu estado de ánimo es cambiante? | | |
| AREA V: DISFUNCIONABILIDADES FAMILIARES | | |
| 69. ¿Algún miembro de tu familia (madre, padre, hermanos o hermanas) ha utilizado marihuana o cocaína? | | |
| 70. ¿Algún miembro de tu familia ha tomado alcohol al punto de causar problemas en tu casa, en el trabajo o con los amigos? | | |
| 71. ¿Ha sido detenido por la policía algún miembro de tu familia? | | |
| 72. ¿Tenías discusiones frecuentes con tus padres en las que se terminaba a los gritos y llorando? | | |
| 73. En tu familia, ¿muy rara vez se hacían cosas estando todos juntos? | | |
| 74. ¿Tus padres desconocían las cosas que te gustaban y las que no te gustaban? | | |
| 75. Durante el último año, ¿en tu casa faltaron reglas claras sobre lo que se podía o no se podía hacer? | | |

| | | |
|---|--|--|
| 76. ¿Tus padres desconocían lo que realmente pensabas o sentías sobre las cosas para ti eran importantes? | | |
| 77. En el último año, ¿tus padres discutían mucho entre sí? | | |
| 78. ¿Tus padres frecuentemente desconocían donde estabas y que hacías? | | |
| 79. En el último año, ¿tus padres estaban mucho tiempo fuera o lejos de su casa? | | |
| 80. ¿Has sentido que tus padres se despreocupaban o desinteresaban de ti? | | |
| 81. ¿Estabas descontento con tus condiciones de vida? | | |
| 82. ¿Te sentías en peligro en tu casa? | | |
| 83. ¿Alguna vez te enojas? | | |
| AREA VI: RENDIMIENTO ESCOLAR | | |
| 84. ¿Te disgustaba ir al liceo? | | |
| 85. ¿Tenías dificultades para concentrarte en el liceo o mientras estudiabas? | | |
| 86. En el último año, ¿tus notas estaban por debajo del promedio de los demás compañeros? | | |
| 87. ¿Faltabas al liceo mas de dos veces al mes? | | |
| 88. ¿Faltabas mucho al liceo? | | |
| 89. ¿Has pensado seriamente en abandonar tus estudios? | | |

| | | |
|---|--|--|
| 90. ¿Dejabas de hacer los deberes con frecuencia? | | |
| 91. ¿Te sentías con sueño estando en clase? | | |
| 92. ¿Llegabas tarde a clase con frecuencia? | | |
| 93. ¿Este año tienes diferentes amigos/as en el liceo que el año pasado? | | |
| 94. ¿Te sentías irritado, enojado o caliente mientras estabas en el liceo? | | |
| 95. ¿Te aburrías mucho en el liceo? | | |
| 96. Durante el último año, ¿tus notas en el liceo eran peores de lo que solían ser? | | |
| 97. ¿Te sentías en peligro en el liceo? | | |
| 98. ¿Has repetido algún año? | | |
| 99. ¿Sentías que no eras bienvenido en los grupos del liceo o en las actividades que hacían fuera de clase? | | |
| 100. ¿Has faltado o llegado tarde a clase a causa del alcohol o de las drogas? | | |
| 101. ¿Has tenido problemas en el liceo debido al alcohol o a las drogas? | | |
| 102. ¿Ha interferido el alcohol o las drogas con los deberes o con tus actividades en el liceo? | | |
| 103. ¿Te han suspendido en el liceo? | | |
| 104. ¿Alguna vez evitas hacer las cosas que tienes que hacer? | | |
| AREA VII: DESORDENES LABORALES | | |
| 105. ¿Has tenido algún empleo con paga del cual fuiste despedido? | | |

CONSUMO DE DROGAS Y FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD DE TACNA-2008

| | | |
|---|--|--|
| 106. ¿Has dejado algún empleo porque simplemente no te importaba? | | |
| 107. ¿Necesitabas la ayuda de otros para conseguirte un trabajo? | | |
| 108. ¿Has faltado o llegado tarde al trabajo con frecuencia? | | |
| 109. ¿Te resultaba difícil terminar las tareas del trabajo? | | |
| 110. ¿Alguna vez has hecho dinero haciendo algo en contra de la ley? | | |
| 111. ¿Has tomado alcohol o drogas mientras trabajabas en algún empleo? | | |
| 112. ¿Has sido despedido de un empleo por causa de las drogas? | | |
| 113. ¿Tenías dificultades en la relación con tus jefes? | | |
| 114. durante el último año, ¿has trabajado para obtener dinero para comprar drogas? | | |
| 115. ¿Te sientes más contento si ganas un partido que si lo pierdes? | | |
| AREA VIII. PRESIÓN GRUPO DE AMIGOS | | |
| 116- ¿Algunos de tus amigos tomaba regularmente alcohol o drogas? | | |
| 117- ¿Algunos de tus amigos vendía o le daba drogas a otros chicos/as o amigos/as? | | |
| 118. ¿Alguno de tus amigos copiaba en los escritos del liceo? | | |

CONSUMO DE DROGAS Y FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD DE TACNA-2008

| | | |
|---|--|--|
| 119. ¿A tus padres les disgustaban tus amigos/as? | | |
| 120. ¿Alguno de tus amigos/as ha tenido problemas con la ley? | | |
| 121. Durante el último año, ¿la mayoría de tus amigos/as eran mayores que tu? | | |
| 122. ¿Tus amigos/as faltaban mucho al liceo? | | |
| 123. ¿Tus amigos/as se aburrían o querían irse en las reuniones o fiestas donde no había alcohol? | | |
| 124. ¿Tus amigos/as llevaban alcohol o drogas a las reuniones o fiestas? | | |
| 125. ¿Tus amigos/as han robado algo de una tienda o han dañado alguna cosa o propiedad a propósito? | | |
| 126. Durante el último año ¿perteneceías a alguna banda o pandilla? | | |
| 127. ¿Te molestaban los problemas que estabas teniendo con algún amigo/a? | | |
| 128. ¿Te faltaba algún amigo/a en quien confiar? | | |
| 129. En comparación con la mayoría de los muchachos/as, ¿tenías pocos amigos? | | |
| 130. ¿Alguna vez te han propuesto hacer algo que tu no querías hacer? | | |
| AREA IX: USO DE TIEMPO LIBRE | | |
| 131. En comparación con la mayoría de los chicos/as, ¿tu haces menos deportes? | | |

CONSUMO DE DROGAS Y FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD DE TACNA-2008

| | | |
|---|--|--|
| 132. ¿Salías a divertirte sin permiso durante alguna/s noches en la semana? | | |
| 133. En un día entre semana, ¿mirabas más de dos horas de TV? | | |
| 134. ¿Estaban tus padres ausentes en la mayoría de las reuniones o fiestas a las que solías ir? | | |
| 135. ¿Haces menos ejercicio que la mayoría de los muchachos/as que conoces? | | |
| 136. ¿Pasabas tu tiempo libre dando vueltas por ahí o en la calle con tus amigos/as? | | |
| 137. ¿Te aburrías la mayor parte del tiempo? | | |
| 138. En tus horas de diversión o de tiempo libre, ¿hacías muchas cosas solo/a? | | |
| 139. ¿Tomabas alcohol o drogas para divertirte? | | |
| 140. ¿En comparación con la mayoría de los muchachos/as, ¿tenías menos interés por las actividades al aire libre? | | |
| 141. ¿Estabas poco satisfecho en la manera que utilizabas tu tiempo libre? | | |
| 142. ¿Te sentías rápidamente cansado cuando te esforzabas en alguna actividad? | | |
| 143. ¿Alguna vez compraste algo que no necesitabas? | | |
| AREA X: SEVERIDAD EN USO DE DROGAS | | |
| 147. ¿Te has sentido "enganchado" con el alcohol o las drogas? | | |

CONSUMO DE DROGAS Y FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD DE TACNA-2008

| | | |
|--|--|--|
| 148. ¿Has dejado de hacer algunas cosas que hacías o te gustaba hacer porque te has gastado tu dinero en las drogas o en el alcohol? | | |
| 149. ¿Ibas contra las reglas sociales o familiares o tuviste problemas con la ley porque habías tomado mucho alcohol o drogas? | | |
| 150. ¿Cambiabas rápidamente tus estados de ánimo (por ejemplo, de estar muy alegre a estar muy triste) por causa de las drogas? | | |
| 151. ¿Tuviste algún accidente de tránsito luego de tomar alcohol o drogas? | | |
| 152. ¿Has lastimado accidentalmente a alguien o a ti mismo/a luego de tomar alcohol o drogas? | | |
| 153. ¿Has tenido alguna discusión o pelea seria con algún amigo/a o familiar a causa de su consumo de alcohol o drogas? | | |
| 154. ¿Has tenido dificultades en tu relación con cualquiera de tus amigos debido al uso de alcohol o drogas? | | |
| 155. ¿Has tenido "resacas" después de tomar alcohol o drogas (por ej.: dolores de cabeza, náuseas, vómitos, temblores, etc.)?. | | |
| 156. ¿Has tenido alguna dificultad para recordar lo que hiciste hizo bajo los efectos del alcohol o las drogas? | | |
| 157. ¿Te gustaba jugar a tomar mucho o competir con otros para ver quien tenía más resistencia al alcohol cuando ibas a reuniones o fiestas o aun en la calle? | | |

CONSUMO DE DROGAS Y FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN
ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD DE TACNA-2008

| | | |
|---|--|--|
| 158. ¿Tenías dificultades para descansar si consumías alcohol o drogas? | | |
| 159. ¿Has mentido alguna vez? | | |

ATENCION !!!!

Por favor vuelve a leer tus respuestas.

Asegúrate de no dejar ninguna sin contestar.

CONSUMO DE DROGAS Y FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD DE TACNA-2008

ANEXO B

Genero.....EDAD.....

Edad de inicio en consumo de drogas.....

Centro Educativo de origen: Particular_____ NACIONAL_____

| SUSTANCIA | ¿ CONSUMISTE ANTES DE ESTE ÚLTIMO AÑO? | | ¿CONSUMISTE EN ESTE ÚLTIMO AÑO? | | ¿ CONSUMISTE EN ESTE ÚLTIMO MES? | | ¿ CONSUMISTE EN ESTA ÚLTIMA SEMANA? | |
|--|--|----|---------------------------------|----|----------------------------------|----|-------------------------------------|----|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| ALCOHOL | | | | | | | | |
| TABACO | | | | | | | | |
| (*)PASTILLAS | | | | | | | | |
| ANFETAMINAS | | | | | | | | |
| MARIHUANA | | | | | | | | |
| COCAINA | | | | | | | | |
| PBC | | | | | | | | |
| INHALANTES | | | | | | | | |
| ALUCINÓGENOS | | | | | | | | |
| ¿CUANTOS TIPOS DE DROGAS CONSUMES SIMULTANEAMENTE? | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | |
| | 5 | | 6 | | 7 | | | |

(*) El consumo de pastillas se refiere al uso de benzodiazepinas

ANEXO : C

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL EN LAS DIFERENTES ÁREAS DEL DUSI

| FACTO R 1 :CONDUCTA | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|----------------|----------------------------|------------------------|
| NIVELES | MEDIA ARITMÉTICA | MEDIANA | DESVIACIÓN ESTANDAR | PUNTAJE MAX-MIN |
| NO RIESGO/PROTECCIÓN 0 -5 | 5.75 | 5 | 2.14 | 0-----21 |
| BAJO RIESGO 6 -10 | | | | |
| MODERADO RIESGO 11 -15 | | | | |
| ALTO RIESGO 16 -21 | | | | |

| FACTOR 2 : SALUD FÍSICA | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|----------------|----------------------------|------------------------|
| NIVELES | MEDIA ARITMÉTICA | MEDIANA | DESVIACIÓN ESTANDAR | PUNTAJE MAX-MIN |
| NO RIESGO/PROTECCIÓN 0 -3 | 3.40 | 4 | 1.86 | 0-----11 |
| BAJO RIESGO 4 -6 | | | | |
| MODERADO RIESGO 7 -8 | | | | |
| ALTO RIESGO 9 -11 | | | | |

| FACTOR 3 : SALUD MENTAL | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|----------------|----------------------------|------------------------|
| NIVELES | MEDIA ARITMÉTICA | MEDIANA | DESVIACIÓN ESTANDAR | PUNTAJE MAX-MIN |
| NO RIESGO/PROTECCIÓN 0 -4 | 6.55 | 7 | 2.12 | 0-----21 |
| BAJO RIESGO 5 -10 | | | | |
| MODERADO RIESGO 11 -15 | | | | |
| ALTO RIESGO 16 -21 | | | | |

CONSUMO DE DROGAS Y FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD DE TACNA-2008

| FACTOR 4 : SOCIAL | | | | |
|----------------------------------|-------------------------|----------------|----------------------------|------------------------|
| NIVELES | MEDIA ARITMÉTICA | MEDIANA | DESVIACIÓN ESTANDAR | PUNTAJE MAX-MIN |
| NO RIESGO/PROTECCIÓN 0 -3 | 5.55 | 5 | 2.6 | 0-----15 |
| BAJO RIESGO 4 -7 | | | | |
| MODERADO RIESGO 8 -11 | | | | |
| ALTO RIESGO 12 -15 | | | | |

| FACTOR 5 : FAMILIAR | | | | |
|----------------------------------|-------------------------|----------------|----------------------------|------------------------|
| NIVELES | MEDIA ARITMÉTICA | MEDIANA | DESVIACIÓN ESTANDAR | PUNTAJE MAX-MIN |
| NO RIESGO/PROTECCIÓN 0 -4 | 6.98 | 6 | 1.90 | 0-----15 |
| BAJO RIESGO 5 -8 | | | | |
| MODERADO RIESGO 9 -11 | | | | |
| ALTO RIESGO 12 -15 | | | | |

| FACTOR 6 : ESCOLAR | | | | |
|----------------------------------|-------------------------|----------------|----------------------------|------------------------|
| NIVELES | MEDIA ARITMÉTICA | MEDIANA | DESVIACIÓN ESTANDAR | PUNTAJE MAX-MIN |
| NO RIESGO/PROTECCIÓN 0 -4 | 4.55 | 4 | 2.02 | 0-----21 |
| BAJO RIESGO 5 -8 | | | | |
| MODERADO RIESGO 9 -15 | | | | |
| ALTO RIESGO 16 -21 | | | | |

| FACTOR 7 : LABORAL | | | | |
|----------------------------------|-------------------------|----------------|----------------------------|------------------------|
| NIVELES | MEDIA ARITMÉTICA | MEDIANA | DESVIACIÓN ESTANDAR | PUNTAJE MAX-MIN |
| NO RIESGO/PROTECCIÓN 0 -2 | 2.56 | 2 | 1.88 | 0-----11 |
| BAJO RIESGO 3 -5 | | | | |
| MODERADO RIESGO 6 -8 | | | | |
| ALTO RIESGO 9 -11 | | | | |

CONSUMO DE DROGAS Y FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD DE TACNA-2008

| FACTOR 8 : AMIGOS | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|----------------|----------------------------|------------------------|
| NIVELES | MEDIA ARITMÉTICA | MEDIANA | DESVIACIÓN ESTANDAR | PUNTAJE MAX-MIN |
| NO RIESGO/PROTECCIÓN 0 -4 | 3.45 | 3 | 2.55 | 0-----15 |
| BAJO RIESGO 5 - 7 | | | | |
| MODERADO RIESGO 8 -12 | | | | |
| ALTO RIESGO 13 -15 | | | | |

| FACTOR 9 : TIEMPO LIBRE | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|----------------|----------------------------|------------------------|
| NIVELES | MEDIA ARITMÉTICA | MEDIANA | DESVIACIÓN ESTANDAR | PUNTAJE MAX-MIN |
| NO RIESGO/PROTECCIÓN 0 -2 | 4.51 | 4 | 3.09 | 0-----13 |
| BAJO RIESGO 3 -4 | | | | |
| MODERADO RIESGO 5 -8 | | | | |
| ALTO RIESGO 9 -13 | | | | |

| FACTOR 10 : DROGAS | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------|----------------|----------------------------|------------------------|
| NIVELES | MEDIA ARITMÉTICA | MEDIANA | DESVIACIÓN ESTANDAR | PUNTAJE MAX-MIN |
| NO RIESGO/PROTECCIÓN 0 - 1 | 3.74 | 4 | 1.99 | 0-----16 |
| BAJO RIESGO 2 - 5 | | | | |
| MODERADO RIESGO 6 - 10 | | | | |
| ALTO RIESGO 11 -16 | | | | |

De acuerdo a Siegel (1991) cuando la distribución de la variable no tiende a lo normal, se recurre a estadísticos no paramétricos ; tales como (Kolmogorov-Smirnov) ajustados a $Z:2:30$, esta es la razón por la cual se utilizó la mediana y no la media aritmética, pues no tiende a lo normal

ANEXO D

**ANÁLISIS DE LA ENCUESTA A ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS
OBTENIDOS A TRAVÉS DEL DUSI**

| ANÁLISIS DE LA ENCUESTA A PREUNIVERSITARIOS OBTENIDOS A TRAVÉS DEL DUSI | SI | | NO | |
|---|-----|-------|-----|-------|
| | FR | % | FR | % |
| AREA 1 : TRANSTORNOS DE CONDUCTA | | | | |
| 1. ¿Discutías con frecuencia? | 101 | 43.91 | 129 | 56.08 |
| 2. ¿Fanfarroneabas con frecuencia? | 89 | 38.69 | 141 | 61.30 |
| 3. ¿Molestabas o le hacías daño a los animales? | 32 | 13.91 | 198 | 86.0 |
| 4. ¿Gritabas mucho? | 99 | 43.04 | 131 | 56.95 |
| 5. ¿Has sido muy testarudo? | 97 | 42.17 | 133 | 57.82 |
| 6. ¿Has desconfiado de los demás? | 89 | 38.69 | 141 | 61.30 |
| 7. ¿Renegabas o utilizabas con frecuencia malas palabras? | 95 | 41.30 | 135 | 58.69 |
| 8. ¿Embromabas o molestabas mucho a los demás? | 93 | 40.43 | 137 | 59.56 |
| 9. ¿Tenías mal carácter? | 85 | 36.95 | 145 | 63.04 |
| 10. ¿Has sido muy tímido? | 75 | 32.60 | 155 | 67.39 |
| 11. ¿Amenazabas con lastimar a la gente? | 87 | 37.82 | 143 | 62.17 |
| 12. ¿Hablabas más fuerte que los demás chicos o chicas de tu edad? | 95 | 41.30 | 135 | 58.69 |
| 13. ¿Te enojabas con facilidad? | 98 | 42.60 | 132 | 57.39 |
| 14. ¿Solías hacer cosas sin antes pensar en las consecuencias? | 115 | 50.00 | 115 | 50.00 |
| 15. ¿Hacías cosas riesgosas o peligrosas frecuentemente? | 89 | 38.69 | 141 | 61.30 |

CONSUMO DE DROGAS Y FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD DE TACNA-2008

| | | | | |
|---|----|-------|-----|-------|
| 16. ¿Te aprovechabas de los demás? | 63 | 27.39 | 167 | 72.60 |
| 17. ¿Te sentías enojado/a con mucha frecuencia | 70 | 30.43 | 160 | 69.56 |
| 18. ¿Pasabas solo/a la mayor parte de tu tiempo libre? | 65 | 28.26 | 165 | 71.73 |
| 19. ¿Has sido muy solitario/a en este último año? | 67 | 29.13 | 163 | 70.86 |
| 20. ¿Eras muy sensible a las críticas? | 59 | 25.65 | 171 | 74.34 |
| 21. Tus modales, ¿son mejores en un restaurante que en su casa? | 70 | 30.43 | 160 | 69.56 |
| AREA II: RIESGOS PARA LA SALUD | | | | |
| 22. ¿Te han hecho algún examen físico o has estado bajo Algún tipo de atención médica? | 80 | 34.78 | 150 | 65.21 |
| 23. ¿Has tenido algún accidente o herida que todavía te traiga molestias? | 25 | 10.86 | 205 | 89.13 |
| 24. ¿Dormías demasiado o muy poco en el último año? | 99 | 43.04 | 131 | 56.95 |
| 25. ¿Has perdido o ganado más de 5 kilos de peso? | 45 | 19.56 | 185 | 80.43 |
| 26. ¿Tenías menos energía que la que piensas que deberías haber tenido? | 87 | 37.82 | 143 | 62.17 |
| 27. ¿Tenías problemas respiratorios o tos? | 35 | 15.21 | 195 | 84.78 |
| 28. ¿Tenías algún tipo de preocupación en relación al sexo o algún problema con tus órganos sexuales? | 87 | 37.82 | 143 | 62.17 |
| 29. ¿Has tenido relaciones sexuales con alguien que tomó drogas? | 79 | 34.34 | 151 | 65.65 |
| 30. ¿Has tenido dolores abdominales o náuseas? | 57 | 24.78 | 173 | 75.21 |

CONSUMO DE DROGAS Y FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD DE TACNA-2008

| | | | | |
|--|-----|-------|-----|-------|
| 31. ¿Se te ha puesto amarilla la parte blanca de los ojos?. | 25 | 10.85 | 205 | 89.13 |
| 32. ¿Alguna vez has sentido que tienes ganas de maldecir ? | 97 | 42.17 | 133 | 57.82 |
| AREA III: DESORDENES PSIQUIÁTRICOS | | | | |
| 33. ¿Has dañado intencionalmente cosas o propiedades de otras personas? | 89 | 38.69 | 141 | 61.30 |
| 34. ¿Has robado? | 59 | 25.65 | 171 | 74.34 |
| 35. ¿Te has metido en más peleas que la mayoría de tus compañeros? | 79 | 34.34 | 151 | 65.65 |
| 36. ¿Has estado inquieto/a en el último año? | 66 | 28.69 | 164 | 71.30 |
| 37. ¿Te has sentido intranquilo/a e incapaz de permanecer sentado/a? | 78 | 33.91 | 152 | 66.08 |
| 38. ¿Te sentías frustrado/a con facilidad? | 85 | 36.95 | 145 | 63.04 |
| 39. ¿Tenías dificultades para concentrarte? | 98 | 42.60 | 132 | 57.39 |
| 40. ¿Te sentías triste con frecuencia? | 101 | 43.91 | 129 | 56.08 |
| 41. ¿Te comías las uñas alguna vez en el último año? | 96 | 41.73 | 134 | 58.26 |
| 42. ¿Tenías dificultades para dormirte? | 89 | 38.69 | 141 | 61.30 |
| 43. ¿Has estado nervioso/a? | 98 | 42.60 | 132 | 57.39 |
| 44. ¿Te asustabas con facilidad? | 95 | 41.30 | 135 | 58.69 |
| 45. ¿Te preocupabas mucho por las cosas que te pasaban a ti o a los demás? | 88 | 38.26 | 142 | 61.73 |
| 46. ¿Tenías dificultades en dejar de pensar en ciertas cosas? | 96 | 41.73 | 134 | 58.26 |
| 47. ¿La gente se ha quedado mirándote con asombro alguna vez en este último año? | 85 | 36.95 | 145 | 63.04 |
| 48. ¿Escuchabas cosas que quienes estaban a tu alrededor no escuchaban? | 55 | 23.91 | 175 | 76.08 |

CONSUMO DE DROGAS Y FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD DE TACNA-2008

| | | | | |
|--|-----|-------|-----|-------|
| 49. ¿Tenías poderes especiales que nadie más tenía? | 45 | 19.56 | 185 | 80.43 |
| 50. ¿Sentías miedo de estar con la gente? | 87 | 37.82 | 143 | 62.17 |
| 51. ¿Sentías con frecuencia ganas de llorar? | 95 | 41.30 | 135 | 58.69 |
| 52. ¿Tenías tanta energía para gastar que no sabías que hacer contigo mismo? | 40 | 17.39 | 190 | 82.60 |
| 53. ¿Alguna vez te ha sentido tentado de robar algo? | 20 | 8.69 | 210 | 91.30 |
| AREA IV: AUTOAFIRMACIÓN SOCIAL | | | | |
| 54. ¿Le caías mal a los chicos/as de tu edad? | 95 | 41.30 | 135 | 58.69 |
| 55. En general, ¿Te sentías desconforme en como te desempeñabas en las actividades que tenías con tus amigos/as? | 87 | 37.82 | 143 | 62.17 |
| 56. ¿Te resultaba difícil hacer amigos/as en un grupo nuevo? | 56 | 24.34 | 174 | 75.65 |
| 57. ¿La gente se ha aprovechado de ti en el último año? | 87 | 37.82 | 143 | 62.17 |
| 58. ¿Tenías miedo de defender tus derechos? | 97 | 42.17 | 133 | 57.82 |
| 59. ¿Te era muy difícil pedir ayuda a los demás? | 101 | 43.91 | 129 | 56.08 |
| 60. Durante el ultimo año, ¿eras fácilmente influenciado/a por otros muchachos/as? | 93 | 40.43 | 137 | 59.66 |
| 61. ¿Preferías relacionarte con muchachos/as mucho mayores que tu? | 103 | 44.78 | 127 | 55.21 |
| 62. ¿Te preocupabas por como iban a afectar a los demás tus acciones? | 88 | 38.26 | 142 | 61.73 |
| 63. ¿Tenías dificultades en defender tus opiniones? | 95 | 41.30 | 135 | 58.69 |

CONSUMO DE DROGAS Y FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD DE TACNA-2008

| | | | | |
|---|----|-------|-----|-------|
| 64. ¿Tenías dificultades en decirle "no" a la gente? | 97 | 42.17 | 133 | 57.82 |
| 65. ¿Te sentías incómodo/a si alguien te hacía un cumplido? | 87 | 37.82 | 143 | 62.17 |
| 66. ¿La gente te veía como una persona poco amigable? | 94 | 40.86 | 136 | 59.13 |
| 67. ¿Evitabas mirar a los ojos a las personas cuando hablabas con ellas? | 87 | 37.82 | 143 | 62.17 |
| 68. ¿A veces tu estado de ánimo es cambiante? | 97 | 42.17 | 133 | 57.82 |
| AREA V: DISFUNCIONABILIDADES FAMILIARES | | | | |
| 69. ¿Algún miembro de tu familia (madre, padre, hermanos o hermanas) ha utilizado marihuana o cocaína? | 20 | 8.69 | 210 | 91.30 |
| 70. ¿Algún miembro de tu familia ha tomado alcohol al punto de causar problemas en tu casa, en el trabajo o con los amigos? | 50 | 21.73 | 180 | 78.26 |
| 71. ¿Ha sido detenido por la policía algún miembro de tu familia? | 19 | 8.26 | 211 | 91.73 |
| 72. ¿Tenías discusiones frecuentes con tus padres en las que se terminaba a los gritos y llorando? | 86 | 37.39 | 144 | 62.60 |
| 73. En tu familia, ¿muy rara vez se hacían cosas estando todos juntos? | 95 | 41.30 | 135 | 58.69 |
| 74. ¿Tus padres desconocían las cosas que te gustaban y las que no te gustaban? | 99 | 43.04 | 131 | 56.95 |
| 75. Durante el último año, ¿en tu casa faltaron reglas claras sobre lo que se podía o no se podía hacer? | 88 | 38.26 | 142 | 61.73 |

CONSUMO DE DROGAS Y FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD DE TACNA-2008

| | | | | |
|---|----|-------|-----|-------|
| 76. ¿Tus padres desconocían lo que realmente pensabas o sentías sobre las cosas para ti eran importantes? | 96 | 41.73 | 134 | 58.26 |
| 77. En el último año, ¿tus padres discutían mucho entre sí? | 67 | 29.13 | 163 | 70.86 |
| 78. ¿Tus padres frecuentemente desconocían donde estabas y que hacías? | 88 | 38.26 | 142 | 61.73 |
| 79. En el último año, ¿tus padres estaban mucho tiempo fuera o lejos de su casa? | 79 | 34.34 | 151 | 65.65 |
| 80. ¿Has sentido que tus padres se despreocupaban o desinteresaban de ti? | 99 | 43.04 | 131 | 56.95 |
| 81. ¿Estabas descontento con tus condiciones de vida? | 89 | 38.69 | 141 | 61.30 |
| 82. ¿Te sentías en peligro en tu casa? | 60 | 26.08 | 170 | 73.91 |
| 83. ¿Alguna vez te enojas? | 95 | 41.30 | 135 | 58.69 |
| AREA VI: RENDIMIENTO ESCOLAR | | | | |
| 84. ¿Te disgustaba ir al liceo? | 80 | 34.79 | 150 | 65.21 |
| 85. ¿Tenías dificultades para concentrarte en el liceo o mientras estudiabas? | 87 | 37.82 | 143 | 62.17 |
| 86. En el último año, ¿tus notas estaban por debajo del promedio de los demás compañeros? | 90 | 39.13 | 140 | 60.86 |
| 87. ¿Faltabas al liceo mas de dos veces al mes? | 81 | 35.21 | 149 | 64.79 |
| 88. ¿Faltabas mucho al liceo? | 42 | 18.26 | 188 | 81.73 |
| 89. ¿Has pensado seriamente en abandonar tus estudios? | 87 | 37.82 | 143 | 62.17 |
| 90. ¿Dejabas de hacer los deberes con frecuencia? | 78 | 33.91 | 152 | 66.08 |
| 91. ¿Te sentías con sueño estando en clase? | 87 | 37.82 | 143 | 62.17 |

CONSUMO DE DROGAS Y FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD DE TACNA-2008

| | | | | |
|---|----|-------|-----|-------|
| 92. ¿Llegabas tarde a clase con frecuencia? | 79 | 34.34 | 151 | 65.65 |
| 93. ¿Este año tienes diferentes amigos/as en el liceo que el año pasado? | 88 | 38.26 | 142 | 61.73 |
| 94. ¿Te sentías irritado, enojado o caliente mientras estabas en el liceo? | 95 | 41.30 | 135 | 58.69 |
| 95. ¿Te aburrías mucho en el liceo? | 97 | 42.17 | 133 | 57.82 |
| 96. Durante el último año, ¿tus notas en el liceo eran peores de lo que solían ser? | 77 | 33.47 | 153 | 66.52 |
| 97. ¿Te sentías en peligro en el liceo? | 89 | 38.69 | 141 | 61.30 |
| 98. ¿Has repetido algún año? | 40 | 17.39 | 190 | 82.60 |
| 99. ¿Sentías que no eras bienvenido en los grupos del liceo o en las actividades que hacían fuera de clase? | 88 | 38.26 | 142 | 61.73 |
| 100. ¿Has faltado o llegado tarde a clase a causa del alcohol o de las drogas? | 60 | 26.08 | 170 | 73.91 |
| 101. ¿Has tenido problemas en el liceo debido al alcohol o a las drogas? | 70 | 30.43 | 160 | 69.56 |
| 102. ¿Ha interferido el alcohol o las drogas con los deberes o con tus actividades en el liceo? | 65 | 28.26 | 165 | 71.73 |
| 103. ¿Te han suspendido en el liceo? | 40 | 17.39 | 190 | 82.60 |
| 104. ¿Alguna vez evitas hacer las cosas que tienes que hacer? | 45 | 19.56 | 185 | 80.44 |
| AREA VII: DESORDENES LABORALES | | | | |
| 105. ¿Has tenido algún empleo con paga del cual fuiste despedido? | | | | |
| 106. ¿Has dejado algún empleo porque simplemente no te importaba? | | | | |
| 107. ¿Necesitabas la ayuda de otros para conseguirte un trabajo? | | | | |
| 108. ¿Has faltado o llegado tarde al trabajo con frecuencia? | | | | |
| 109. ¿Te resultaba difícil terminar las tareas del | | | | |

CONSUMO DE DROGAS Y FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD DE TACNA-2008

| | | | | |
|---|----|-------|-----|-------|
| trabajo? | | | | |
| 110. ¿Alguna vez has hecho dinero haciendo algo en contra de la ley? | | | | |
| 111. ¿Has tomado alcohol o drogas mientras trabajabas en algún empleo? | | | | |
| 112. ¿Has sido despedido de un empleo por causa de las drogas? | | | | |
| 113. ¿Tenías dificultades en la relación con tus jefes? | | | | |
| 114. durante el último año, ¿has trabajado para obtener dinero para comprar drogas? | | | | |
| 115. ¿Te sientes más contento si ganas un partido que si lo pierdes? | | | | |
| AREA VIII. PRESIÓN GRUPO DE AMIGOS | | | | |
| 116- ¿Algunos de tus amigos tomaba regularmente alcohol o drogas? | 89 | 38.69 | 141 | 61.30 |
| 117- ¿Algunos de tus amigos vendía o le daba drogas a otros chicos/as o amigos/as? | 55 | 23.91 | 175 | 76.08 |
| 118. ¿Alguno de tus amigos copiaba en los escritos del liceo? | 96 | 41.73 | 134 | 58.26 |
| 119. ¿A tus padres les disgustaban tus amigos/as? | 93 | 40.43 | 137 | 59.56 |
| 120. ¿Alguno de tus amigos/as ha tenido problemas con la ley? | 88 | 38.26 | 142 | 61.73 |
| 121. Durante el último año, ¿la mayoría de tus amigos/as eran mayores que tu? | 97 | 42.17 | 133 | 57.82 |
| 122. ¿Tus amigos/as faltaban mucho al liceo? | 87 | 37.82 | 143 | 62.17 |
| 123. ¿Tus amigos/as se aburrían o querían irse en las reuniones o fiestas donde no había alcohol? | 92 | 40.00 | 138 | 60.00 |

CONSUMO DE DROGAS Y FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD DE TACNA-2008

| | | | | |
|---|-----|-------|-----|-------|
| 124. ¿Tus amigos/as llevaban alcohol o drogas a las reuniones o fiestas? | 87 | 37.82 | 143 | 62.17 |
| 125. ¿Tus amigos/as han robado algo de una tienda o han dañado alguna cosa o propiedad a propósito? | 50 | 21.73 | 180 | 78.26 |
| 126. Durante el último año ¿perteneceías a alguna banda o pandilla? | 87 | 37.82 | 143 | 62.17 |
| 127. ¿Te molestaban los problemas que estabas teniendo con algún amigo/a? | 78 | 33.91 | 152 | 66.08 |
| 128. ¿Te faltaba algún amigo/a en quien confiar? | 99 | 43.04 | 131 | 56.95 |
| 129. En comparación con la mayoría de los muchachos/as, ¿tenías pocos amigos? | 92 | 40.00 | 138 | 60.00 |
| 130. ¿Alguna vez te han propuesto hacer algo que tu no querías hacer? | 87 | 37.82 | 143 | 62.17 |
| AREA IX: USO DE TIEMPO LIBRE | | | | |
| 131. En comparación con la mayoría de los chicos/as, ¿tu haces menos deportes? | 107 | 46.52 | 123 | 53.47 |
| 132. ¿Salías a divertirte sin permiso durante alguna/s noches en la semana? | 103 | 44.78 | 127 | 55.21 |
| 133. En un día entre semana, ¿mirabas más de dos horas de TV? | 97 | 42.17 | 133 | 57.82 |
| 134. ¿Estaban tus padres ausentes en la mayoría de las reuniones o fiestas a las que solías ir? | 108 | 46.95 | 122 | 53.04 |
| 135. ¿Haces menos ejercicio que la mayoría de los muchachos/as que conoces? | 89 | 38.69 | 141 | 61.30 |
| 136. ¿Pasabas tu tiempo libre dando vueltas por ahí o en la calle con tus amigos/as? | 97 | 42.17 | 133 | 57.82 |
| 137. ¿Te aburrías la mayor parte del tiempo? | 103 | 44.68 | 127 | 55.21 |
| 138. En tus horas de diversión o de tiempo | 97 | 42.17 | 133 | 57.82 |

CONSUMO DE DROGAS Y FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD DE TACNA-2008

| | | | | |
|--|----|-------|-----|-------|
| libre, ¿hacías muchas cosas solo/a? | | | | |
| 139. ¿Tomabas alcohol o drogas para divertirte? | 95 | 41.30 | 135 | 58.69 |
| 140. ¿En comparación con la mayoría de los muchachos/as, ¿tenías menos interés por las actividades al aire libre? | 88 | 38.26 | 142 | 61.73 |
| 141. ¿Estabas poco satisfecho en la manera que utilizabas tu tiempo libre? | 88 | 38.26 | 142 | 61.73 |
| 142. ¿Te sentías rápidamente cansado cuando te esforzabas en alguna actividad? | 86 | 37.39 | 144 | 62.60 |
| 143. ¿Alguna vez compraste algo que no necesitabas? | 45 | 19.56 | 185 | 80.43 |
| AREA X: SEVERIDAD EN USO DE DROGAS | | | | |
| 144. Durante el último año, ¿has tenido un fuerte deseo de ingerir alcohol o tomar drogas al menos alguna vez? | 97 | 42.17 | 133 | 57.82 |
| 145. ¿Has tenido la necesidad de usar más y más drogas para obtener el efecto que deseabas? | 75 | 32.60 | 155 | 67.39 |
| 146. ¿Has sentido que no puedes controlar el uso que haces del alcohol o de las drogas? | 60 | 26.08 | 170 | 73.91 |
| 147. ¿Te has sentido "enganchado" con el alcohol o las drogas? | 77 | 33.47 | 153 | 66.52 |
| 148. ¿Has dejado de hacer algunas cosas que hacías o te gustaba hacer porque te has gastado tu dinero en las drogas o en el alcohol? | 88 | 38.26 | 142 | 61.73 |
| 149. ¿Ibas contra las reglas sociales o familiares o tuviste problemas con la ley porque habías tomado mucho alcohol o drogas? | 77 | 33.47 | 153 | 66.52 |
| 150. ¿Cambiabas rápidamente tus estados de ánimo (por ejemplo, de estar muy alegre a estar muy triste) por causa de las drogas? | 89 | 38.69 | 141 | 61.30 |

CONSUMO DE DROGAS Y FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD DE TACNA-2008

| | | | | |
|--|-----|-------|-----|-------|
| 151. ¿Tuviste algún accidente de tránsito luego de tomar alcohol o drogas? | 43 | 18.69 | 187 | 81.30 |
| 152. ¿Has lastimado accidentalmente a alguien o a ti mismo/a luego de tomar alcohol o drogas? | 55 | 23.91 | 175 | 76.08 |
| 153. ¿Has tenido alguna discusión o pelea seria con algún amigo/a o familiar a causa de su consumo de alcohol o drogas? | 94 | 40.86 | 136 | 59.14 |
| 154. ¿Has tenido dificultades en tu relación con cualquiera de tus amigos debido al uso de alcohol o drogas? | 89 | 38.69 | 141 | 61.30 |
| 155. ¿Has tenido "resacas" después de tomar alcohol o drogas (por ej.: dolores de cabeza, náuseas, vómitos, temblores, etc.)?. | 105 | 45.65 | 135 | 54.34 |
| 156. ¿Has tenido alguna dificultad para recordar lo que hiciste hizo bajo los efectos del alcohol o las drogas? | 93 | 40.43 | 137 | 59.57 |
| 157. ¿Te gustaba jugar a tomar mucho o competir con otros para ver quien tenía más resistencia al alcohol cuando ibas a reuniones o fiestas o aun en la calle? | 98 | 42.60 | 132 | 57.40 |
| 158. ¿Tenías dificultades para descansar si consumías alcohol o drogas? | 87 | 37.82 | 143 | 62.17 |
| 159- ¿ Has mentido alguna vez ? | 95 | 41.30 | 135 | 58.69 |
| | | | | |

ANEXO E

NIVELES DE RIESGO Y PROTECCIÓN DE ACUERDO AL DUSI EN LOS ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS NO CONSUMIDORES DE DROGAS - 2008-TACNA

| AREAS | NO RIESGO/ PROTECCIÓN | | BAJO RIESGO | | MODERADO RIESGO | | ALTO RIESGO | | BAJO, MODERADO Y ALTO RIESGO | |
|--------------------|--------------------------|-----|----------------|-----|--------------------|----|----------------|---|---------------------------------------|-----|
| | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % |
| Conducta | 20 | 80% | 3 | 12% | 2 | 8% | | | 5 | 20% |
| Salud física | 22 | 88% | 2 | 8% | 1 | 4% | | | 3 | 12% |
| Salud mental | 21 | 84% | 2 | 8% | 2 | 8% | | | 4 | 16% |
| Competencia social | 20 | 80% | 4 | 16% | 1 | 4% | | | 5 | 20% |
| Familia | 21 | 84% | 3 | 12% | 1 | 4% | | | 4 | 16% |
| Escolaridad | 23 | 92% | 2 | 8% | | | | | 2 | 8% |
| Trabajo* | | | | | | | | | | |
| Amigos | 19 | 76% | 4 | 16% | 2 | 8% | | | 6 | 24% |
| Tiempo libre | 22 | 88% | 3 | 12% | | | | | 3 | 12% |
| Conducta adictiva | 24 | 96% | 1 | 4% | | | | | 1 | 4% |

- Se encontró que 20 postulantes trabajaban, por ser mínima la cantidad no se analizó el Área 7

Fuente: encuesta del investigador -2008

Los resultados obtenidos de acuerdo a los cuatro niveles son:

-En el **área de conducta**: se obtiene un 80% se encuentran protegidos, un 12% se encuentran en bajo riesgo, 8% se encuentran en moderado riesgo

-En el **área de Salud Física**: se obtiene un 88% se encuentran protegidos, un 8% se encuentran en bajo riesgo, 4% se encuentran en moderado riesgo

-En el **área de Salud Mental**: se obtiene un 84% se encuentran protegidos, un 8% se encuentran en bajo riesgo, 8% se encuentran en moderado riesgo

-En el **área de Competencia Social**: se obtiene un 80% se encuentran protegidos, un 16% se encuentran en bajo riesgo, 4% se encuentran en moderado riesgo

-En el **área de Familia**: se obtiene un 84% se encuentran protegidos, un 12% se encuentran en bajo riesgo, 4% se encuentran en moderado riesgo

-En el **área de Escolaridad**: se obtiene un 92% se encuentran protegidos, un 8% se encuentran en bajo riesgo,

-En el **área de Amigos**: se obtiene un 76% se encuentran protegidos, un 16% se encuentran en bajo riesgo, 8% se encuentran en moderado riesgo

-En el **área de Tiempo libre**: se obtiene un 88% se encuentran protegidos, un 12% se encuentran en bajo riesgo

-En el **área de Conducta adictiva**: se obtiene un 96% se encuentran protegidos, un 4% se encuentran en bajo riesgo

Discusión:

ANEXO E: niveles de riesgo y protección de acuerdo al DUSI: tomando en cuenta las frecuencias de los datos sumados de bajo riesgo, moderado riesgo y alto riesgo del grupo de estudiantes no consumidores de drogas, apreciamos que en las áreas de : amigos estarían en el 24 % en diferentes niveles de riesgo, sería el área de mayor riesgo , en segundo lugar el del competencia social con 20 %, además el de conducta con 20% en tercer lugar la de salud mental con 16 % igual que el área de familia con 16%

.En el estudio realizado por **Vallejos** (106) encontramos que haciendo la suma de bajo, moderado y alto riesgo los siguientes resultados ; familia 64.8%, tiempo libre 63.1 %, competencia social 59.8 %

Según **Jessor y Jessor** 1977(21) en su teoría de la conducta problema, el adolescente se involucra en ciertos comportamientos desviados con el fin de lograr ciertas metas en su desarrollo. La conducta problema puede ser una vía para ganar respeto de los padres, para enfrentarse a la ansiedad o a la frustración, a la anticipación de fracaso

Estos hallazgos poseen gran importancia como preocupación para los temas de la prevención. Una percepción blanda del daño de las drogas , implica un mayor riesgo de consumo de las diferentes sustancias. **Bachman** (71), mostro como el grado de riesgo percibido por los jóvenes sobre las distintas drogas influía en su consumo de las mismas ; esto es, a mayor riesgo percibido sobre una droga menor consumo y a menor riesgo percibido mayor consumo de drogas.

Los factores de protección sería lograr abstinencia al uso de drogas, y una adecuada escolaridad

III- VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

| INSTRUMENTO | DEFINICIÓN | AREAS | INDICADORES | VALORES | | ESCALA |
|----------------------------|--|--|---|---------|----|-------------|
| D U S I | INVENTARIO MULTIFAC- TORIAL DEL USO INDEBIDO DE DROGAS | T R A N S T O R N O D E C O M P O R T A M I E N T O | 1- ¿Discutías con frecuencia? | Si | No | Cualitativa |
| | | | 2- ¿ Fanfarroneabas con frecuencia? | Si | No | Cualitativa |
| | | | 3- ¿Molestabas o le hacías daño a los animales? | Si | No | Cualitativa |
| | | | 4- ¿ Gritabas mucho? | Si | No | Cualitativa |
| | | | 5- ¿ Has sido muy testarudo? | Si | No | Cualitativa |
| | | | 6- ¿ Has desconfiado de los demás? | Si | No | Cualitativa |
| | | | 7- ¿ renegabas o utilizabas con frecuencia malas palabras? | Si | No | Cualitativa |
| | | | 8- ¿ Embromabas mucho a los demás? | Si | No | Cualitativa |
| | | | 9- ¿ Tenías mal carácter? | Si | No | Cualitativa |
| | | | 10- ¿ Has sido muy tímido? | Si | No | cualitativa |
| | | | 11- ¿ Amenazabas con lastimar a la gente? | Si | No | Cualitativa |
| | | | 12- ¿ Hablabas más fuerte que los demás chicos(as) de tu edad? | Si | No | Cualitativa |
| | | | 13- ¿ Te enojabas con facilidad? | Si | No | Cualitativa |
| | | | 14- ¿ Solías hacer cosas sin antes pensar en las consecuencias? | Si | No | Cualitativa |
| | | | 15- ¿ Hacías cosas riesgosas o peligrosas frecuentemente | Si | No | Cualitativa |
| | | | 16- ¿ Te aprovechabas de los demás? | Si | No | Cualitativa |
| | | | 17- ¿ Te sentías enojado (a) con mucha frecuencia? | Si | No | Cualitativa |
| | | | 18- ¿ Pasabas solo (a) la mayor parte de tu tiempo libre? | Si | No | Cualitativa |
| | | | 19- ¿ Has si solitario (a) este último año? | Si | No | Cualitativa |
| | | | 20- ¿ Eras muy sensible a las críticas? | Si | No | cualitativa |
| | | | 21- ¿ Tus modales son mejores en un restaurant que en tu casa? | Si | No | Cualitativa |

| | | | | | | | | |
|---|-------------------------|---|---|--|--|--|-------------|-------------|
| | | R I E S G O S P A R A | L A S A L U D | 22- ¿ Te has hecho algún examen físico o has estado bajo algún tipo de atención médica? | Si | No | Cualitativa | |
| | | | | 23- ¿ Has tenido algún accidente o herida que todavía te traiga molestias? | Si | No | Cualitativa | |
| | | | | 24- ¿ Dormías demasiado o muy poco en este último año? | Si | No | Cualitativa | |
| | | | | 25- ¿ Has perdido más de cinco kilos de peso? | Si | No | Cualitativa | |
| | | | | 26- ¿ Tenías menos energía de la que piensas que deberías haber tenido? | Si | No | Cualitativa | |
| | | | | 27- ¿ Tenías problemas respiratorios o tos? | Si | No | Cualitativa | |
| | | | | 28- ¿ Tenías algún tipo de preocupación en relación al sexo o algún problema con tus órganos sexuales? | Si | No | Cualitativa | |
| | | | | 29- ¿ Has tenido relaciones sexuales con alguien que toma drogas? | Si | No | Cualitativa | |
| | | | | 30- ¿ Has tenido dolores abdominales o náuseas? | Si | No | Cualitativa | |
| | | | | 31- ¿Se te ha puesto amarilla la parte blanca de los ojos? | Si | No | Cualitativa | |
| | | | | 32- ¿ Alguna vez has sentido que tienes ganas de maldecir? | Si | No | Cualitativa | |
| D U S I | INVENTA- RIO | | | D E S O R D E N | P E S I Q U I A T | 33- ¿ Has dañado intencionalmente cosas o propiedades de otras personas? | Si | No |
| | | 34- ¿ Has robado? | Si | | | No | Cualitativa | |
| | MULTIFAC - TORIAL | 35- ¿ Te has metido en más peleas que la mayoría de tus compañeros? | Si | | | No | Cualitativa | |
| | | 36- ¿ Has estado inquieto (a) el último año? | Si | | | No | Cualitativa | |
| | DEL USO | 37- ¿ Te has sentido intranquilo (a) e incapaz de permanecer sentado (a) | Si | | | No | Cualitativa | |
| | | 38- ¿ Te has sentido frustrado (a) con facilidad? | Si | | | No | Cualitativa | |
| | INDEBIDO | 39- ¿ Tenías dificultades en concentrarte? | Si | | | No | Cualitativa | |
| | | 40- ¿ Te sentías triste con frecuencia? | Si | | | No | Cualitativa | |
| | DE | 41- ¿ Te comías las uñas alguna vez en el último año ? | Si | | | No | Cualitativa | |
| | | 42- ¿ Tenías dificultades para dormirte? | Si | | | No | Cualitativa | |
| | DROGAS | 43- ¿ Has estado nervioso (a)? | Si | | | No | Cualitativa | |
| | | 44- ¿ Te asustabas con facilidad? | Si | | | No | Cualitativa | |
| | | | 45- ¿ Te preocupabas mucho por las cosas que te pasaban a ti o a los demás? | | | Si | No | Cualitativa |
| | | | 46- ¿ Tenías dificultad para dejar de pensar en ciertas cosas? | | | Si | No | Cualitativa |
| | | | 47- ¿ La gente a quedado mirándote con asombro alguna vez en este último año? | | | Si | No | Cualitativa |
| | | | 48- ¿ Escuchabas cosas que quienes estaban a tu alrededor no escuchaban? | | | Si | No | Cualitativa |
| | | 49- ¿ Tenías poderes especiales que nadie más tenía? | Si | No | Cualitativa | | | |

| | | | | | | | |
|--|------------------------------------|--|--|---|----|-------------|-------------|
| D U S I | INVENTA- RIO | E S | R I | 50- ¿ Sentías miedo de estar con la gente? | Si | No | cualitativa |
| | | | | 51- ¿ Sentías con frecuencia ganas de llorar? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 52- ¿ Tenías tanta energía para gastar que no sabías que hacer contigo mismo? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 53- ¿ Alguna vez te has sentido tentado de robar algo? | Si | No | Cualitativa |
| | MULTIFAC - TORIAL DEL USO | A U T O A | S O C I A | 54- ¿ Le caías mal a los chicos (as) de tu edad? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 55- En general ¿ te sentías disconforme en como te desempeñabas en las actividades que tenias con tus amigos (as) | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 56- ¿ Te resultaba difícil hacer amigos (as) en un nuevo grupo? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 57- ¿ La gente se ha aprovechado de ti este último año? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 58- ¿ Tenías miedo de defender tus derechos? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 59- ¿ Te era muy difícil pedir ayuda a os demás? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 60- ¿ Durante el último año eras fácilmente influenciable por otros muchachos (as)? | Si | No | cualitativa |
| | | | | 61- ¿ Preferías relacionarte con muchachos (as) mucho mayores que tú? | Si | No | Cualitativa |
| | INDEBIDO DE DROGAS | F I R M | L A M I | 62- ¿ Te preocupabas por como iban a afectar tus acciones a los demás? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 63- ¿ Tenías dificultades en defender tus opiniones? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 64- ¿ Tenías dificultades en decirles "NO" a la gente ? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 65- ¿ Te sentías incomodo si alguien te realizaba un cumplido? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 66- ¿ La gente te veía como una persona poco amigable? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 67- ¿ Evitabas mirar a los ojos a las personas cuando hablabas con ellas? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 68- ¿ A veces tú estado de animo es cambiante? | Si | No | Cualitativa |
| | | D I S F | F A M I | 69- ¿ Algún miembro de tu familia (papá, mamá , hermanos (as) han utilizado drogas- marihuana, cocaína- ? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 70- ¿ Algún miembro de tu familia a tomado alcohol al punto de causar problemas en tu casa, en el trabajo o con amigos? | Si | No | cualitativa |
| | | | | 71- ¿ Ha sido detenido por la policía algún miembro de tu familia? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 72- ¿ Tenías discusiones frecuentes con tus padres en las que terminabas con gritos o llorando? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 73- En tu familia ¿muy rara vez hacían cosas estando todos juntos? | Si | No | Cualitativa |
| | | U N | L I | 74- ¿ Tus padres desconocían las cosas que te gustaban y las que no te gustaban? | Si | No | Cualitativa |
| 75- Durante el último año ¿ faltaron reglas claras sobre lo que se podía y no podía hacer? | | | | Si | No | Cualitativa | |

| | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|-------------|----|-------------|
| D U S I | INVENTA- RIO MULTIFAC- TORIAL DEL USO | C I O N | A R | 76- ¿ Tus padres desconocían realmente lo que pensabas o sentías sobre las cosas que para ti eran importantes? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 77- En el último año ¿ tus padres discutían frecuentemente? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 78- ¿ Tus padres desconocían frecuentemente dónde estabas y que hacías? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 79- En el último año ¿ tus padres estaban mucho tiempo fuera o lejos de tu casa? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 80- ¿ Has sentido que tus padres se despreocupaban o desinteresaban por ti? | Si | No | cualitativa |
| | | | | 81- ¿ Estabas disconforme con las condiciones de tu vida? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 82- ¿ Te sentías en peligro en tu casa? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 83- ¿ Alguna vez te enojas? | Si | No | Cualitativa |
| | INDEBIDO DE DROGAS | R E N D I M I E N | E S C O L A R | 84- ¿ Te disgustaba ir al liceo? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 85- ¿ Tenías dificultades para concentrarte en el liceo o mientras estudiabas? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 86- En el último año ¿ Tus notas estaban por debajo del promedio de los demás compañeros tuyos? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 87- ¿ Faltabas al liceo más de dos veces al mes? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 88- ¿ Faltabas mucho al liceo? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 89- ¿ Has pensado seriamente en abandonar tus estudios? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 90- ¿ Dejabas de hacer los deberes con frecuencia? | Si | No | cualitativa |
| | | | | 91- ¿ Te sentías con sueño en clase? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 92- ¿ Llegabas tarde a clases con frecuencia? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 93- ¿ Este año tienes diferentes amigos(as) en el liceo que el año pasado? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 94- ¿ Te sentías irritado, enojado, mientras estabas en el liceo? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 95- ¿ Te aburrías mucho en el liceo? | Si | No | Cualitativa |
| 96- Durante el último año ¿ Tus notas en el liceo eran peores de lo que solían ser? | Si | No | Cualitativa | | | | |
| 97- ¿ Te sentías en peligro en el liceo? | Si | No | Cualitativa | | | | |
| 98- ¿ Has repetido algún año? | Si | No | Cualitativa | | | | |
| 99- ¿ Sentías que no eras bienvenido en los grupos del liceo o en las actividades que hacían fuera de clase? | Si | No | Cualitativa | | | | |
| INVENTA- | T O | 100-¿ Has faltado o llegado tarde a clases a causa del alcohol o la droga? | Si | No | cualitativa | | |
| | | 101-¿ Has tenido problemas en el liceo debido al alcohol o las drogas? | Si | No | Cualitativa | | |
| | | 102-¿ Ha interferido el alcohol o las drogas con tus deberes o actividades en el liceo | Si | No | Cualitativa | | |
| | | 103-¿ Te han suspendido en el liceo? | Si | No | Cualitativa | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|---|--|--|-------------|----|-------------|
| D U S I | RIO MULTIFAC - TORIAL DEL USO INDEBIDO DE DROGAS | D E S O R D E N E S | L A B O R A L E S | 104-¿ Alguna vez evitas hacer las cosas que tienes que hacer ? | Si | No | Cualitativa | | |
| | | | | 105-¿ Has tenido algún empleo con paga del cual fuiste despedido? | Si | No | Cualitativa | | |
| | | | | 106-¿ Has dejado algún empleo porque simplemente no te importaba? | Si | No | Cualitativa | | |
| | | | | 107-¿ Necesitabas ayuda de otros para conseguir un trabajo? | Si | No | Cualitativa | | |
| | | | | 108-¿ Has faltado o has llegado tarde al trabajo con frecuencia? | Si | No | Cualitativa | | |
| | | | | 109-¿ Te resultaba difícil terminar las tareas del trabajo? | Si | No | Cualitativa | | |
| | | | | 110-¿ Alguna vez has hecho dinero haciendo algo contra la ley? | Si | No | cualitativa | | |
| | | | | 111-¿ Has tomado alcohol o drogas mientras trabajabas en algún empleo? | Si | No | Cualitativa | | |
| | | | | 112-¿ Has sido despedido de un empleo por causa de las drogas? | Si | No | Cualitativa | | |
| | | | | 113-¿ Tenías dificultades en las relaciones con tus jefes? | Si | No | Cualitativa | | |
| | | | | 114-Durante el último año¿ has trabajado para obtener dinero para comprar drogas? | Si | No | Cualitativa | | |
| | | | | 115-¿ Te sentías más cómodo si ganabas un partido que si lo perdías? | Si | No | Cualitativa | | |
| | | | | P R E S I O N | G R U P O D E | 116-¿ Algunos de tus amigos tomaba regularmente alcohol o drogas? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | | | 117- Algunos de tus amigos vendía o le daba droga a otros chicos(as), amigos(as) | Si | No | Cualitativa |
| | | | | | | 118-¿ Algunos de tus amigos copiaban en los exámenes escritos del liceo? | Si | No | Cualitativa |
| 119-¿ A tus padres les disgustaba tus amistades ? | Si | No | Cualitativa | | | | | | |
| 120-¿ Algunos de tus amigos han tenido problemas con la ley? | Si | No | cualitativa | | | | | | |
| 121-Durante el último año ¿ La mayoría de tus amigos (as) eran mayores que tú? | Si | No | Cualitativa | | | | | | |
| 122-¿ Tus amigos faltaban mucho al liceo? | Si | No | Cualitativa | | | | | | |
| 123-¿ Tus amigos (as) se aburrían o querían irse de las reuniones o fiestas donde no había alcohol? | Si | No | Cualitativa | | | | | | |
| 124-¿ Tus amigos (as) llevaban alcohol o drogas a las reuniones o fiestas? | Si | No | Cualitativa | | | | | | |
| D | INVENTA- RIO MULTIFAC | A M I G O S | 125-¿ Tus amigos(as) han robado algo de una tienda o han dañado alguna cosa o propiedad a propósito? | Si | No | Cualitativa | | | |
| | | | 126-Durante el último año ¿ pertenecías a alguna banda o pandilla? | Si | No | Cualitativa | | | |
| | | | 127-¿ Te molestaban los problemas que estabas teniendo con algún amigo (a) | Si | No | Cualitativa | | | |
| | | | 128-¿ Te faltaba un amigo(a) en quien confiar? | Si | No | Cualitativa | | | |
| | | | 129-En comparación con la mayoría de los muchachos y muchachas ¿ tenías pocos amigos? | Si | No | Cualitativa | | | |
| | | | 130-¿ Alguna vez te han propuesto hacer algo que tu no querías hacer? | Si | No | cualitativa | | | |
| | | U L | 131-En comparación con la mayoría de los chicos y chicas ¿ tu haces menos deporte? | Si | No | Cualitativa | | | |
| | | | 132-¿ Salías ha divertirse sin permiso durante algunas noches en la semana? | Si | No | Cualitativa | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|----|----|-------------|
| U S I | - TORIAL DEL USO INDEBIDO DE DROGAS | S O D E T I E M P | I B R E | 133-En un día entre semana ¿ mirabas más de dos horas televisión? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 134-¿ Estaban ausentes tus padres en la mayoría de reuniones o fiestas en que solías ir? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 135-¿ Haces menos ejercicio que la mayoría de los muchachos (as) que conoces? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 136-¿ Pasabas tu tiempo libre dando vueltas por ahí o en la calle con tus amigos(as)? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 137-¿ Te aburrías la mayor parte del tiempo? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 138-En tus tiempos de diversión o tiempo libre ¿ hacías muchas cosas solo(a)? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 139-¿ Tomabas alcohol o drogas para divertirte? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 140-¿ En comparación con la mayoría de muchachos (as), tenías menos interés por las actividades al aire libre? | Si | No | cualitativa |
| | | | | 141-¿Estabas poco satisfecho en la manera que utilizabas tu tiempo libre? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 142-¿ Te sentías rápidamente cansado, cuando te esforzabas en alguna actividad? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 143-¿ Alguna vez compraste algo que no necesitabas? | Si | No | Cualitativa |
| D U | INVENTA- RIO MULTIFAC - TORIAL | S E V E R I D | U S O O D E | 144-Durante el último año¿ has tenido un fuerte deseo de ingerir alcohol o tomar drogas al menos una vez? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 145-¿ Has tenido necesidad de usar más y más droga para obtener el efecto que deseabas? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 146-¿ Has sentido que no puedes controlar el uso que haces del alcohol o de las drogas? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 147-¿ Te has sentido “enganchado” con el alcohol o las drogas? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 148-¿ Has dejado de hacer algunas cosas que hacías o te gustaba hacer porque te asustado tu dinero en las drogas o en el alcohol? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 149-¿ Ibas contra las reglas sociales o familiares o tuviste problemas con la ley porque habías tomado mucho alcohol o drogas? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 150-¿ Cambiabas rápidamente tus estados de animo, por causa de la droga? | Si | No | cualitativa |
| | | | | 151-¿ Tuviste algún accidente de tránsito luego de tomar alcohol o drogas? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 152-¿ Has lastimado accidentalmente a alguien o a ti mismo luego de tomar alcohol o drogas? | Si | No | Cualitativa |
| | | | | 153-¿ Has tenido alguna discusión o pelea sería con algún amigo (a) o familiar a causa de su | Si | No | Cualitativa |

| | | | | | | | | |
|----------------------|---|--|--|--|--------------------------|---------------|-------------|--|
| S I | DEL USO INDEBIDO DE DROGAS | A D A D A D A D | D R O G A | consumo de drogas o alcohol? | | | | |
| | | | | 154-¿ Has tenido dificultades en tu relación con cualquiera de tus amigos debido al uso de alcohol o drogas? | Si | No | Cualitativa | |
| | | | | 155-¿ Has tenido “resacas” después de tomar alcohol o drogas (dolores de cabeza, náuseas, vómitos...) | Si | No | Cualitativa | |
| | | | | 156-¿Has tenido alguna dificultad para recordar lo que hiciste bajo los efectos del alcohol o las drogas? | Si | No | Cualitativa | |
| | | | | 157-¿ Te gustaba jugar o tomar mucho o competir con otros para ver quien tenía más resistencia al alcohol cuando asistías a reuniones o fiestas o aún en la calle? | Si | No | Cualitativa | |
| | | | | 158-¿ Tenías dificultad para descansar si consumías alcohol o drogas? | Si | No | Cualitativa | |
| | | | | 159-¿ Has mentido alguna vez? | Si | No | Cualitativa | |
| VARIABLE | DEFINICIÓN | SUSTANCIA | SI | NO | PREVALENCIA | ESCALA | | |
| D | TODA | ALCOHOL | | | ANTES DE UN AÑO | NOMINAL | | |
| | SUSTANCIA | | | | DURANTE EL ÚLTIMO AÑO | NOMINAL | | |
| | | | | | DURANTE EL ÚLTIMO MES | NOMINAL | | |
| | | | | | DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA | NOMINAL | | |
| | | ANFETAMINAS | | | ANTES DE UN AÑO | NOMINAL | | |

| | | | | | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------------|---------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------|
| R O G A | INTRODUCIDA | | | | DURANTE EL ÚLTIMO AÑO | NOMINAL | | |
| | | | | | DURANTE EL ÚLTIMO MES | NOMINAL | | |
| | | | | | DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA | NOMINAL | | |
| | AL ORGANISMO | COCAINA | | | | ANTES DE UN AÑO | NOMINAL | |
| | | | | | | DURANTE EL ÚLTIMO AÑO | NOMINAL | |
| | | | | | | DURANTE EL ÚLTIMO MES | NOMINAL | |
| | | VIVO QUE | PASTILLAS | | | | DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA | NOMINAL |
| | | | | | | | ANTES DE UN AÑO | NOMINAL |
| | | | | | | | DURANTE EL ÚLTIMO AÑO | NOMINAL |
| | D R | PUEDE | | | | DURANTE EL ÚLTIMO MES | NOMINAL | |
| | | | | | | DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA | NOMINAL | |
| | | MODIFICAR | ALUCINÓGENOS | | | | ANTES DE UN AÑO | NOMINAL |
| DURANTE EL ÚLTIMO AÑO | | | | | | | NOMINAL | |
| DURANTE EL ÚLTIMO MES | | | | | | | NOMINAL | |
| DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA | | | | | | | NOMINAL | |
| MARIHUANA | | | | | | | ANTES DE UN AÑO | NOMINAL |

| | | | | | | |
|----------------------|----------------------------|-------------------|--|--------------------------|--------------------------|---------|
| O G A | UNA O MAS FUNCIONES | | | DURANTE EL ÚLTIMO AÑO | NOMINAL | |
| | | | | DURANTE EL ÚLTIMO MES | NOMINAL | |
| | | | | DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA | NOMINAL | |
| | Y CAPAZ DE GENERAR | INHALANTES | | | ANTES DE UN AÑO | NOMINAL |
| | | | | | DURANTE EL ÚLTIMO AÑO | NOMINAL |
| | | | | | DURANTE EL ÚLTIMO MES | NOMINAL |
| | | | | DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA | NOMINAL | |
| | | TABACO | | | ANTES DE UN AÑO | NOMINAL |
| | | | | | DURANTE EL ÚLTIMO AÑO | NOMINAL |
| | | | | DURANTE EL ÚLTIMO MES | NOMINAL | |
| | DEPENDENCIA | | | | DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA | NOMINAL |
| | | PBC | | | ANTES DE UN AÑO | NOMINAL |
| | | | | DURANTE EL ÚLTIMO AÑO | NOMINAL | |
| | | | | DURANTE EL ÚLTIMO MES | NOMINAL | |
| | | | | DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA | NOMINAL | |
| OTRAS | | | | ANTES DE UN AÑO | NOMINAL | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--------------------------|---------|
| | | | | | DURANTE EL ÚLTIMO AÑO | NOMINAL |
| | | | | | DURANTE EL ÚLTIMO MES | NOMINAL |
| | | | | | DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA | NOMINAL |

| VARIABLE | DEFINICION | INDICADOR | CATEGORIA | ESCALA |
|----------|---|----------------|-----------|---------|
| EDAD | TIEMPO EXPRESADO EN AÑOS DESDE LA FECHA DE NACIMIENTO | AÑOS CUMPLIDOS | 16 | ORDINAL |
| | | | 17 | ORDINAL |
| | | | 18 | ORDINAL |
| | | | 19 | ORDINAL |

| | | | | |
|------------------|--|--------|------------|---------|
| | | | 20 -21 | ORDINAL |
| SEXO | CARÁCTER DISTINTIVO EN ANIMALES SEGÚN GENOTIPO | GENERO | MASCULINO | NOMINAL |
| | | | FEMENINO | NOMINAL |
| CENTRO EDUCATIVO | LUGAR DONDE CURSO | | PARTICULAR | NOMINAL |
| | | | NACIONAL | NOMINAL |