

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

**ESCUELA DE POSTGRADO**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**



**“COMPARACIÓN DE LA PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA; AREQUIPA - 2008”**

**Tesis presentado por el Bachiller:**

**CARLOS ALBERTO MEDINA POMAREDA**

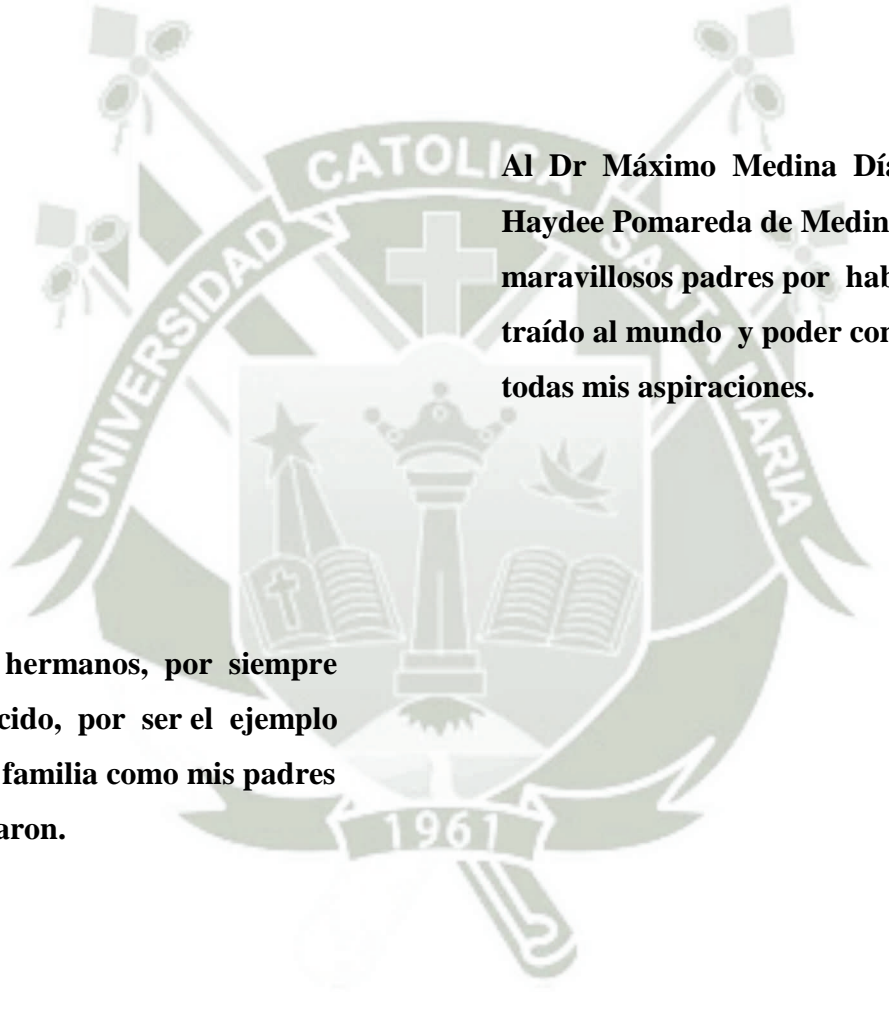
**Para optar el Grado Académico de Magíster en  
Salud Pública**

**AREQUIPA – PERÚ**

**2009**

## DEDICATORIA

A mi Rosa a Carlitos, mi amor eterno,  
por su apoyo constante, por una familia  
siempre unida. Gracias Señor



Al Dr Máximo Medina Díaz y  
Haydee Pomareda de Medina mis  
maravillosos padres por haberme  
traído al mundo y poder concretar  
todas mis aspiraciones.

A mis hermanos, por siempre  
agradecido, por ser el ejemplo  
de una familia como mis padres  
lo desearon.

“Recuerda que cualquier momento  
es bueno para comenzar  
y que ninguno es tan terrible para claudicar  
No olvides  
que la causa de Tu presente es Tu pasado  
así como la causa de Tu futuro será  
Tu presente.

Aprende de los audaces,  
de quien no aceptó situaciones,  
de quien vivirá a pesar de todo,  
piensa menos en tus problemas  
y más en Tu trabajo  
y tus problemas sin alimentarlos morirán.  
Aprende a nacer desde el dolor  
y a ser más grande  
que el más grande de los  
obstáculos”.

***PABLO NERUDA***

## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	
SUMMARY	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I: RESULTADOS.....	07
1.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN.....	08
1.2 PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SEGÚN ÁREA ACADÉMICA, GÉNERO Y EDAD.....	11
1.3 HÁBITOS DEL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	33
1.4 RELACIÓN DE ALGUNOS FACTORES CON EL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	40
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	53
CONCLUSIONES.....	61
RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.....	63
PROPUESTA.....	64
BIBLIOGRAFÍA.....	68
ANEXOS	
Anexo 01: Proyecto de investigación.....	72
I. Preámbulo.....	74
II. Planteamiento teórico.....	75
III. Planteamiento Operacional.....	179
IV. Cronograma de trabajo .....	183
V. Bibliografía.....	184
Anexo 02: Matriz de sistematización.....	193
Anexo 03: Tratamiento estadístico.....	198

## RESUMEN

El consumo de drogas en nuestro país es de suma preocupación, convirtiéndose en uno de los problemas de Salud Pública que según las estadísticas, muestran tendencias ascendentes en los adolescentes y jóvenes; sector muy vulnerable y que fácilmente se convierten en usuarios del alcohol y tabaco en un inicio, para luego ingresar al consumo de drogas más nocivas.

La presente investigación tiene como objetivo fundamental encuestar a los alumnos de la Universidad Católica Santa María de las diferentes áreas académicas respecto al consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, asimismo determinar aquellos factores relacionados con su consumo; para ello se realizó un diseño de investigación descriptiva y transversal.

La investigación demostró que el consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas en la comunidad de la Universidad Católica Santa María, muestra que el consumo de alcohol (96.4%) fue más frecuente que el tabaco (58.5%) y en el caso del consumo de sustancias psicoactivas ilícitas se demuestra que el 46% de los universitarios consumen al menos una sustancia tóxica, en la que predomina la marihuana. En cuanto a los hábitos se encontró que la edad de inicio del consumo de tabaco fue entre los 17 a 18 años, con una frecuencia de uno a tres cigarrillos diarios con el objeto de lograr gusto y relajamiento acompañando esta actitud con la ingesta de licor.

Los hallazgos también nos demuestran que el consumo de alcohol se inicia entre los 15 y 16 años durante los fines de mes, prefiriendo la ingesta de cerveza malta en casa de amigos, para pasarla bien y evitar malestares físicos. Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas, la investigación reporta que esta se inicia por encima de los 17 años con Ketes de marihuana (69.1%) con un consumo no menor de un año en casa de amigos, accediendo a estos tóxicos en el entorno de la universidad, señalando la curiosidad como motivo principal y consumiendo generalmente estas sustancias en fiestas de la universidad.

Los factores que se relacionaron al consumo de sustancias psicoactivas fueron predominantemente la convivencia con los padres y amigos. El tipo de problema emocional, económico, relación y comunicacional fue también un factor condicionante.

**Palabras claves: Droga, psicoactivo, marihuana, estudiante.**



## SUMMARY

The consumption of drugs in our country is of supreme concern, becoming one of the problems of Public Health that according to the statistics, they show upward tendencies in the adolescents and young; very vulnerable sector and that easily they become users of the alcohol and tobacco in a beginning it stops then to enter to the consumption of more noxious drugs.

The present investigation has as fundamental objective to interview the students of the Catholic University Santa María of the different academic areas regarding the consumption of substances psicoactivas combats and illicit, also to determine those factors related with its consumption; for he/she was carried out it a design of descriptive and traverse investigation.

The investigation demonstrated that the consumption of substances licit and illicit psicoactivas in the community of the Catholic University Santa Maria, shows that the consumption of alcohol (96.4%) you/he/she was more frequent than the tobacco (58.5%) and in the case of the consumption of substances illicit psicoactivas you/he/she is demonstrated that 46% of the university students consumes a toxic substance at least and in the one that the marijuana prevails. Also as for the habits it was found that the age of beginning of the consumption of tobacco went among the 17 to 18 years, with a frequency of one to three daily cigarettes in order to achieving pleasure and relajamiento accompanying this attitude with the ingest of liquor.

The discoveries also demonstrate us that the consumption of alcohol begins between the 15 and 16 years during the month ends preferring the ingest of beer malt in friends' house, to pass it well and to avoid physical uneasiness. As for the consumption of substances psicoactivas you investigation reports that this he/she begins above the 17 years with Ketes of marijuana (69.1%) with a consumption not smaller than one year in friends' house, consenting to these toxics in the environment of the university, pointing out the curiosity like main reason and generally consuming these substances in parties of the university.

The factors that were related to the consumption of substances psicoactivas were the coexistence predominantly with the parents and friends. The type of emotional, economic problem, relationship and comunicacional were also a conditioning factor.

Key words: It drugs, psychoactive, marijuana, students

## INTRODUCCIÓN

Señor Presidente y Srs. miembros del Jurado:

El consumo de drogas licitas e ilícitas es uno de los problemas mas frecuentes a nivel mundial; esto es, alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas, problemática que se presenta en mayor magnitud en los países en vías de desarrollo, constituyendo así una gran reto en el ámbito de la salud pública. Este problema social día a día se va acrecentando sobre todo en los estudiantes universitarios, siendo motivo de preocupación para todos los actores que interactúan en el escenario estudiantil, familiar, comunal, y nacional.

El incremento en la creación de nuevas universidades y la masificación estudiantil, hace necesario conocer que la magnitud del problema del consumo de drogas, afecta significativamente en el rendimiento académico, por ello hubo urgencia de que la Asamblea Nacional de Rectores (ANR) diseñe políticas y programas, creando mesas de trabajo en todas las universidades a nivel nacional, con la finalidad de elaborar proyectos para la prevención del consumo de drogas y en coordinación con la comisión nacional para el desarrollo y vida sin drogas (DEVIDA, 2005) se ejecute una encuesta para recoger información acerca de los hábitos y actitudes en el consumo de drogas lícitas e ilícitas en universitarios de Lima metropolitana. (DEVIDA, 2005). Exhortando a las demás Universidades tanto nacionales como particulares realizaran estudios exploratorios acerca de esta problemática y diseñaran sus respectivos proyectos para prevenir y corregir el uso indebido de drogas.

Muchas instituciones están implementando una serie de medidas preventivas para evitar la demanda, oferta y acceso a las drogas; para llegar a incorporar este tipo de medidas se hace necesario trabajar en la búsqueda de la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en la Universidad Católica Santa María de Arequipa con el objeto de aportar a la institución un diagnóstico de la realidad situacional en esta temática y asimismo se adopten las medidas correctivas.

Somos concientes que la prevención del consumo de drogas nos debe convocar a todos los miembros de la comunidad universitaria, para promover y difundir la importancia que debe tener cada estudiante universitario en la preservación y conservación de una

salud física y mental, la cual repercutirá en el desarrollo de sus capacidades cognitivas y actitudinales, y a un desempeño académico de óptimo rendimiento universitario con la finalidad de lograr mejores profesionales que contribuyan al desarrollo integral de la nación.

De lo anteriormente consignado la organización del presente informe ha considerado un capítulo único donde se indican los resultados de la investigación, en la que se indican: características de la población, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de sustancias psicoactivas y factores predisponentes.

El estudio incluye una discusión de los resultados, donde se comenta y se contrasta lo hallado con los antecedentes investigados a nivel nacional e internacional.

A continuación se consignan las conclusiones de acuerdo a los objetivos planteados y los resultados encontrados, así como las recomendaciones y sugerencias pertinentes a la problemática investigada.

Para finalizar se plantea una propuesta en la que se indican los objetivos, las estrategias, como las acciones, y los recursos de un programa de prevención del uso indebido de drogas.

Se adjunta como anexo el proyecto de investigación, así como los instrumentos para la recolección de datos y sus respectivas matrices de sistematización, tabulación y cálculos estadísticos.

Arequipa, marzo del 2009

El Autor



**CAPÍTULO ÚNICO:  
RESULTADOS**

## **1.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**



**TABLA N° 1**  
**CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO,**  
**AREQUIPA - 2008**

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
<b>ÀREA</b>		
Ciencias de la Salud	290	30.0
Ciencias Histórico-Sociales	131	14.0
Ciencias Jurídico Empresariales	184	19.0
Área de Ingenierías	360	37.0
<b>SEMESTRES</b>		
Segundo (II)	226	23.4
Cuarto (IV)	197	20.4
Sexto (VI)	180	18.7
Octavo (VIII)	156	16.2
Del décimo (X) a más	206	21.3
<b>TOTAL</b>	<b>965</b>	<b>100</b>

**Fuente: COPRECOD - 2008**

En la presente tabla, se observa que el 37% de los estudiantes de la Universidad Católica Santa María pertenecen al área de ingenierías, seguido del 30.0% del área de ciencias de la salud, el 19% pertenece al área de ciencias jurídico empresariales y el 14% estudia en el área de ciencias histórico-sociales.

Asimismo, más de la quinta parte la de la población en estudio (23.4%) cursa el segundo semestre, seguido del 21.3% del décimo semestre y el 16.2% se encuentran cursando el octavo semestre.

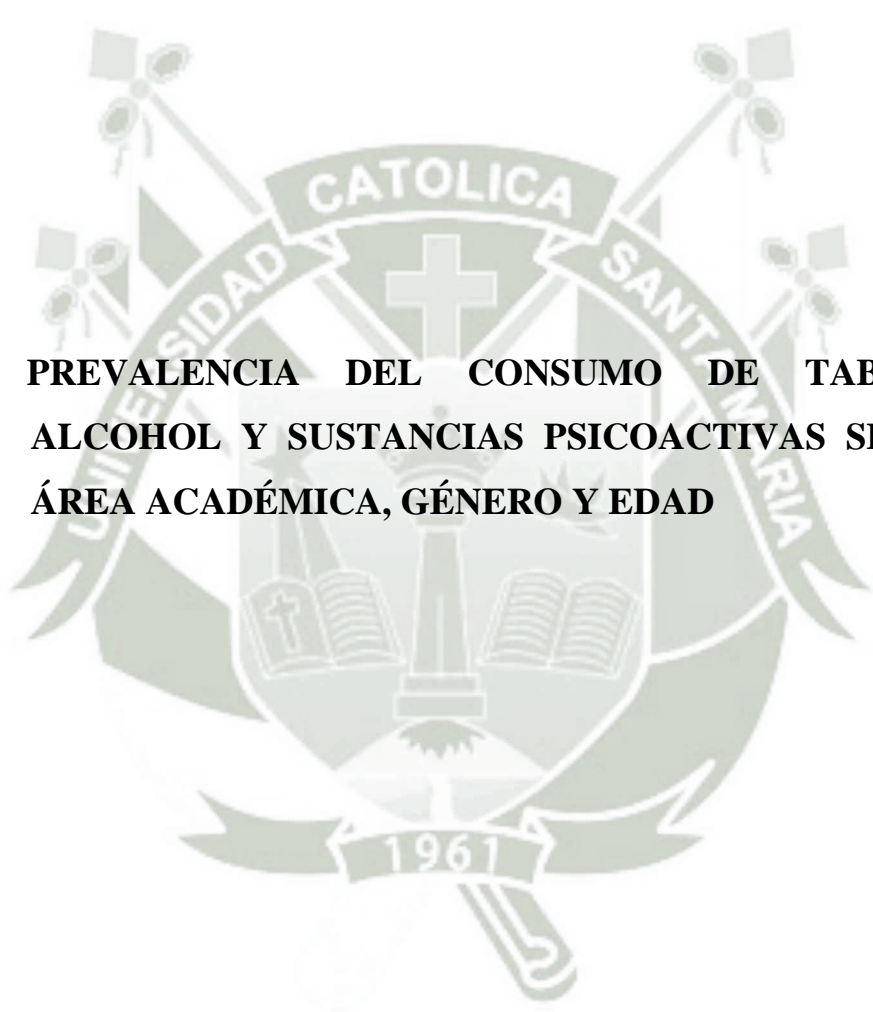
**TABLA N° 2**  
**CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO,**  
**AREQUIPA - 2008**

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
<b>PROCEDENCIA</b>		
Arequipa	811	84.0
Cusco	63	7.0
Ica	13	1.0
Tacna-Moquegua	78	8.0
<b>GÉNERO</b>		
Femenino	469	48.6
Masculino	496	51.4
<b>EDAD</b>		
De 15 - 20 años	465	48.2
De 21 - 26 años	442	45.8
De 27 - 32 años	49	5.1
De 33 – 38 años	5	0.5
De 39 – 44 años	4	0.4
<b>TOTAL</b>	<b>965</b>	<b>100</b>

Fuente: COPRECOD - 2008

Observamos que el 84% de los estudiantes proceden de la ciudad de Arequipa, el 8.0% son naturales de Tacna y Moquegua; asimismo se aprecia que sólo el 1% vienen de la ciudad de Ica.

Con respecto al género se aprecia que más de la mitad de la población en estudio son del sexo masculino en un 51.4% y el 48.6% son del sexo femenino. Cerca de la mitad (48.2%) de la población en estudio, tienen edades entre 15 y 20 años, seguido del 45.8% con edades entre 21 a 26 años y sólo el 5.1% tienen edades entre 27 y 32 años.



**1.2 PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO,  
ALCOHOL Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SEGÚN  
ÁREA ACADÉMICA, GÉNERO Y EDAD**

**TABLA N° 3**  
**CONSUMO DE TABACO EN LOS ESTUDIANTES DE LA**  
**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA**

CONSUMO DE TABACO	TOTAL	
	N°	%
SI	565	58.5
NO	400	41.5
TOTAL	965	100

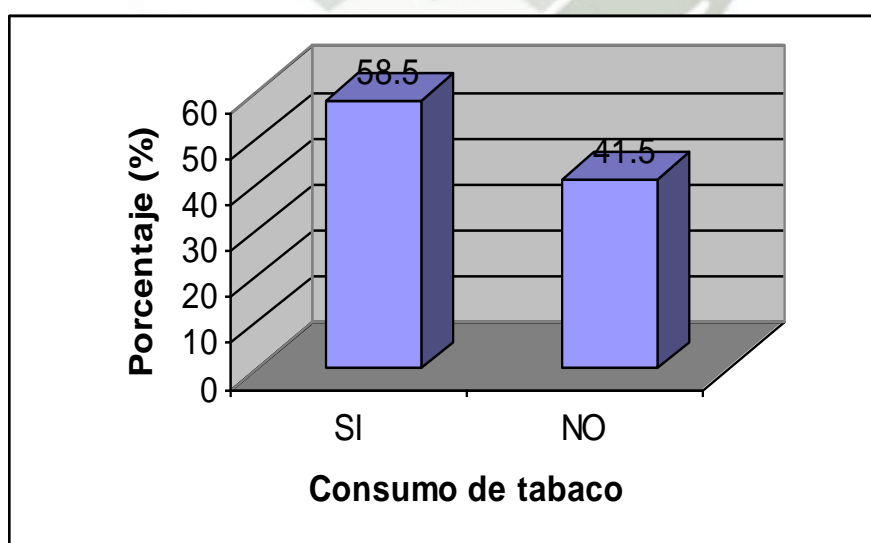
Fuente: COPRECOD - 2008

$$X^2 = 4.00$$

$$P < 0.05$$

Según la tabla N° 3, se aprecia que el consumo de tabaco en los estudiantes de la Universidad Católica Santa María es del 58.5% frente al 41.5% de los estudiantes que no consumen tabaco. Asimismo según la prueba de chi cuadrado de bondad de ajuste, nos muestra que existen diferencias estadísticas significativas entre las proporciones de universitarios que consumen y no consumen tabaco.

**GRÁFICA N° 3**  
**CONSUMO DE TABACO**



Fuente: Elaboración propia

**TABLA N° 4**  
**CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DE LA**  
**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA**

CONSUMO DE ALCOHOL	TOTAL	
	N°	%
SI	930	96.4
NO	35	3.6
TOTAL	965	100

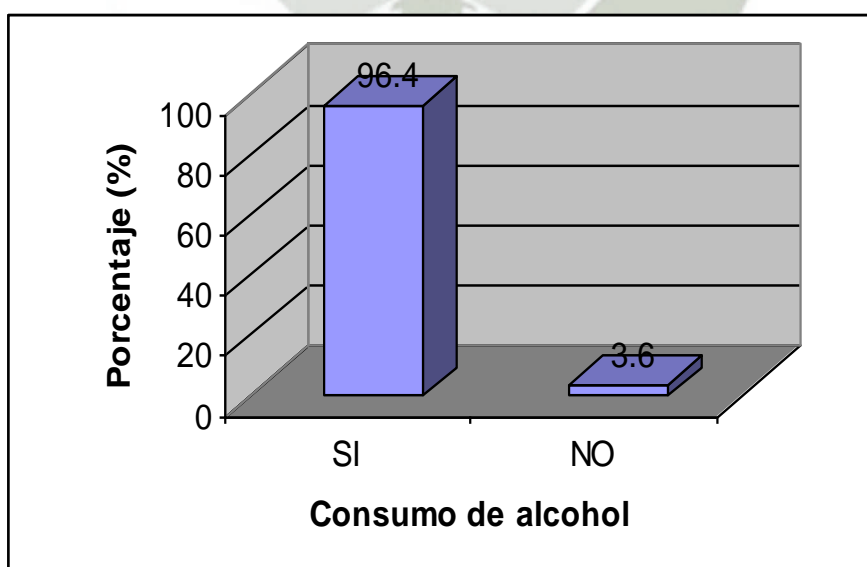
Fuente: COPRECOD - 2008

$$X^2 = 84.64$$

$$P < 0.05$$

Se aprecia en la tabla N° 4, que el consumo de alcohol es del 96.4% frente al 3.6% de los estudiantes que no consumen alcohol. Asimismo según la prueba de chi cuadrado de bondad de ajuste nos muestra que existen diferencias estadísticas significativas entre las proporciones de universitarios que consumen y no consumen alcohol.

**GRÁFICA N° 4**  
**FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL**



Fuente: Elaboración propia

**TABLA N° 5**  
**CONSUMO DE PSICOACTIVOS EN LOS ESTUDIANTES DE LA**  
**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA**

CONSUMO DE PSICOACTIVOS	TOTAL	
	N°	%
SI	444	46.0
NO	521	54.0
TOTAL	965	100

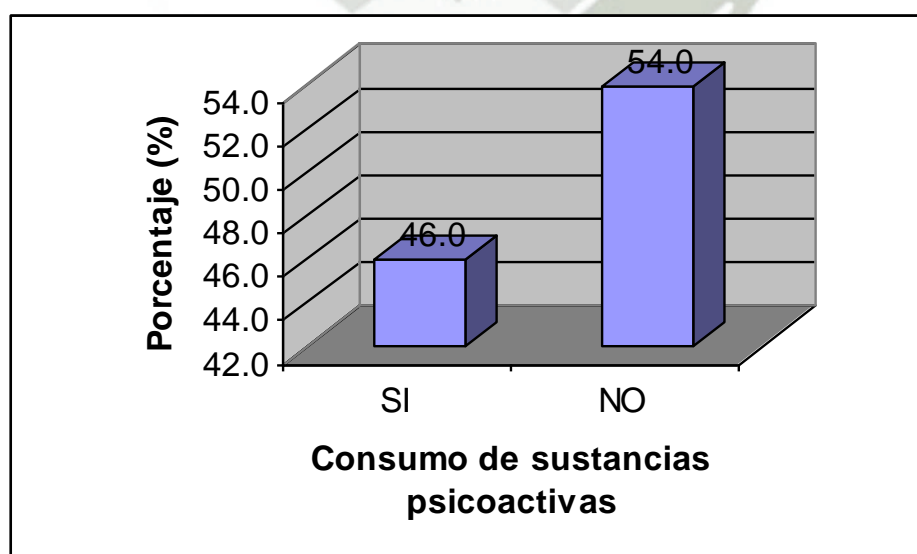
Fuente: COPRECOD - 2008

$$X^2 = 5.98$$

$$P < 0.05$$

Observamos en la tabla N°. 5, que el consumo de sustancias psicoactivas es del 46.0% frente al 54.0% de los estudiantes que no consumen sustancias psicoactivas. Asimismo según la prueba de chi cuadrado de bondad de ajuste nos muestra que no existen diferencias estadísticas significativas entre la frecuencia de universitarios que consumen y no consumen sustancias psicoactivas.

**GRÁFICA N° 5**  
**FRECUENCIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**



Fuente: Elaboración propia

**TABLA N° 6**  
**CONSUMO DE TABACO EN LOS ESTUDIANTES DE UNIVERSITARIOS SEGÚN LAS ÁREAS ACADÉMICAS DE**  
**LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA**

CONSUMO DE TABACO	ÁREA DE CIENCIAS DE LA SALUD		ÁREA DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES		ÁREA DE CIENCIAS JURÍDICAS Y EMPRESARIALES		ÁREA DE INGENIERÍAS		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	SI	136	46.9	74	56.5	128	69.6	227	63.0	565
NO	154	53.1	57	43.5	56	30.4	133	36.9	400	41.5
TOTAL	290	100	131	100	184	100	360	100	965	100

Fuente: COPRECOD - 2008

$$X^2=36.24$$

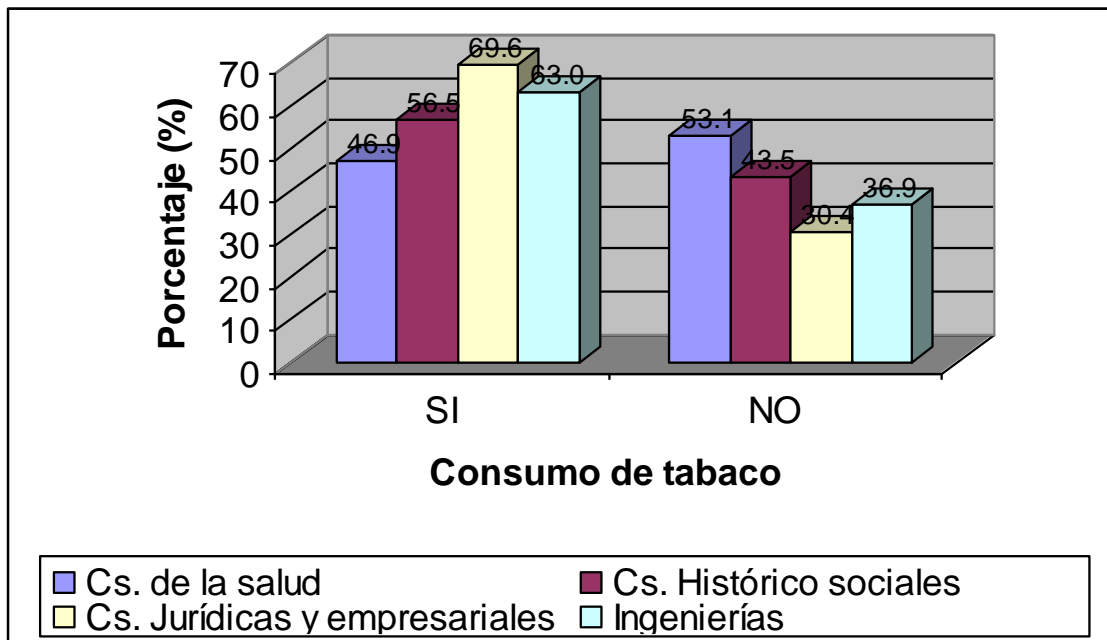
$$P<0.05$$

En cuanto al consumo de tabaco, se observa que el 69.6% de los estudiantes universitarios del área de Ciencias Jurídicas y Empresariales consumieron tabaco frente al 63.0% de los estudiantes del área de Ingenierías, 46.9% de los alumnos del área de Ciencias de la Salud y el 56.5% de los alumnos del área de Ciencias Histórico - Sociales.

Asimismo, según el chi Cuadrado nos indica que el consumo de tabaco en las diferentes áreas académicas presentó diferencias estadísticas significativas ( $P<0.05$ ).

GRÁFICA N° 6

FRECUENCIA DE CONSUMO DE TABACO SEGÚN EL ÁREA DE ESTUDIO



Fuente: Elaboración propia

**TABLA N° 7**  
**CONSUMO DE TABACO EN LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS SEGÚN GÉNERO**

CONSUMO DE TABACO	GÉNERO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO		N°	%
	N°	%	N°	%		
SI	238	50.7	327	65.9	565	58.5
NO	231	49.3	169	34.1	400	41.5
TOTAL	469	100	496	100	965	100

Fuente: COPRECOD - 2008

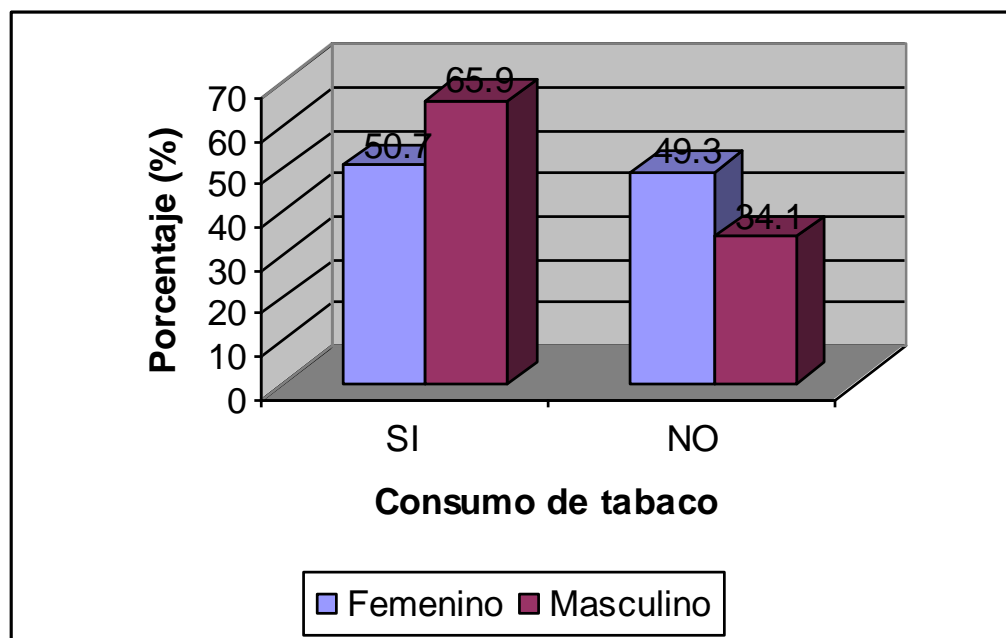
$X^2=42.33$

$P<0.05$

En la presente tabla, se aprecia que el 50.7% de los estudiantes universitarios del sexo femenino consumen tabaco, frente al 65.9% de los estudiantes del sexo masculino.

Asimismo, según la prueba estadística de chi Cuadrado, se observa que el consumo de tabaco en los universitarios del género masculino difiere significativamente de los universitarios del género femenino ( $P<0.05$ ).

**GRÁFICA N° 7**  
**FRECUENCIA DE CONSUMO DE TABACO SEGÚN GÉNERO**



Fuente: Elaboración propia

**TABLA N° 8**  
**CONSUMO DE TABACO EN LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS SEGÚN GRUPO ETÁREO**

CONSUMO DE TABACO	EDAD (años)										TOTAL	
	15-20		21-26		27-32		33-38		39-44		F	%
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
SI	258	55.5	275	62.2	27	55.1	2	40.0	3	75.0	565	58.5
NO	207	44.5	167	37.8	22	44.9	3	60.0	1	25.0	400	41.5
TOTAL	465	100	442	100	49	100	5	100	4	100	965	100

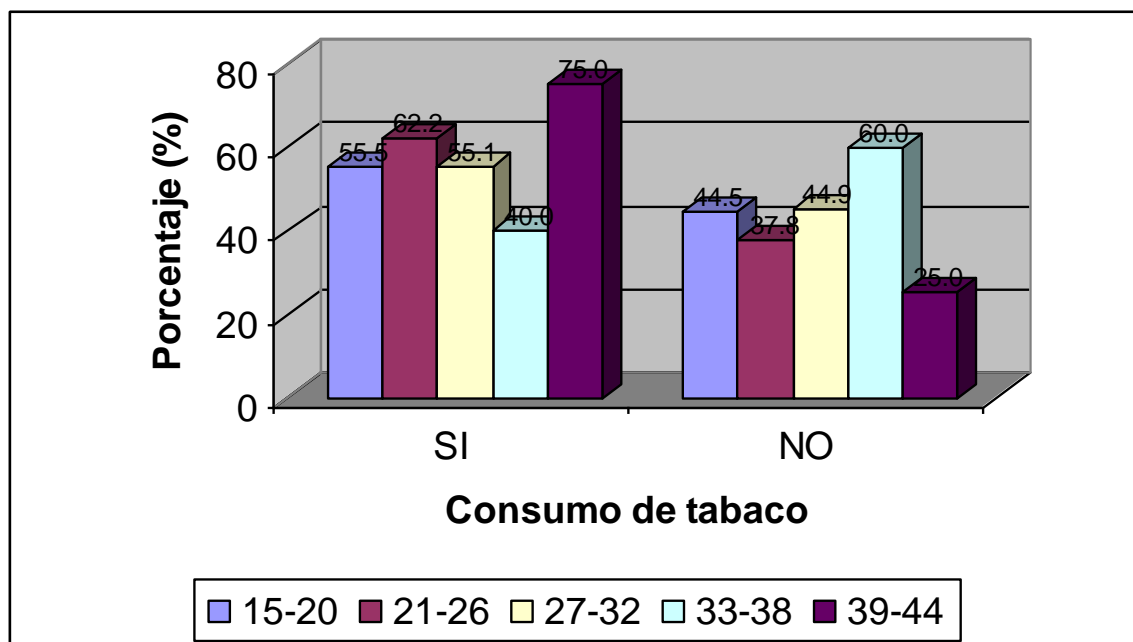
Fuente: COPRECOD - 2008

$$X^2=77.92 \quad P<0.05$$

Se evidencia, que el 55.5% de los estudiantes con 15 a 20 años consumen tabaco, frente al 62.2% de 21 a 26 años, el 55.1% de 27 a 32 años, el 40% de los estudiantes entre 33 a 38 años y el 75% de los estudiantes de 39 a 44 años.

Asimismo, según la prueba estadística de chi cuadrado, se observa que el consumo de tabaco en los diferentes grupos etáreos presentó diferencias estadísticas significativas (P<0.05)

**GRÁFICA N° 8**  
**FRECUENCIA DE CONSUMO DE TABACO SEGÚN GRUPO ETÁREO**



Fuente: Elaboración propia

**TABLA N° 9**  
**CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS SEGUN LAS ÁREAS ACADÉMICAS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA**

CONSUMO DE ALCOHOL	ÁREA DE CIENCIAS DE LA SALUD		ÁREA DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES		ÁREA DE CIENCIAS JURÍDICAS Y EMPRESARIALES		ÁREA DE INGENIERÍAS		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SI	276	95.2	127	96.9	181	98.4	346	96.1	930	96.4
NO	14	4.8	4	3.1	3	1.6	14	3.9	35	3.6
<b>TOTAL</b>	290	100	131	100	184	100	360	100	965	100

Fuente: COPRECOD - 2008

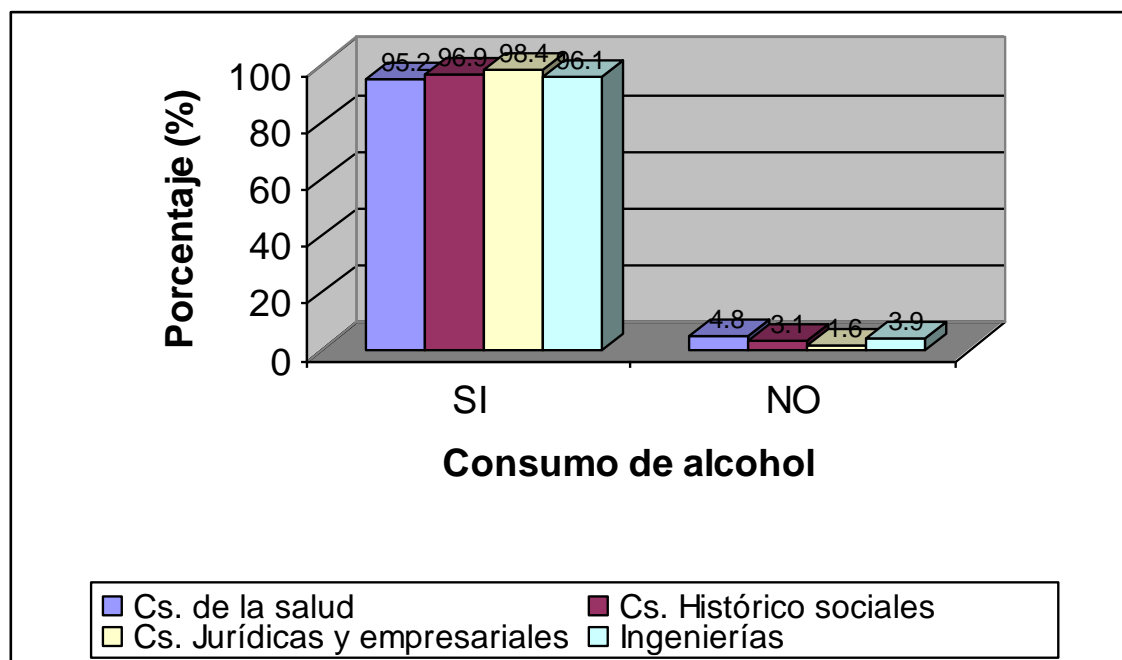
$$X^2=18.49$$

$$P<0.05$$

En la tabla N°. 9, se observa que el 95.2% de los universitarios que estudian en el área de ciencias de la salud consumen alcohol frente al 96.9% de los estudiantes del área de histórico-sociales; el 98.4% del área de Ciencias Jurídicas y Empresariales y 96.1% de los alumnos del área de Ingenierías.

Asimismo, según la prueba estadística de chi cuadrado se concluye que el consumo de alcohol en las diferentes áreas académicas presentó diferencias estadísticas significativas ( $P<0.05$ ).

**GRÁFICA N° 9**  
**FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN EL ÁREA DE ESTUDIO**



Fuente: Elaboración propia

**TABLA N° 10**  
**CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS SEGÚN GÉNERO**

CONSUMO DE ALCOHOL	GÉNERO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO		N°	%
	N°	%	N°	%		
SI	449	95.7	481	97.0	930	96.4
NO	20	4.3	15	3.0	35	3.6
TOTAL	469	100	496	100	965	100

Fuente: COPRECOD - 2008

$X^2=18.78$

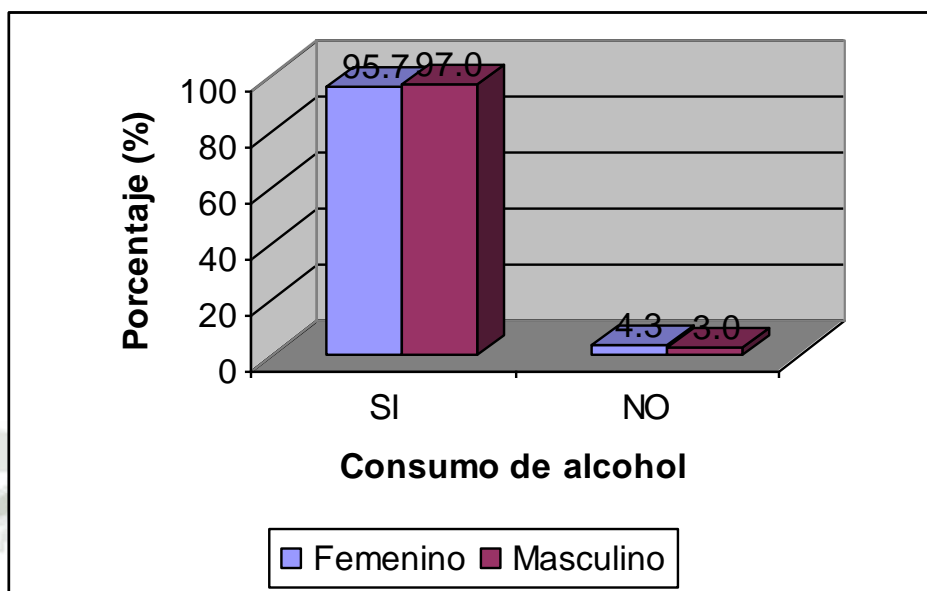
$P<0.05$

En la presentación, se observa que el 95.7% de los estudiantes universitarios encuestados del género femenino consumen alcohol, frente al 97% de los universitarios encuestados del género masculino. De la misma manera el 4.3% de los estudiantes del género femenino no consumen alcohol frente al 3.0% de los estudiantes del género masculino.

La tabla de la misma manera nos indica que según la prueba estadística de chi cuadrado que el consumo de alcohol en el género femenino presentó diferencias estadísticas significativas ( $P<0.05$ ) respecto al consumo de alcohol de los universitarios del género masculino.

GRÁFICA N° 10

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN GÉNERO



Fuente: Elaboración propia

**TABLA N° 11**  
**CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS SEGÚN GRUPO ETÁREO**

CONSUMO DE ALCOHOL	EDAD (años)										TOTAL	
	15-20		21-26		27-32		33-38		39-44			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
SI	441	94.8	432	97.7	48	98.0	5	100.0	4	100.0	930	96.4
NO	24	5.2	10	2.3	1	2.0	0	0.0	0	0.0	35	3.6
TOTAL	465	100.0	442	100.0	49	100.0	5	100.0	4	100.0	965	100.0

Fuente: COPRECOD - 2008

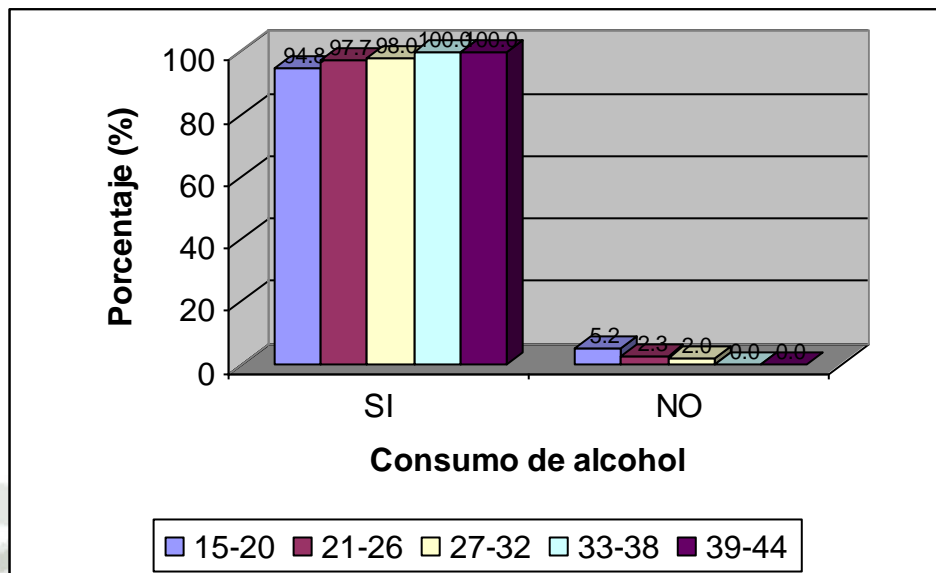
$X^2=46.74$        $P<0.05$

La investigación reporta en la tabla N°. 11, que el 94.8% de los estudiantes universitarios entre 15 a 20 años consumen alcohol frente al 97.7% de los estudiantes de 21 a 26 años; el 98% de los estudiantes de 27 a 32 años y el 100% de los universitarios mayores de 33 años consumieron alcohol.

Asimismo, la tabla muestra que según la prueba estadística de chi cuadrado, el consumo de alcohol en los grupos etáreos presentó diferencias estadísticas significativa ( $P<0.05$ ).

GRÁFICA N° 11

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN GRUPO ETÁREO



Fuente: Elaboración propia

**TABLA N° 12**

**CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS SEGÚN LAS ÁREAS ACADÉMICAS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA**

CONSUMO DE PSICOACTIVOS	ÁREA DE CIENCIAS DE LA SALUD		ÁREA DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES		ÁREA DE CIENCIAS JURÍDICAS Y EMPRESARIALES		ÁREA DE INGENIERÍAS		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	SI	101	34.8	75	57.3	90	48.9	178	49.4	444
NO	189	65.2	56	42.7	94	51.1	182	50.6	521	54.0
<b>TOTAL</b>	290	100	131	100	184	100	360	100	965	100

Fuente: COPRECOD - 2008

$$X^2=35.77$$

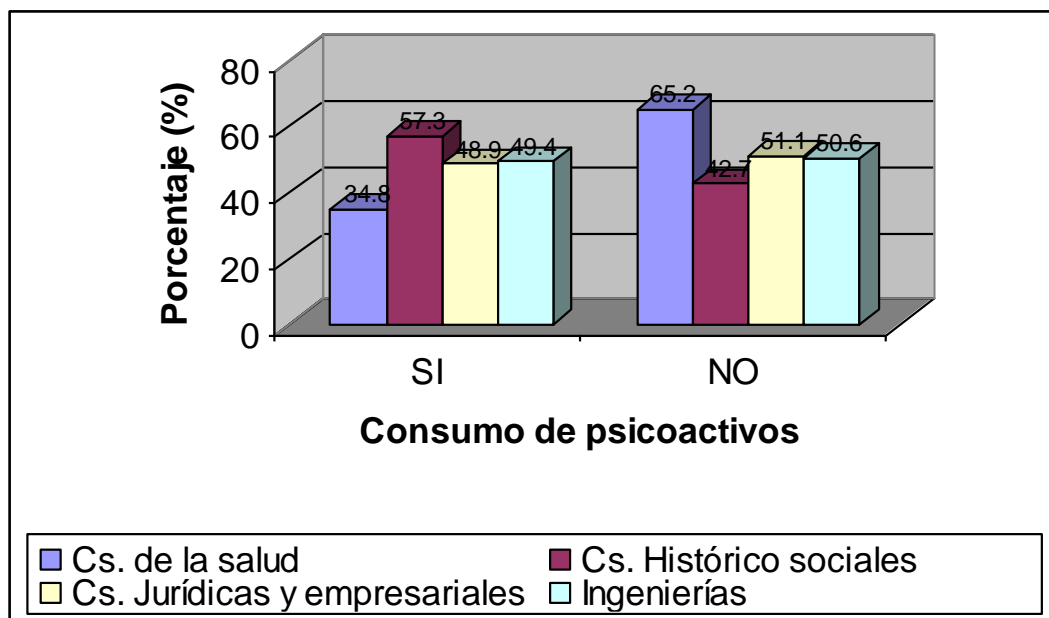
$$P<0.05$$

Mostramos en la presente tabla, que el 57.3% de los universitarios que estudian en el área de Ciencias Histórico-Sociales consumieron sustancias psicoactivas, frente al 49.4% de los universitarios que estudian en el área de Ingenierías; 48.9% de los estudiantes del área de Ciencias Jurídicas y Empresariales y el 34.8% de los estudiantes del área de Ciencias de la Salud que también consumieron sustancias psicoactivas.

Según la prueba estadística de chi cuadrado, se aprecia que el consumo de psicoactivos en los estudiantes de las diferentes áreas académicas presentó diferencias estadísticas significativas ( $P<0.05$ ).

GRÁFICA N° 12

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SEGÚN EL ÁREA DE ESTUDIO



Fuente: Elaboración propia

**TABLA N° 13**

**CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS SEGÚN GÉNERO**

CONSUMO DE PSICOACTIVOS	GÉNERO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO		N°	%
	N°	%	N°	%		
SI	163	34.8	281	56.7	444	46.0
NO	306	65.2	215	43.3	521	54.0
TOTAL	469	100	496	100	965	100

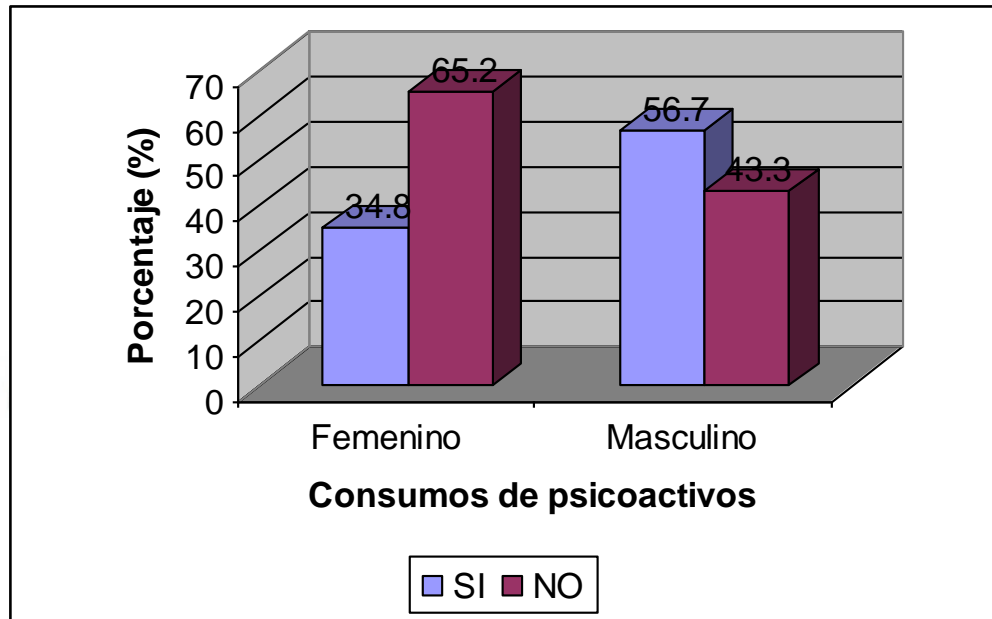
$X^2=59.51$        $P<0.05$

En la presente tabla, se muestra que el 34.8% de los estudiantes universitarios del género femenino consumen sustancias psicoactivas frente al 56.7% de los estudiantes del género masculino que no tienen esta actitud.

Según la prueba estadística de chi cuadrado, se observa que el consumo de sustancias psicoactivas en los alumnos del género femenino presentó diferencias estadísticas significativas ( $P<0.05$ ) respecto a los estudiantes del género masculino.

GRÁFICA N° 13

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN GÉNERO



Fuente: Elaboración propia

**TABLA N° 14**  
**CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS SEGÚN GRUPO ETÁREO**

CONSUMO DE PSICOACTIVOS	EDAD (años)										TOTAL	
	15-20		21-26		27-32		33-38		39-44		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
SI	169	36.3	246	55.7	26	53.1	1	20.0	2	50.0	444	46
NO	296	63.7	196	44.3	23	46.9	4	80.0	2	50.0	521	54
TOTAL	465	100	442	100	49	100	5	100	4	100	965	100

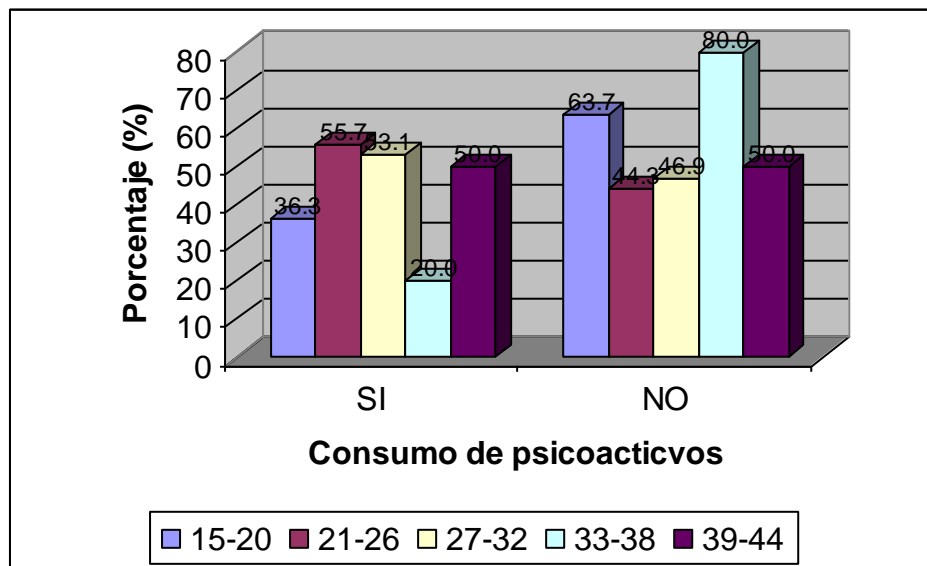
Fuente: Encuesta aplicada, noviembre – diciembre, 2008

$$X^2=68.50 \quad P<0.05$$

Podemos observar, que el 55.7% de los universitarios de 21 a 26 años consumen sustancias psicoactivas frente al 36.3% de los estudiantes con 15 a 20 años; el 53.1% de los alumnos de 27 a 32 años, el 20% de los alumnos de 33 a 38 años y el 50% de los alumnos con 39 a 44 años que consumen psicoactivos.

Según la prueba estadística de chi cuadrado, se observa que el consumo de psicoactivos en los diferentes grupos etáreos presentó diferencias estadísticas significativas ( $P<0.05$ ).

**GRÁFICA N° 14**  
**FRECUENCIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SEGÚN**  
**GRUPO ETÁREO**



Fuente: Elaboración propia

### **1.3 HÁBITOS DEL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**



**TABLA N° 15**  
**HÁBITOS DEL CONSUMO DE TABACO EN LOS ESTUDIANTES**  
**UNIVERSITARIOS**

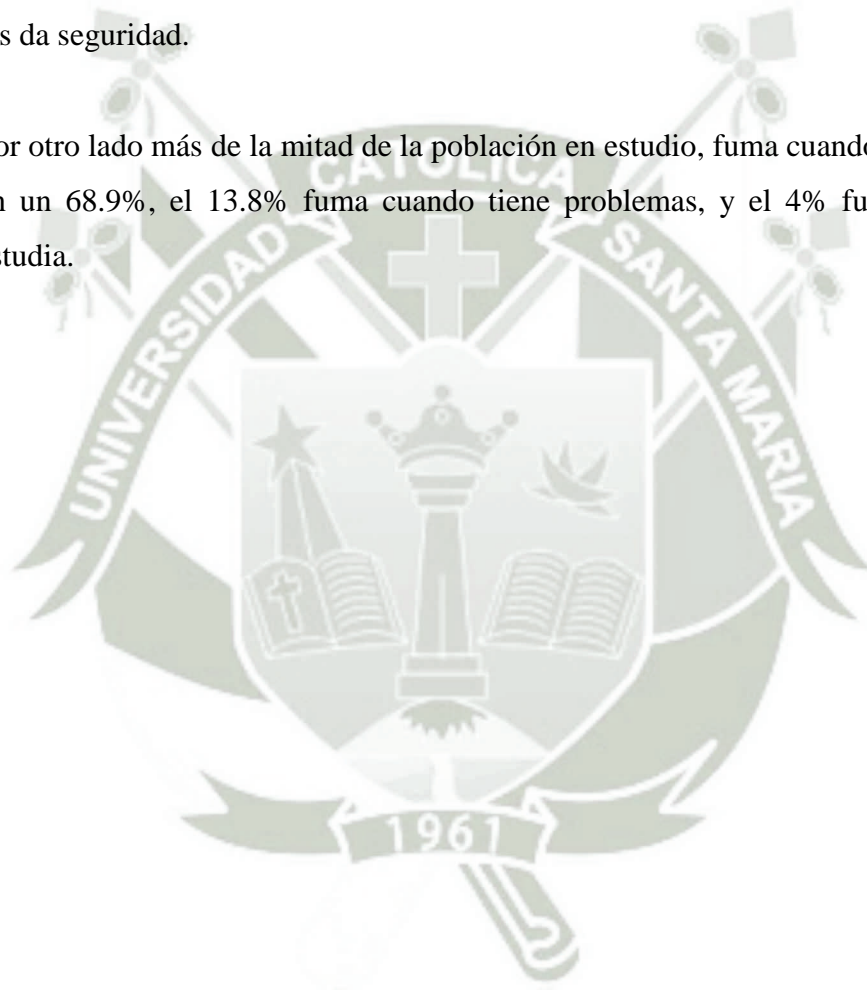
<b>HÁBITOS</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
<b>DEL CONSUMO DE TABACO</b>		
<b>EDAD DE INICIO</b>		
< 12	15	2.7
13 -14	109	19.3
15 – 16	211	37.3
17 – 18	230	40.7
<b>NÚMERO DE CIGARRILLOS</b>		
1 - 3	460	81.4
4 – 6	59	10.4
7 – 9	22	3.9
> 10	24	4.3
<b>MOTIVO DEL FUMAR</b>		
Me gusta y relaja	384	67.9
Mis amigos fuman	80	14.2
Decepción	63	11.2
Me da seguridad	38	6.7
<b>OCASIÓN DE FUMAR</b>		
Cuando tengo frío	75	13.3
Cuando bebo licor	389	68.9
Cuando tengo problemas	78	13.8
Cuando estudio	23	4.0
<b>TOTAL</b>	<b>565</b>	<b>100.0</b>

Fuente: COPRECOD - 2008

Los estudios realizados nos muestran en la tabla N°. 15, que un 40.7% de la población en estudio, inicia el consumo de tabaco entre las edades de 17 y 18 años, seguido del 37.3% con edades entre 15 y 16 años; sólo 2.7% inicia el consumo de tabaco antes de los 12 años de edad.

Con respecto al número de cigarrillos que consumen, la mayoría consume de uno a tres cigarrillos por día, y el 4.2% consumen más de 10 cigarrillos por día. En cuanto al motivo para fumar, más de la mitad (67.9%) respondieron que les gusta y les relaja, el 14.2% fuma porque su amigo fuma, y el 6.7% fuma porque les da seguridad.

Por otro lado más de la mitad de la población en estudio, fuma cuando bebe licor en un 68.9%, el 13.8% fuma cuando tiene problemas, y el 4% fuma cuando estudia.



**TABLA N° 16**  
**HÁBITOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES**  
**UNIVERSITARIOS**

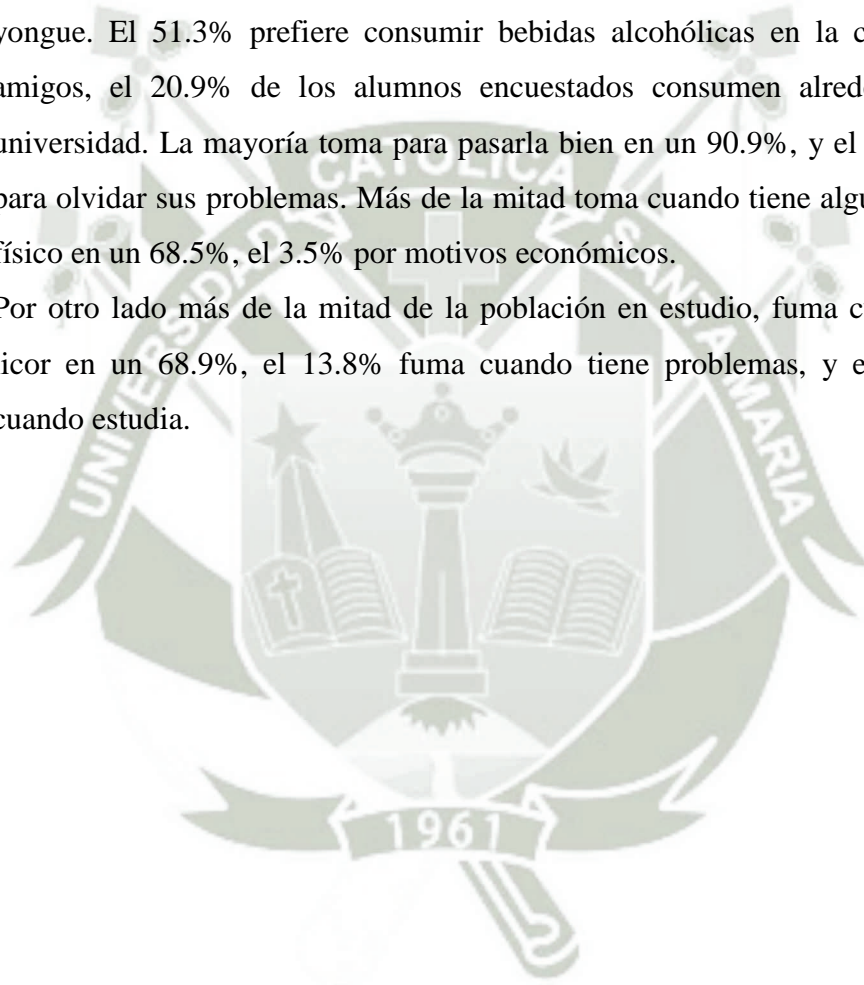
<b>HÁBITOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
<b>EDAD DE INICIO</b>		
< 12	57	6.1
13 -14	206	22.2
15 – 16	419	45.1
17 – 18	248	26.6
<b>FRECUENCIA DE CONSUMO</b>		
Todos los días	102	10.9
Algunos días	66	7.1
Fines de semana	372	40.0
Fines de mes	390	42.0
<b>TIPO DE BEBIDAS</b>		
Cerveza malta	624	67.1
Ron – Whisky	95	10.2
Pisco – vino	205	22.0
Aguardiente – Cañazo - yongue	6	0.7
<b>LUGAR DE CONSUMO</b>		
En mi casa	117	12.6
En la calle, playa, parques	141	15.2
Alrededor de la universidad	194	20.9
En casa de amigos	478	51.3
<b>MOTIVO</b>		
Para darme valor y dar la contra	15	1.6
Para sobresalir destacar	15	1.6
Para olvidar mis problemas	51	5.9
Para pasarla bien	849	90.9
<b>OCASIONES</b>		
Malestar físico	637	68.5
Psicológicos	126	13.5
Rendimientos académicos	33	3.5
Económicos	134	14.5
<b>TOTAL</b>	<b>930</b>	<b>100.0</b>

Fuente: COPRECOD - 2008

Realizando el análisis de la tabla N°. 16, muestra que cerca de la mitad de los alumnos que consumen bebidas alcohólicas inician el consumo entre las edades de 15 y 16 años en un 45.1%, seguido del 26.6% con edades entre 17 y 18 años; el 6.1% inicia el consumo de alcohol antes de los 12 años de edad.

En cuanto a la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas cerca de la mitad lo hace los fines de semana en un 42%. Asimismo más de la mitad prefiere la cerveza malta en un 67.1%, y el 22% de los alumnos encuestados toman preferentemente el pisco o el vino, solo el 0.7% toma Aguardiente, Cañazo o yongue. El 51.3% prefiere consumir bebidas alcohólicas en la casa de sus amigos, el 20.9% de los alumnos encuestados consumen alrededor de la universidad. La mayoría toma para pasarla bien en un 90.9%, y el 5.9% toma para olvidar sus problemas. Más de la mitad toma cuando tiene algún malestar físico en un 68.5%, el 3.5% por motivos económicos.

Por otro lado más de la mitad de la población en estudio, fuma cuando bebe licor en un 68.9%, el 13.8% fuma cuando tiene problemas, y el 4% fuma cuando estudia.



**TABLA N° 17**  
**HÁBITOS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS**

<b>HÁBITOS DEL CONSUMO DE SUSTANCIA PSICOACTIVAS</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
<b>EDAD DE INICIO</b>		
< 10	4	0.9
11 – 12	16	3.7
13 – 14	29	6.6
15 – 16	80	17.9
> 17	315	70.9
<b>TIPO DE DROGA</b>		
Marihuana	307	69.1
Inhalantes	10	2.2
Cocaína	68	15.3
Éxtasis	26	5.9
Anfetaminas	33	7.5
<b>FRECUENCIA DE CONSUMO</b>		
Todos los días	17	3.8
Algunos días de la semana	33	7.4
Durante los últimos 30 días	174	39.2
Hace más de un año	220	49.6
<b>LUGAR INICIO DE CONSUMO</b>		
En casa de amigos	177	39.9
En el colegio	35	7.9
En la universidad	67	15.1
En la calle	165	37.2
<b>LUGAR DE OFRECIMIENTO</b>		
En casa de mis amigos	23	5.2
Alrededor de la universidad	234	52.7
En el interior de la universidad	16	3.6
En una reunión social	171	38.5
<b>MOTIVO DE CONSUMO</b>		
Problemas con padres	7	1.6
Problemas sentimentales	10	2.3
Pasarla bien	28	6.3
Curiosidad	234	52.7
Sin motivos	165	37.2
<b>OCASIONES DE CONSUMO</b>		
Después de clases	17	3.4
Después de exámenes	33	7.5
Fin de ciclo	152	34.5
En fiestas de la universidad	242	54.6
<b>TOTAL</b>	<b>444</b>	<b>100.00</b>

Fuente: COPRECOD - 2008

La investigación reporta en la tabla N°. 17, que más de la mitad de los alumnos encuestados iniciaron el consumo de sustancias psicoactivas después de los 17 años en un 70.9%, el 18% inició el consumo de psicoactivos entre las edades de 15 y 16 años, solo el 0.9% consume psicoactivos antes de los 10 años de edad.


Con respecto al tipo de droga que consumen, la mayoría consume marihuana en un 69.1%, seguido de la cocaína en un 15.3%.

Cerca de la mitad de los alumnos encuestados consumió psicoactivos hace más de un año en un 49.6%, el 39.2% consumieron sustancias psicoactivas durante los últimos 30 días.

El 39.9% prefiere consumir sustancias psicoactivas en la casa de los amigos, seguido del 37.2% que prefiere consumir en la calle, y el 15.1% consume sustancias psicoactivas en la universidad.

Por otro lado más de la mitad encuentra las drogas alrededor de la universidad en un 52.7%, y el 38.5% adquiere las sustancias psicoactivas en reuniones sociales.

En cuanto al motivo, más de la mitad consumieron por curiosidad en un 52.7%, y el 37.2% consumieron drogas sin algún motivo en particular. El 54.6% consumieron drogas en las fiestas de la universidad, y el 34.5% consumieron sustancias psicoactivas al finalizar el ciclo académico.



## **1.4 RELACIÓN DE ALGUNOS FACTORES CON EL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

**TABLA N° 18**  
**RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE TABACO Y LA PERSONA CON LA**  
**QUE VIVE**

PERSONA CON LA QUE VIVE	CONSUMO DE TABACO				TOTAL	
	SI		NO		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Amigos	12	1.3	6	0.6	18	1.9
Familiares	111	11.5	88	9.1	199	20.6
Padres	361	37.4	257	26.6	618	64.0
Padrinos	2	0.2	0	0.0	2	0.2
Solo	79	8.2	49	5.1	128	13.3
<b>TOTAL</b>	<b>565</b>	<b>58.5</b>	<b>400</b>	<b>41.5</b>	<b>965</b>	<b>100</b>

Fuente: COPRECOD - 2008

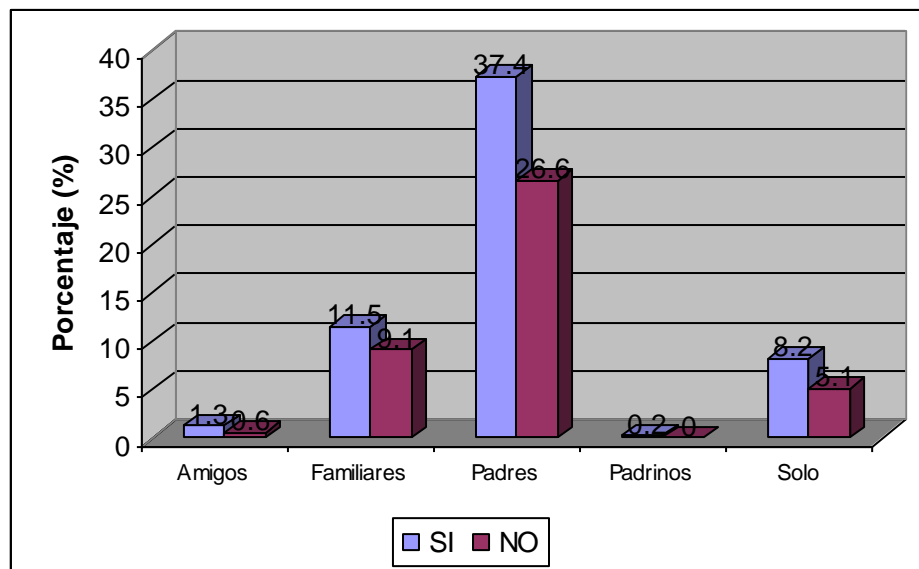
$$X^2=47.56$$

$$P<0.01$$

Observamos en la tabla N° 18, que el 37.4% de los estudiantes universitarios consumen tabaco y viven con sus padres, frente al 26.6% que no consumen tabaco; de la misma manera se aprecia que el 8.2% consumen tabaco y viven solos; frente al 5.1% que no consume tabaco.

Según la prueba estadística de chi cuadrado, se observa que el consumo de tabaco se asocia estadísticamente con el tipo de persona con la que vive (P<0.01).

**GRÁFICA N° 18**  
**RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE TABACO Y LA PERSONA**  
**CON LA QUE VIVE**



Fuente: Elaboración propia

**TABLA N° 19**  
**RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y LA PERSONA CON LA QUE VIVE**

PERSONA CON LA QUE VIVE	CONSUMO DE ALCOHOL				TOTAL	
	SI		NO		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Amigos	18	1.9	0	0	18	1.9
Familiares	191	19.8	8	0.8	199	20.6
Padres	592	61.3	26	2.7	618	64.0
Padrinos	2	0.2	0	0	2	0.2
Solo	127	13.2	1	0.1	128	13.3
<b>TOTAL</b>	<b>930</b>	<b>96.4</b>	<b>35</b>	<b>3.6</b>	<b>965</b>	<b>100</b>

Fuente: COPRECOD - 2008

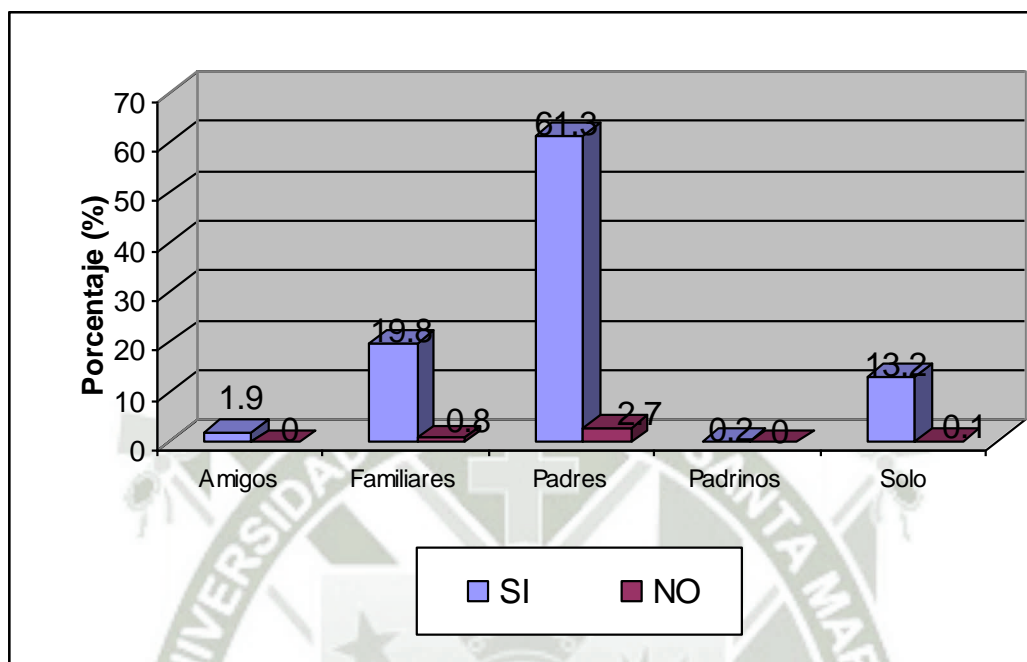
$$X^2=44.58$$

$$P<0.01$$

Se puede apreciar, que el 61.3% de los estudiantes universitarios consumen bebidas alcohólicas y viven con sus padres, frente al 2.7% de los que no consumen. Asimismo se muestra que el 19.8% de los estudiantes encuestados que viven con sus familiares consumen alcohol frente al 0.8% de los universitarios que no consumen alcohol.

Según la prueba estadística del chi cuadrado, se observa que la persona con la que vive y el consumo de alcohol, presentan una relación estadística significativa ( $P<0.01$ ).

**GRÁFICA N° 19**  
**RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y LA PERSONA**  
**CON LA QUE VIVE**



Fuente: Elaboración propia

**TABLA N° 20**  
**RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y LA PERSONA CON LA QUE VIVE**

PERSONA CON LA QUE VIVE	CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS				TOTAL	
	SI		NO		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Amigos	6	0.6	12	1.2	18	1.9
Familiares	43	4.5	156	16.2	199	20.6
Padres	252	26.1	261	27.0	513	53.2
Padrinos	2	0.2	1	0.1	3	0.3
Solo	141	14.6	91	9.4	232	24.0
<b>TOTAL</b>	<b>444</b>	<b>46.0</b>	<b>521</b>	<b>54.0</b>	<b>965</b>	<b>100.0</b>

Fuente: COPRECOD - 2008

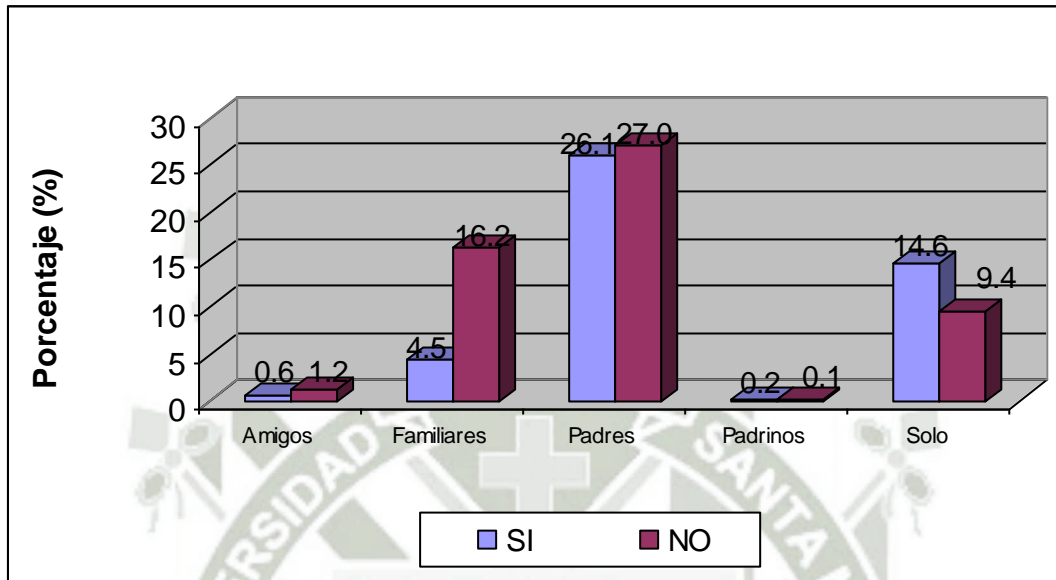
$$X^2=71.75$$

$$P<0.01$$

Según la tabla N°. 20, se muestra que el 26.1% de los estudiantes universitarios consumen sustancias psicoactivas y viven con sus padres; frente al 27% de los universitarios que también viven junto a sus padres y no consumen drogas. De la misma manera se aprecia que el 14.6% de los universitarios consumen sustancias psicoactivas y viven solos frente al 9.4% de los estudiantes que no consumen sustancias psicoactivas.

Según la prueba estadística del chi cuadrado, se observa que el consumo de sustancias psicoactivas y la persona con la que vive presentó una relación estadística significativa ( $P<0.01$ ).

**GRÁFICA N° 20**  
**RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS Y LA**  
**PERSONA CON LA QUE VIVE**



Fuente: Elaboración propia

**TABLA N° 21**  
**RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE TABACO Y EL TIPO DE PROBLEMA**

PROBLEMAS	CONSUMO DE TABACO					
	SI		NO		TOTAL	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Económico	150	15.5	69	7.2	219	22.7
Emocional	228	23.6	150	15.5	378	39.2
Familiar	63	6.5	48	5.0	111	11.5
Relación y Comunicación	108	11.2	112	11.6	220	22.8
Salud	16	1.7	21	2.2	37	3.8
<b>TOTAL</b>	<b>565</b>	<b>58.5</b>	<b>400</b>	<b>41.5</b>	<b>965</b>	<b>100.0</b>

Fuente: COPRECOD - 2008

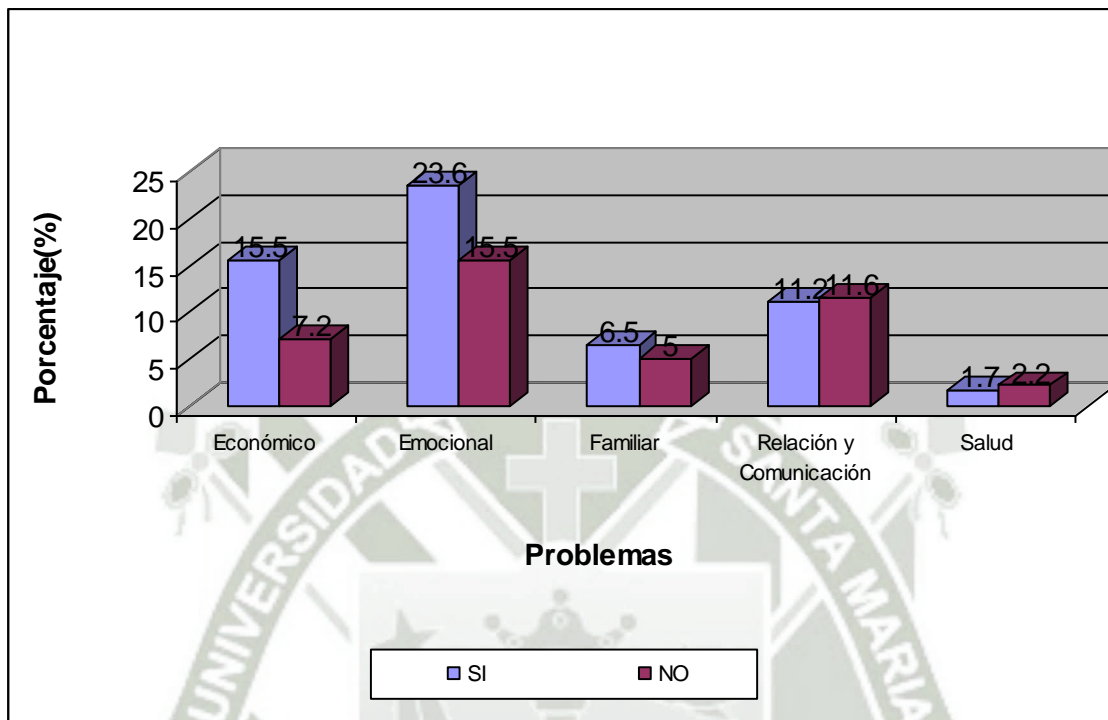
$$X^2=21.24$$

$$P<0.01$$

En la tabla de relación de los motivos de consumo, se muestra que el 23.6% de los estudiantes universitarios consumen tabaco y tienen problemas emocionales, frente al 15.5% de los estudiantes que no consumen tabaco; asimismo se aprecia que el 15.5% de los pacientes que consumen tabaco tienen problemas económicos frente al 7.2% que no consumen tabaco y tiene problemas económicos.

Según la prueba estadística de chi cuadrado, se observa que el consumo de tabaco presentó una relación estadística significativa ( $P<0.01$ ).

**GRÁFICA N° 21**  
**RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE TABACO Y EL TIPO DE**  
**PROBLEMA**



Fuente: Elaboración propia

**TABLA N° 22**  
**RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TIPO DE PROBLEMAS**

PROBLEMAS	CONSUMO DE ALCOHOL					
	SI		NO		TOTAL	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Económico	453	46.5	9	0.9	462	47.4
Emocional	337	34.6	16	1.6	353	36.2
Familiar	74	7.6	3	0.3	77	7.9
Relación y Comunicación	50	5.1	4	0.4	54	5.5
Salud	26	2.7	3	0.3	29	3.0
<b>TOTAL</b>	<b>940</b>	<b>96.4</b>	<b>35</b>	<b>3.6</b>	<b>965</b>	<b>100.0</b>

Fuente: COPRECOD - 2008

$$X^2=10.62$$

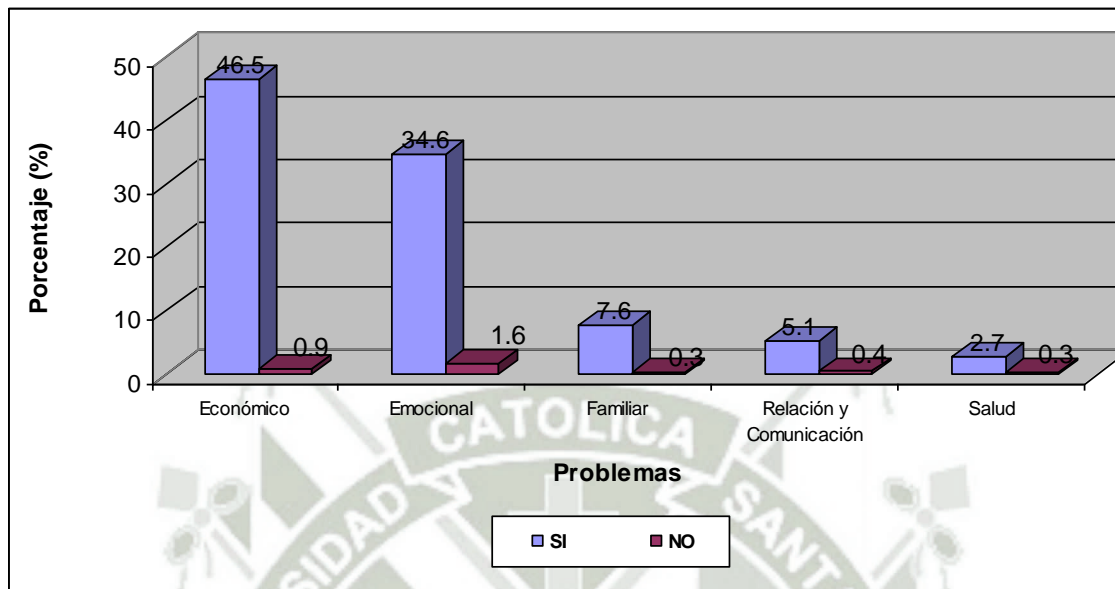
$$P<0.05$$

Se muestra en la tabla N°. 22, que el 46.5% de los estudiantes universitarios que consumen bebidas alcohólicas tienen problemas económicos, seguido del 34.6% de los alumnos encuestados que consumen alcohol y tienen problemas emocionales frente al 1.6% con este mismo problema y no consume alcohol

Según la prueba estadística de chi cuadrado, se observa que el consumo de alcohol y el tipo de problemas que presentan los estudiantes universitarios presentó una relación estadísticamente significativa ( $P<0.05$ ).

### GRÁFICA N° 22

#### RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y EL TIPO DE PROBLEMA



Fuente: Elaboración propia

**TABLA N° 23**  
**RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y EL**  
**TIPO DE PROBLEMAS**

PROBLEMAS	CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS				TOTAL	
	SI		NO		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Económico	67	6.9	88	9.1	155	16.1
Emocional	246	25.5	130	13.5	376	39.0
Familiar	51	5.3	80	8.3	131	13.6
Relación y Comunicación	72	7.5	164	17.0	236	24.5
Salud	8	0.8	59	6.1	67	6.9
TOTAL	444	46.0	521	54.0	965	100.0

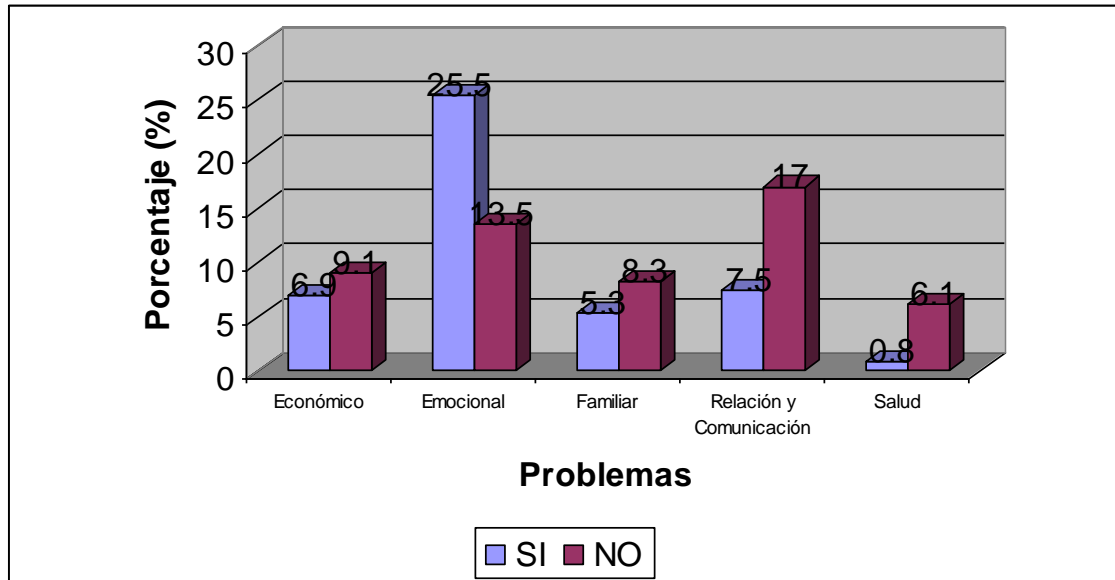
Fuente: COPRECOD - 2008

$$X^2=114.32 \quad P<0.01$$

Podemos observar en la tabla N°. 23, que el 25.5% de los estudiantes universitarios consumen sustancias psicoactivas y tienen problemas emocionales frente al 13.5% de los estudiantes con este problema pero no consumen sustancias psicoactivas. Asimismo el 6.9% de los universitarios que consumen sustancias psicoactivas tienen problemas económicos frente al 9.1% de universitarios encuestados que tienen problemas económicos y no consumen sustancias psicoactivas.

Según la prueba estadística del chi cuadrado, se observa que el consumo de psicoactivos y la presencia de los problemas tienen una relación estadística significativa ( $P<0.01$ ).

**GRÁFICA N° 23**  
**RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS Y EL TIPO**  
**DE PROBLEMAS**



Fuente: Elaboración propia



## DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Entre los problemas más frecuentes que fueron evaluados mediante la encuesta electrónica en la investigación fue la prevalencia del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, en la que se encontró que los estudiantes universitarios tienden a consumir más alcohol que tabaco; es decir, el 96.4% de los estudiantes consumen alcohol y el 58.5% consumen tabaco; estos resultados se contrastan con los obtenidos en CEDRO (2004) que ponen de manifiesto que el 76% de los universitarios en Lima metropolitana consumen tabaco, el 90% alcohol. Una investigación anterior de CEDRO (2002) reporta una prevalencia de 97.7% y la encuesta Nacional DEVIDA (2002) 94.2%, estos índices de prevalencia pueden presentar ciertas distorsiones de cálculo porque el primero toma una muestra pequeña de estudiantes universitarios y la segunda porque corresponde a la población general peruana. Sin embargo un dato en el que coincidimos y se confirma con lo reportado en investigaciones de otros países es que el alcohol es la droga más consumida y luego el tabaco.

En cuanto al consumo de tabaco según el área académica se encontró que el 69.6% de los estudiantes pertenecen al área de ciencias jurídicas y empresariales seguido del 63.0% de los alumnos del área de ingeniería que consumen tabaco. Asimismo en cuanto al género se observó que el consumo de tabaco en hombres fue del 65.7% tendiendo a ser menor en mujeres con el 50.7%. Asimismo en relación al grupo etáreo el 75% de los alumnos mayores de 39 años tienden a fumar con mayor frecuencia y la edad de inicio del consumo de tabaco se encuentra entre los 17 y 18 años con un 40.7% y el número de cigarrillos más frecuente es de 1 a 3 cigarrillos por día y manifiestan que el motivo del consumo de tabaco fue por el gusto y relajamiento con el 67.9%, la ocasión de fumar más frecuente es cuando beben licor con un 68.9%. Esta prevalencia y hábitos del consumo de tabaco es debido a la presencia de la nicotina que tiene propiedades psicoactivas que la convierten en una sustancia fuertemente adictiva, y su consumo regular estimula los centros cerebrales del placer, proporcionando estimulación para los momentos de baja activación o sueño, favorece la concentración y la memoria, facilita la ejecución de múltiples tareas, puede favorecer también el contacto social y a menudo sirve para controlar el peso corporal. Estos y otros efectos son sumamente útiles y gratificantes y aparecen de modo casi inmediato cuando enciende un cigarrillo o incluso antes, porque el

propio ritual de sacar y encender el cigarrillo ya provoca, por condicionamiento pavloviano e skinneriano, algunos de estos efectos. Estos hallazgos nos trazan un camino y un reto para replantear las estrategias informativas, de comunicación, y preventivas respecto al uso y abuso de las drogas legales, ya que las existentes no están modificando la percepción de daño que la población universitaria debería tener respecto a estas sustancias psicoactivas; los estudiantes deberían tener mejores juicios por presentar mejores niveles de instrucción respecto a otras poblaciones (MEGIAS, 1999, VALLEJOS, 2004).

El consumo de alcohol en los universitarios fue más frecuente en los estudiantes del área de ciencias jurídicas y empresariales (98.4%) seguido del área de Ciencias Históricas Sociales (96.9%) y el área de ingeniería con el 96.1%, asimismo tanto la mujeres (95.7%) como los varones (97%) consumieron alcohol; respecto al grupo etáreo se encontró que el mayor consumo lo presentaron los estudiantes mayores de 33 años. El estudio demuestra que la edad de inicio del consumo de alcohol fue entre los 15 a 16 años con un 45.1% con una frecuencia de consumo en fines de mes y semanas con el 42.0% y 40% respectivamente. Asimismo se encontró que el 67.1% de los estudiantes universitarios prefieren consumir cerveza malta, el 51.3% de los alumnos ingirieron alcohol en casa de amigos manifestando que los motivaba el sentirse bien (90.9%). Algunos expresan que ingieren alcohol cuando están con algún malestar físico (68.5%).

De lo anteriormente expresado se deduce que el consumo de alcohol es el problema de drogas más común y usual en nuestra comunidad, este es ofertado bajo una gran diversidad de bebidas de variada calidad y precio, y como señalan las diversas investigaciones (Ferrando, 1992; DEVIDA, 2002; CEDRO, 2004) es la sustancia psicoactiva más consumida en el país por la población de cualquier edad e independientemente del grado de instrucción, estrato socioeconómico o género. Su ingestión es una práctica frecuente y generalizada en todos los segmentos de la población, quizá por ello la proporción de quienes reportan haber consumido al menos una vez en su vida sea elevada. La última investigación de CEDRO (2002) reporta una prevalencia de 97.7% y la encuesta Nacional DEVIDA (2002) 94.2%, estos índices de prevalencia pueden presentar ciertas distorsiones de cálculo porque el primero toma una muestra pequeña de estudiantes universitarios y la segunda porque corresponde a la población general peruana. Sin embargo un dato en el que coincidimos y se confirma con lo

reportado en investigaciones de otros países es que el alcohol es la droga más consumida y luego el tabaco.

En cuanto al consumo de alcohol en relación al género, contrastando con otras investigaciones nos indican que tanto los varones como las mujeres consumen por igual, resultados similares fueron hallados por Contra drogas- INEI (1998) donde no encuentran diferencias significativas respecto al género, igualmente Chao(1998) reporta consumo de alcohol casi similar entre hombres y mujeres en las universidades particulares, estos resultados nos podrían estar indicando que ya no son tan diferentes los patrones de consumo de alcohol entre los estudiantes de ambos sexos.

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas ilegales se encontró que el 46% de los estudiantes universitarios consumieron alguna vez sustancias como marihuana, inhalantes, cocaína, éxtasis y/o anfetaminas, según el estudio de CEDRO 2005, refiere que el 57.3% consumieron al menos una vez sustancias ilegales. Un dato muy importante que demanda análisis es lo concerniente a la percepción de la peligrosidad de las drogas, donde la marihuana cobra una elevada aceptación social menos peligrosa, estatus que cada día va cobrando mas vigencia en espacios juveniles y que se va insertando cada día más en la vida cotidiana.

Nuestros resultados reportan que el consumo de sustancias psicoactivas en el área de Ciencias Histórico-Sociales es la más frecuente respecto al consumo, con un 57.3%, seguido del área de ingenierías con el 49.4%, asimismo se encontró que el consumo en los universitarios en cuanto al género fue del 56.7% en varones y el 34.8% en mujeres. Como señala Gamella y Jiménez (2003) al parecer con la marihuana se está produciendo una convergencia entre los géneros en el acceso y en el consumo, lo que puede estar indicando su creciente aceptación. Otro gran aspecto que debemos señalar que los universitarios entre 21 a 26 años y los mayores a 39 años tienden a consumir frecuentemente sustancias psicoactivas con un 57.7% y 50.0% respectivamente. Esto debido primeramente a la presión laboral existente en los futuros egresados y en el segundo caso a las responsabilidades adquiridas a nivel familiar y social.

Los hábitos más frecuentes de consumo en la presente investigación muestra que el 70.9% de los universitarios inician el consumo después de los 17 años y el tipo de droga es la marihuana (69.1%) con una frecuencia de consumo de más de un año. Asimismo manifiestan que el inicio de consumo fue en casa de amigos (39.9%) seguido del consumo en la calle (37.2%). El lugar de ofrecimiento fue alrededor de la universidad y en reuniones sociales 52.7% y 38.5% respectivamente. Manifiestan que el consumo fue la universidad (52.7%) y sin motivo alguno (37.2%). En lo referente a las ocasiones refieren hacerlo en fiestas de la universidad (54.65) y en fin de ciclo 34.5%.

Contrastando nuestra investigación con los resultados hallados en DEVIDA (2005), respecto al consumo de la marihuana (19.1%) son de suma preocupación porque los indicadores cuadruplican los índices hallados en estudios nacionales (CONTRADROGAS 1998, DEVIDA 2003, MINEDU DEVIDA, 2003) convirtiéndose en la droga ilegal más consumida y la más frecuente como droga ilícita de inicio; es la droga que esta muy diseminada en el ámbito adolescente y es la antesala de la experimentación e inicio de drogas de mayor potencial adictivo. Los datos indican que el consumo de las drogas sociales como el tabaco y el alcohol son factores de riesgo altamente significativos para el consumo de la marihuana, así como el consumir marihuana representa ser un indicador de riesgo muy elevado y altamente significativo para caer en el consumo de cocaína, el consumo de marihuana incrementa la probabilidad de consumir cocaína en más de 29 veces, en comparación a los que no consumen.

De otro lado las relaciones encontradas en la investigación se refieren a la comunicación que deberían tener los estudiantes mediante un vinculo familiar, pero este factor no es frecuente en el ámbito universitario, debido a que mucho de ellos migran hacia la ciudad en busca de mejoras académicas y por ende abandonan el vinculo familiar y en muchos casos los universitarios reemplazan por necesidad esta relación de convivencia mediante padrinos, familiares y en algunos casos ellos viven solos. Frecuentemente los estudiantes universitarios modifican sus actitudes debido al mal ejemplo de sus propios padres. La libertad que se genera en ellos conlleva a que los estudiantes se vean expuestos a factores que pueden generar pérdida de valores, cambios conductuales, cognitivos y sometimiento al consumo de sustancias psicoactivas licitas e ilícitas.

Entre nuestros hallazgos encontramos una relación significativa entre el consumo de tabaco, alcohol y psicoactivos con la persona que vive, obteniéndose principalmente que la convivencia con los padres es un factor condicionante que orienta hacia el consumo de estos psicoactivos, percepción que degenera la responsabilidad y compromiso de emprender metas que demanden esfuerzos para lograr sus objetivos; es decir, existe la pérdida del valor de autosuperación (Rojas, 2005; Trujillo, 2004). En todo caso habría que tomar con sumo cuidado la función que cumple el entorno familiar en relación al consumo de drogas, porque algunas investigaciones muestran evidencias empíricas de esta relación, (Trujillo, 2004).

En lo que concierne a nuestra investigación cabe precisar que las costumbres provenientes del hogar constituye un factor de riesgo porque aumenta la probabilidad del consumo de drogas; por otro lado el soporte social resulta también ser un factor predisponente. Estos hallazgos resultan lógicos y coherentes en la mayoría de los casos; lógicamente si fuera la familia el soporte social que no va a canalizar o consentir que la solución a los problemas sea a mediano y largo.

Un último hallazgo importante de nuestra investigación tiene que ver con las relaciones significativa o negativa que se establecen entre la percepción positiva de la salud con el consumo y abuso de las drogas sociales como el alcohol y el tabaco. Los datos de estos hallazgos se pueden interpretar en términos de cuanto mejor concepción tengan los estudiantes acerca de la importancia de la salud menores son las probabilidades de que abusen en el consumo de estas sustancias psicoactivas. Este hallazgo también tiene implicancias importantes en el ámbito de la prevención, esto es, una de las estrategias para reducir los riesgos de abuso y de dependencia de las drogas socialmente aceptadas y erróneamente consideradas como poco nocivas tiene que ver con la adopción de aptitudes y valores (factores disposicionales) para un estilo de vida saludable.

En relación a los factores disposicionales y contextuales de vida que regulan la conducta de los estudiantes universitarios encontramos en general la autopercepción sobre su estado de salud es Buena, y respecto a su ocupación, la mayoría sólo se dedica a estudiar y que predominantemente viven con su familia. Aún cuando en general la relación con sus padres es buena, la mayoría indica tener una mejor relación afectiva y de comunicación con la madre. A consideración de algunos investigadores todos estos

factores podrían convertirse en protectores respecto al consumo de sustancias psicoactivas y otras conductas de riesgo (Dishion, kavanagh, scheneiger, NELSON y KAUFMAN, 2004; Rojas, 2005). Mas específicamente PICO y FITZUPACTRIC (2002, véase Trujillo, 2004) sostiene que un factor de protección para el consumo de bebidas alcohólicas tiene que ver con la mayor presencia orientadora de los padres, aspecto que tiende a desvanecerse mientras pasan los años de estudios en la universidad.

En todo caso habría que tomar con sumo cuidado la función que cumplen los amigos en relación al consumo de las drogas, porque algunas investigaciones muestran evidencias empíricas de que una variable puede ser protectora para un grupo ante el consumo de determinadas sustancias psicoactivas y no serlo para otras (Trujillo, 2004).

Asimismo, cabe destacar que las otras personas que cumplen el papel de soporte emocional son aquellas del entorno más cercano, es decir, padres, hermanos, familiares. En este sentido, según Dishion et al., (2004) la intervención familiar es una estrategia viable para reducir el riesgo en la adolescencia.

De otro lado, resulta preocupante observar que uno de los grandes problemas más frecuentes o cotidianos entre otros estudiantes universitarios sean los económicos y emocionales; este último podría presentarse como un factor de riesgo para el uso de las sustancias psicoactivas. Es por ello que los datos presentados dejan clara la pertinencia de incluir en los programas de intervención ejes asociados al fortalecimiento de competencias emocionales en los estudiantes.

Sin lugar a dudas, utilizar el tiempo libre en actividades sociales, como ir a fiestas, reunirse y salir con amigos, constituye un factor de riesgo tanto para el consumo de drogas sociales (tabaco y alcohol) como para las ilegales y muy contrariamente, si el tiempo de ocio se utiliza productivamente.

DEVIDA, (2005), en la encuesta realizada en las universidades públicas y privadas encontró que el consumo de alcohol generalmente se realiza acompañado por los amigos (45.1%) lo que da un carácter socializador al alcohol, a diferencia del consumo solitario que presentan los alcohólicos, la mayoría de los estudiantes universitarios son consumidores ocasionales ( 64.4%), así como el mayor porcentaje de los estudiantes

refiere que el principal motivo tiene que ver con pasarla bien siendo por lo general el momento de consumo en fiestas y reuniones (83.9%), estos hallazgos coinciden por lo reportado; Chao (1998) y Figueroa (2002) quienes refieren que los universitarios usan el alcohol generalmente acompañados y en ocasiones de fiesta o reuniones sociales en la búsqueda de mejorar sus estados de ánimo y sentirse bien, es decir, los motivos para consumir alcohol es por motivos de estimulación, por motivos de socialización.

Un segundo factor preocupante es el relacionado a los tipos de problemas más frecuentes o cotidianos entre estudiantes universitarios sean los económicos y emocionales, siendo estos un factor de riesgo para el uso de sustancias psicoactivas. Los hallazgos evidencian que los problemas económicos, emocionales, de relación y comunicación son los factores predisponentes para el consumo de estos psicoactivos.

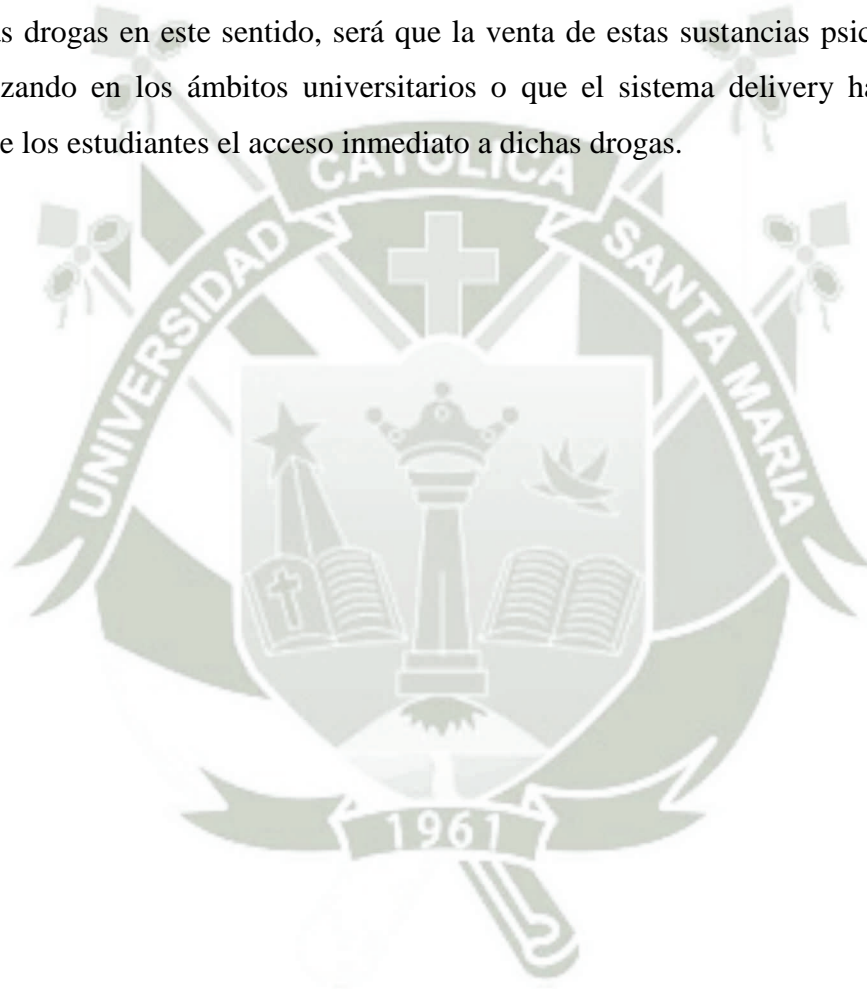
Esta situación debe ponernos en alerta, ya que, estaríamos frente a continuadores en el uso de las sustancias psicoactivas, consumo que se dan por los efectos reforzantes y adictivos de la misma sustancia, a decir de los estudiantes: “sigo consumiendo porque me gusta, para pasarla bien”, y además, favorecidos por nuestra indiferencia o negación a este fenómeno que conllevaría a los estudiantes involucrarse más en otras conductas de riesgo.

El alcohol junto con el tabaco, poseen una profunda influencia en la vida social y económica en nuestro país, como en la gran mayoría de los países y es en ese sentido que los estados actúan pasivamente frente al incremento del consumo del alcohol y el tabaco, priorizando el interés económico a la salud pública y bienestar social. Ello explica el porque las políticas de control de su consumo, no se dirige al control de la oferta, sino muy limitadamente a prevenir su consumo entre las personas, instruyéndoles en torno a sus peligros y la importancia de una vida libre sin consumo y saludable.

Otro dato relevante respecto al alcohol es que las razones que motivan su consumo se asocian a situaciones de diversión o de acompañamiento a emociones positivas, razones ya planteadas por otros estudios, que señalan que el consumo de alcohol y otras drogas están motivadas por razones de estimulación, socialización dejando atrás la hipótesis que la mayoría de los que consumen lo hacen como un mecanismo de automedicación a los malestares emocionales (Chau, 1999; Figueroa, Capa, Vallejos, 1999; Vallejos 2004).

Asimismo, el alto consumo de la marihuana entre las drogas ilegales, se relaciona con la baja percepción de daño respecto a esta droga, y su uso en situaciones sociales, afirmando su inserción como droga ilegal pero con mayor aceptación social.

Es preocupante que la mayor cantidad de estudiantes que tienen acceso a las drogas ilegales obtengan de manera fácil marihuana o las drogas de diseño, estos hallazgos coinciden por lo reportado; CEDRO (2004) en una muestra de estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. Cabe hacer ciertas interrogantes sobre el fácil acceso que se tiene a las drogas en este sentido, será que la venta de estas sustancias psicoactivas se está realizando en los ámbitos universitarios o que el sistema delivery ha puesto al alcance de los estudiantes el acceso inmediato a dichas drogas.



## CONCLUSIONES

### PRIMERA

La mayoría de estudiantes que respondieron la encuesta electrónica mediante el portal WEB de la UCSM fueron del área de Ingenierías y Ciencias de la Salud; en cuanto a la procedencia se encontró que la mayoría de los estudiantes universitarios proceden del departamento de Arequipa. En relación al género se obtuvo proporciones similares y con respecto a la edades entre 15 a 26 años.

### SEGUNDA

El consumo de alcohol es más frecuente en los estudiantes universitarios que el tabaco, asimismo se evidencia un incremento progresivo del consumo de sustancias psicoactivas. Según el área académica se observa que el consumo de tabaco es más frecuente en el área de ciencias jurídicas y empresariales seguida del área de ingeniería.

Se encontró también que el consumo de alcohol fue más frecuente en el área de ciencias jurídicas y empresariales seguido del área de ciencias histórico-sociales.

En cuanto al consumo de psicoactivos se aprecia que las mayores frecuencias obtenidas se encontraron en las áreas de ciencias histórico-sociales e ingenierías respectivamente. En cuanto al consumo de los psicoactivos lícitos e ilícitos fueron más prevalentes en varones que en mujeres y respecto al grupo etáreo de mayor consumo de tabaco se presentó en universitarios por encima de los 39 años; para el alcohol por encima de los 33 años y para el consumo de psicoactivos fue en universitarios entre 21 y 26 años.

### TERCERA

La edad de inicio del consumo de tabaco en los universitarios está por encima de los 17 años, con una frecuencia de consumo de uno a tres cigarrillos diarios, el motivo de consumo fue de gusto y relajamiento y la ocasión de fumar se dio cuando ingirieren licor.

En cuanto al alcohol los universitarios inician aproximadamente su consumo a partir de los 15 años, generalmente los fines de mes, prefiriendo cerveza malta en casa de amigos para pasarla bien y evitar el malestar físico (stress, baja autoestima, rendimiento académico deficiente).

El consumo de psicoactivos se inicia a partir de los 17 años mayormente con marihuana con una frecuencia no menor de un año en casa de amigos, por motivos de curiosidad, en fiestas de la universidad, abasteciéndose de los psicoactivos en los alrededores de la universidad.

#### **CUARTA**

Entre los factores que se relaciona con el consumo de drogas, encontramos a los tipos de problemas que se enmarcan en el contexto emocional (depresión, comportamiento hostil y autodestructivo, inmadurez sexual, ciertos rasgos esquizoides como: timidez y gusto por la soledad), económico, relación y comunicación, asimismo un segundo factor condicionante está ligado al entorno de convivencia en el cual se relaciona los aspectos conductuales de los padres y los amigos.

Los estadísticos de prueba utilizados confirman que la hipótesis planteada en la investigación ha sido comprobada, debido a que la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas se esta incrementado en los estudiantes de la Universidad Católica de Santa María (alcohol 96.4%; tabaco 58.5%; sustancias psicoactivas 46% ) este comportamiento presentó diferencias estadísticas significativas según áreas académicas, edad y género.

## RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

1. La temática de investigación conlleva a respuestas subjetivas, lo que amerita la validación de instrumentos para una mejor toma de datos evitando así algunos sesgos.
2. Debido al incremento de la prevalencia de consumo de psicoactivos lícitos e ilícitos es importante implementar programas preventivos promocionales que conlleven a solucionar esta problemática.
3. Se recomiendan realizar continuamente estudios de prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de la Universidad Católica de Santa María para determinar el comportamiento, cambios conductuales en el transcurso del tiempo, para tomar medidas preventivas.
4. Se debe realizar una investigación que teniendo como base los resultados de este trabajo controle, a través de un diseño investigativo las variables que no se cubrieron aquí como: influencia familiar, antecedentes de adicción, y religiosa; con el propósito de implementar medidas preventivas y de enriquecer el marco teórico.
5. Se recomienda que el Centro de atención Psicológica de la Universidad Católica de Santa María sea repotenciada por los estudiantes de Psicología y especialidades afines para atender a otros estudiantes, familiares y amigos, que desean charlas privadas de prevención, tratamiento y rehabilitación de la drogadicción.
6. Planificación, creación y promoción de un curso que conste de cinco temas (Intervenciones preventivas, farmacodependencia, drogadicción, salud mental, bioética), sobre la prevención del uso de drogas, e impartir un tema por mes en el auditorio principal dirigido al público en general.
7. Se recomienda que la universidad adopte un rol activo en la prevención sobre el uso de drogas con la exposición de vallas publicitarias antidrogas y promocionar un ambiente saludable.

8. Este trabajo presenta una propuesta a las autoridades de la universidad para que en estudios futuros puedan impulsar programas y proyectos preventivos orientados a los grupos que consumen sustancias psicoactivas.

## PROPUESTA

A.- La decisión de comenzar a estudiar los hábitos de consumo de los estudiantes universitarios de la UCSM responde a una razón estratégica de prevención, ya que es en éste ámbito probablemente que los jóvenes se inician en el consumo de drogas.

B.- La problemática de consumo y abuso de las drogas entre los jóvenes, también se traslada al ámbito universitario. Según Fredy da Silva, psiquiatra responsable del posgrado en drogodependencia de la Universidad Católica (UCU), “generalmente los alumnos con problemas de drogas no consultan o piden ayuda dentro de la universidad, sería como hacerlo dentro del ámbito laboral. Cuando lo hacen, se los deriva a instituciones nada adecuadas. La UCSM debe de potenciar el centro de atención Psicológica para de alguna manera tratar de solucionar esta problemática

C.- En la Universidad habría que hacer una campaña de sensibilización sobre el tema y poner a disposición de los estudiantes los recursos que existen con respecto a la adicción a las drogas.

D.- Organizar seminarios y foros en los cuales se analice la problemática de las drogas en general y la pertinencia del marco legal actual en materia de drogas en el Perú desde variadas disciplinas como la medicina, educación, psicología, ciencias sociales y los medios de comunicación.

E.- En la Universidad Católica de Santa María no existen políticas específicas sobre el tema de drogas y aparentemente no se han presentado problemas significativos al respecto, pero nuestra investigación demuestra la urgencia de la aplicación de medidas correctivas en el menor plazo, a efectos de solucionar este tipo de adicciones, con la implementación de Políticas Nacionales sustentadas por la ANR.

F.- La UCSM debe brindar apoyo a los estudiantes a través de los tutores quienes deben ofrecer orientación a los alumnos sobre temas académicos y, eventualmente, personales como es el caso de la drogadicción. También ofrecer el apoyo, para los que así lo deseen, un sacerdote que está disponible y capacitado en la temática.

G.- Proponemos la realización de acciones puntuales o la presencia permanente de personas referentes de consulta para el tratamiento del consumo y abuso de drogas. Sin embargo, la magnitud del problema (en cuanto a su gravedad, pero también en cuanto a la tendencia creciente del consumo) demanda políticas explícitas de prevención, orientación y apoyo.

H.- Para poder reducir la contribución, que las drogas incrementan la violencia en Arequipa, es necesario identificar los mecanismos y las drogas específicas que están realmente involucradas en el país.

I.- Diseñar medidas eficaces para contrarrestar estos mecanismos, medidas que las instituciones gubernamentales y no gubernamentales tendrían la capacidad de poder implementar. Las buenas intenciones no son un sustituto de planes específicos y prácticos. Un esfuerzo generalizado contra el abuso de las drogas no es lo mismo que un esfuerzo orientado a controlar el consumo. Reducir el problema de las drogas podría o no contribuir a reducir el problema de cambios conductuales.

J.- Reducir el consumo global de sustancias psicoactivas mediante intervenciones orientadas a la oferta o la demanda en los mercados

K.- Cambios en los patrones del consumo de sustancias psicoactivas, a través de una reducción en su consumo por personas o grupos demográficos identificados.

L.- Cambio en las circunstancias en que se consumen sustancias psicoactivas, para así poder reducir la posibilidad de hechos de violencia (por ejemplo, exigiendo que los lugares donde sirven bebidas alcohólicas aseguren que sus clientes no la asocien con otro tipo de drogas)

M.- Construir políticas contra las drogas ilícitas que minimicen su consumo, lo que debe captar la mayoría de nuestra atención es la criminalidad remunerativa y la violencia relacionada con los mercados de drogas.

N.- Esfuerzos para prevenir el uso abusivo de drogas; mediante el tratamiento para curar los efectos del uso abusivo de drogas y otras medidas persuasivas facilitadoras que estén diseñadas para motivar a los usuarios empedernidos de drogas a reducir o a cesar su consumo; y a través de medidas coercitivas orientadas a aquellos infractores identificados como usuarios de alto volumen de drogas.

O.- Finalmente proponemos que las personas con trastornos diagnosticables causados por el uso abusivo o por la dependencia de drogas pueden ser inducidas a entrar en un programa formal de tratamiento del problema. Dado que la gran mayoría del volumen en el mercado ilícito es para estas personas (a diferencia del número mayor de usuarios ocasionales y no adictos), y dado que son responsables de la mayor parte de los problemas causados bajo la influencia de drogas.

### **VISIÓN DE LA POLÍTICA DE PREVENCIÓN**

Niños, niñas, adolescentes y jóvenes del sistema educativo, con competencias y capacidades individuales y sociales que favorezcan un desarrollo armónico integral consistente, que desarrollan estrategias de autocuidado y optan por el consumo responsable de drogas lícitas y por el no consumo de drogas ilícitas.

### **MISIÓN DE LA POLÍTICA**

“Generar instrumentos y estrategias que permitan organizar de un modo racional y coherente las intervenciones llevadas a cabo en el sistema”

### **OBJETIVOS DE LA POLÍTICA**

Proveer el conjunto de orientaciones necesarias para apoyar las iniciativas preventivas desarrolladas en el ámbito educativo y proporcionar las directrices que permitan ordenar la convergencia de los actores en el espacio educativo frente al tema de la prevención, regulando el ingreso de la oferta de estrategias preventivas.

## ESTRATEGIAS DE LA POLÍTICA DE PREVENCIÓN

- Enfocar las intervenciones preventivas por niveles.
- Estructurar la prevención del consumo de drogas en torno a actuaciones sistemáticas y graduales.
- Promover la creación de estructuras preventivas dentro de los establecimientos
- Diseñar e implementar actividades que incorporen las especificidades de la cultura juvenil
- Incorporación explícita de los contenidos preventivos.
- Acciones de detección temprana de predictores de consumo.
- Diseño de acciones y política basados en la autonomía, autorregulación y el discernimiento de los estudiantes.
- Acciones específicas con población en riesgo
- Generar insumos que apoyen técnica y metodológicamente a los equipos comunales y estudiantes de prevención.
- Incorporar a la familia en el planeamiento, ejecución y evaluación de las acciones preventivas.

## BIBLIOGRAFÍA

- CAPA, W (1999). Conducta asertiva; una aproximación Interconductual. En A. Bazán (Ed): Aportes Conceptuales y Metodológicos en psicología aplicada (PP 165 – 188). México – Sonora; ITSON.
- CEDRO (1993). Opiniones sobre drogas en el Perú población urbana. Monografía de Investigación N<sup>o</sup> 8 Lima: Cedro
- CEDRO (1995). Guía de alternativas de tratamiento y ayuda en caso de dependencia. Lima: Cedro
- CEDRO (1997). Epidemiología del Abuso de drogas en la Población urbana de Lima. Monografía de investigación N<sup>o</sup> 12. Lima: Cedro
- CÓRDOVA, L.; CAPA, W.; Panduro Vallejos, M (1999). Autocontrol, ambiente familiar y asertividad: su relación con el consumo de alcohol en estudiantes preuniversitarios. Revista Científica Wiñay Yachay,3,1,61-76
- CHAU, C. (1998). Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios motivaciones y estilos de afrontamiento. Tesis para optar el Grado de Maestro en Psicología. Lima: PUCP
- DEVIDA (2003). II Encuesta Nacional sobre prevención y Consumo de Drogas 2002. Lima – Perú.
- DEVIDA (2005). I Encuesta sobre información hábitos y actitudes hacia el consumo de de sustancias psicoactivas en universitarios de Lima metropolitana. Lima – Perú.
- DÍAZ, A. Y SANDI, L. (1196). Validación del “drug use screening inventory” (DUSI) en la población adolescente de Costa Rica. Original, 8, 3,277\_293.

- Dishion, T., Kavanagh, K., Scheneiger, A., Nelson, S., y Kaufman, N. (2004). Prevención del consumo de sustancias en la adolescencia temprana: Una estrategia familiar para la escuela pública media. *Revista Peruana de Drogodependencias: Análisis e Investigación*, 21, 37-64.
- DUPONT, R. (1987). *Drogas de entrada. Una guía para la familia*. México: Trillas
- Ferrando (1992). *Los jóvenes en el Perú opiniones, actitudes y valores* Lima: Cedro.
- FIGUEROA; CAPA, W & VALLEJOS, M. (1999). Niveles de comunicación familiar y factores de riesgo en el uso de drogas en escolares de secundaria de Lima Metropolitana. Instituto de Investigaciones Psicológicas, UNFV.
- GAMELLA, Y JIMÉNEZ M. (2003). *El consumo prolongado de cannabis. Pautas tendencias y consecuencias*. Andalucía, España: FAD.
- MINEDU, DEVIDA, CEDRO, ONUDD (2003). *Estudio epidemiológico sobre el Consumo de Drogas en la Población Escolar de Secundaria de Menores 2002*. Lima: Autor.
- MORMONTOY, W. (1993). *Elaboración del protocolo de investigación*. Universidad Peruan Cayetano Heredia. Lima – Perú.
- OCONELL, D, y Patterson, H. (1989). A survey of current college alcohol abuse programs, attitudes and training needs. *Journal of Alcohol and drug Education* 43, 2, 61-69.
- PEÑAHERRERA, E. (1998). *Comportamiento de riesgo adolescente: Una aproximación Psicosocial*. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Perú*, 16. 2, 266-293.
- ROJAS, M. (2005). *Consumo de Drogas Psicoactivas en un colectivo de púberes y adolescentes. Pautas y tendencias*. Lima.

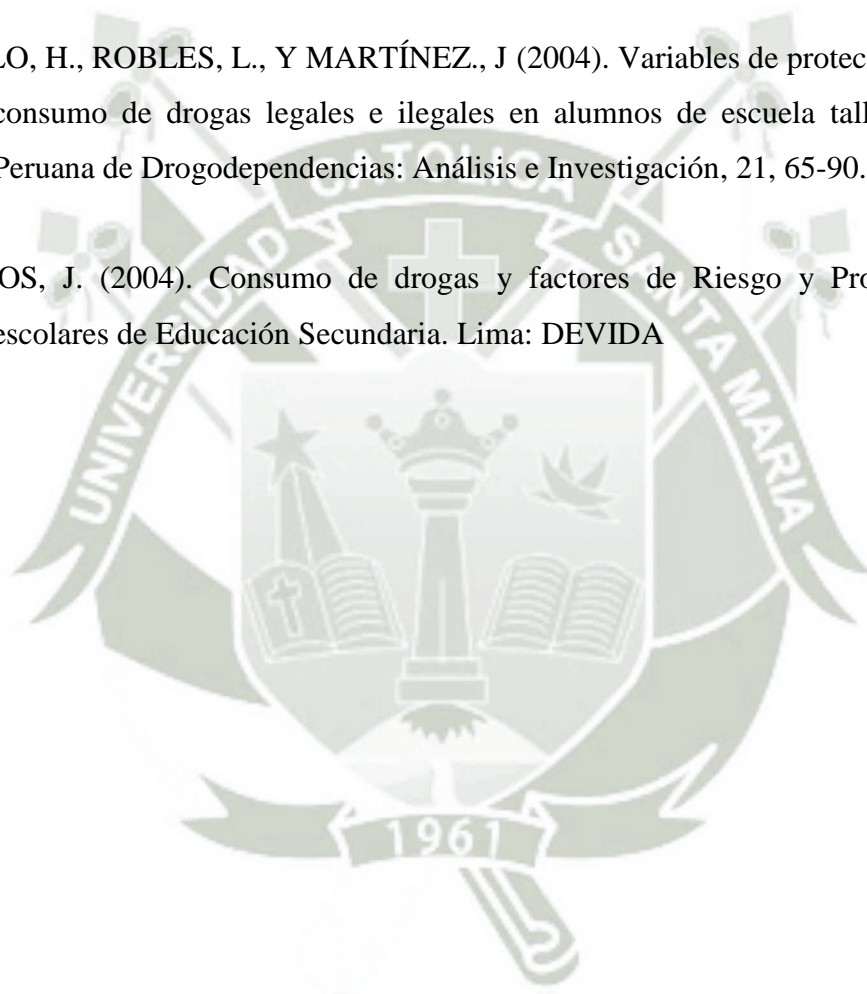
RODRÍGUEZ, E. (1996). Estructura de la personalidad adicta. Lima: UNFV. Ribes, E & López F: (1985). Teoría de la conducta: Un análisis de campo y paramétrico. México: Trillas.

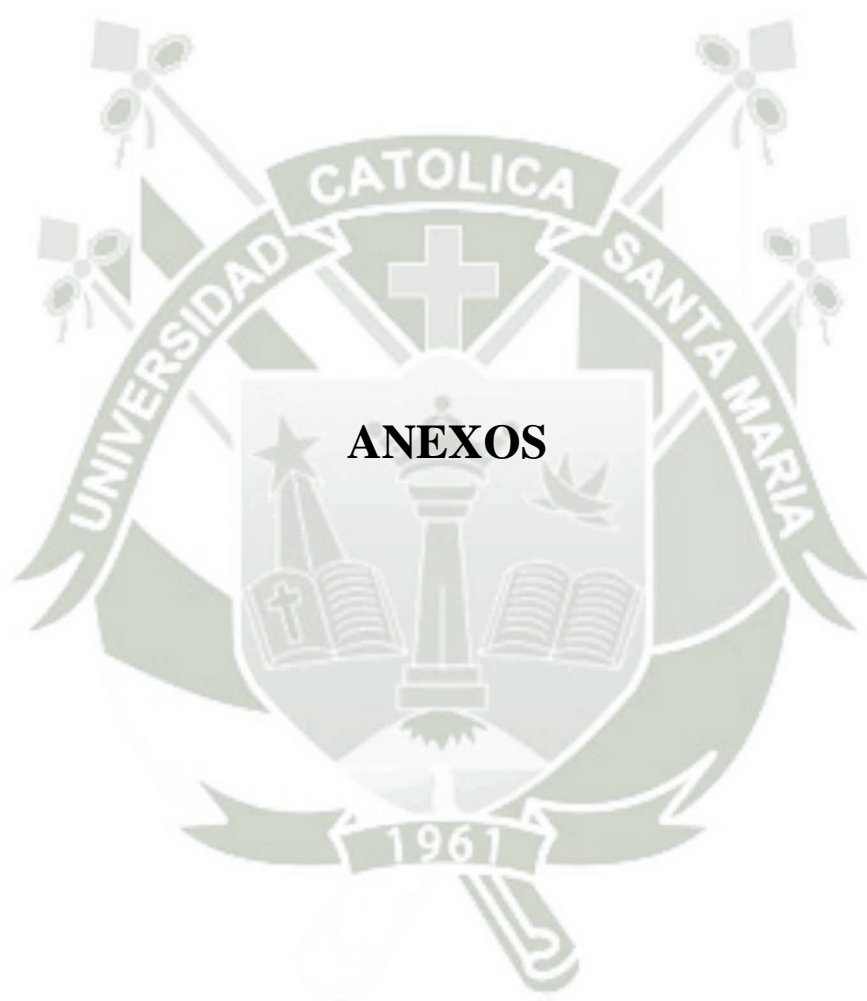
SAAVEDRA, A. (1997). Comorbilidad en el alcoholismo. Serie de Monografías de Investigación N<sup>o</sup> 5. Lima: INSM HD-HN.

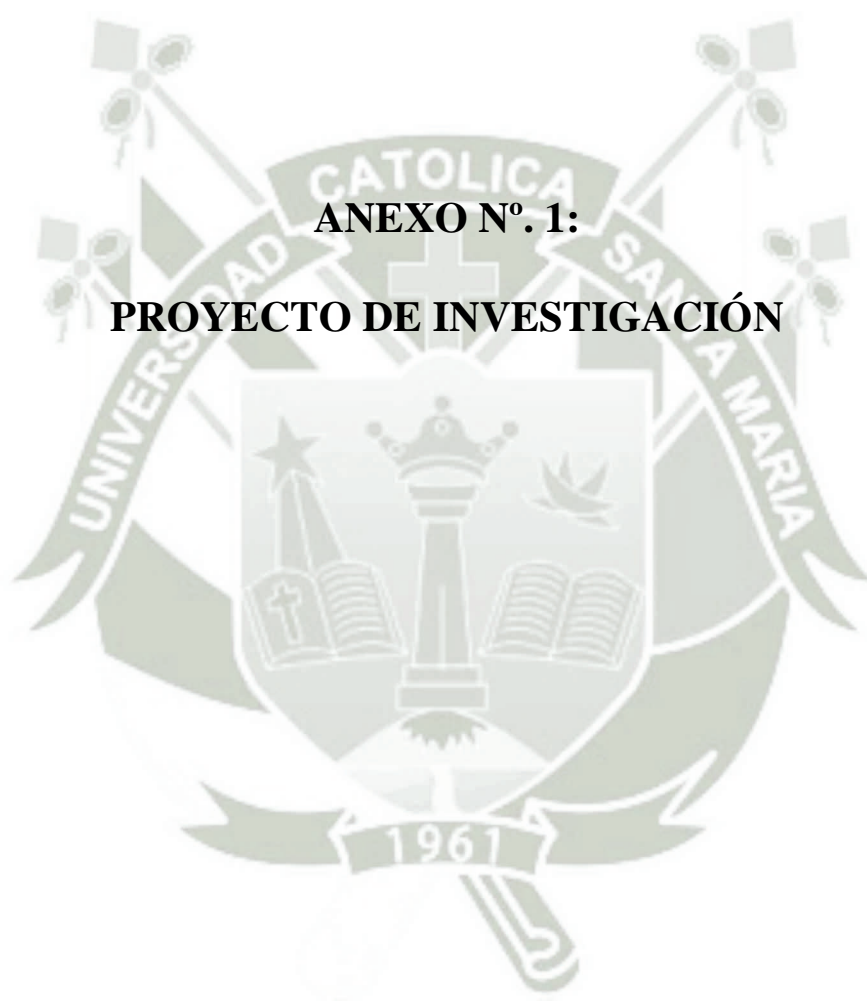
SCHEAFFER, R., MENDENHAL, W.y LYMA, O. (1987). Elemento de muestreo. Editorial Iberoamericana S. A. México.

TRUJILLO, H., ROBLES, L., Y MARTÍNEZ., J (2004). Variables de protección ante el consumo de drogas legales e ilegales en alumnos de escuela taller. Revista Peruana de Drogodependencias: Análisis e Investigación, 21, 65-90.

VALLEJOS, J. (2004). Consumo de drogas y factores de Riesgo y Protección en escolares de Educación Secundaria. Lima: DEVIDA







# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## ESCUELA DE POSTGRADO

### MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



**“COMPARACIÓN DE LA PREVALENCIA DEL CONSUMO  
DE DROGAS EN LOS ESTUDIANTES DE LA  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA;  
AREQUIPA- 2008”**

**Proyecto de Tesis presentado por el Bachiller:  
CARLOS ALBERTO MEDINA POMAREDA  
Para optar el grado académico de Magíster  
en Salud Pública**

**AREQUIPA – PERÚ  
2008**

## I. PREÁMBULO

Los problemas derivados del uso de las drogas han venido incrementándose en años recientes. De un lado la globalización y el acceso ilimitado a la información permiten que usos y costumbres novedosas, entre ellas el consumo de determinadas drogas se difunda sin control. Lo mismo ocurre con las instrucciones para extraerlas o sintetizarlas, lo cual, obliga a que sea imperativo el contar con elementos que permitan apreciar el comportamiento de la población frente a las drogas.

Los adolescentes, y entre ellos los estudiantes universitarios constituyen grupos vulnerables para la iniciación del consumo de drogas, por lo que se hace necesario la monitorización de las opiniones, actitudes, percepciones y costumbres de los estudiantes en relación a las drogas. Uno de los factores de riesgo mas importante para la iniciación en el consumo de drogas, lo constituye en nuestro medio la accesibilidad (oferta), seguido del género, y la presentación de familias disfuncionales. Desde su fundación, diversas organizaciones han venido llevando a cabo estudios epidemiológicos y de opinión a fin de efectuar el diagnóstico del consumo de drogas por diversos sectores de la población urbana, a nivel nacional.

Este estudio tiene por objeto aproximarnos rápidamente al mundo de los universitarios y el entorno de las drogas.

Las drogas, constituyen un flagelo de la humanidad, de gran impacto en la salud pública. El consumo de las drogas ilegales constituye un eslabón de una cadena malévola de producción y tráfico que corrompe personas, instituciones y aún países. El problema afecta mayormente a la población joven.

En el Perú el consumo de drogas ha mostrado variaciones importantes a partir de la década de los 70, fecha en la que se realizan las primeras encuestas y otros estudios de carácter epidemiológico y social con el interés de conocer la distribución del consumo de drogas en el país. Al tradicional problema de uso de marihuana entre los jóvenes y algunos grupos de la población adulta, se suma un consumo cada vez mayor de cocaína en forma de pasta básica que ha llegado hasta los niños y los sectores pobres de la población y clorhidrato de cocaína, inicialmente droga de clases altas hoy generalizada por la disminución de los precios que se llega a consumir en todos los estratos sociales. A finales de los noventas se introducen en el país nuevas drogas como las metanfetaminas (éxtasis, MDMA), que al inicio afectan principalmente a los jóvenes

de 19 a 24 años asistentes a discotecas de las ciudades, para posteriormente introducirse entre los escolares de secundaria, en un patrón de distribución que va abarcando poblaciones mas jóvenes.

Los diferentes estudios epidemiológicos y de casos realizados en la última década han mostrado que el abuso de inhalantes es importante entre los diferentes grupos etáreos. Estas personas expulsadas de sus hogares principalmente por violencia intrafamiliar, abandonan sus pueblos y ciudades y vienen a vivir en las grandes ciudades, en un clima de abandono social, violencia, delincuencia y estigmatización...

Así, los severos problemas derivados de la adicción a las drogas ilegales son observados por la población como un problema casi cotidiano, y por los especialistas como una epidemia. En este marco, las drogas tienen un rol preponderante en el imaginario popular, producto de un incremento en los problemas derivados de su uso que llama cada vez más la atención de nuestra comunidad y las autoridades sanitarias.

La emergencia de nuevas drogas de síntesis asociada a la globalización imperante y el acceso ilimitado de información, la introducción de los medios informáticos y el Internet, así como un mayor acceso a la información a través de los medios masivos de comunicación, facilitan la adopción de usos y costumbres novedosas y patrones de comportamiento permisivos del consumo de drogas, las que se difunden sin control principalmente entre la población mas joven, grupo mas proclive a la iniciación del consumo.

La comunidad reconoce que la aplicación de medidas preventivas de la iniciación y consumo de drogas constituye uno de los elementos primarios para el combate efectivo de la epidemia que representa el consumo de drogas en nuestra población. Por ello es necesario contar con elementos que permitan conocer cuánto, cómo, donde y por qué los estudiantes universitarios consumen drogas, así como apreciar el comportamiento frente a las drogas y estimar la magnitud y las variaciones del consumo y la adicción a las drogas, para poder actuar eficazmente desde lo preventivo.

## **II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

### **1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **Enunciado**

**“COMPARACIÓN DE LA PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA; AREQUIPA - 2008”**

**1.1 Descripción del Problema**

**1.1.1. Campo, Área del Conocimiento, y línea de acción**

- Campo: Ciencias Sociales y de la Salud :
- Área : Educación Superior
- Línea: Consumo de drogas
- Especialidad: Salud Pública

**1.1.2. Operacionalización y Descripción de Variables**

Variable Única: Prevalencia del consumo de Drogas licitas e ilícitas

Indicadores:

<b>INDICADORES</b>	<b>SUBINDICADORES</b>
1. Características generales de la población en estudio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Área Académica</li> <li>- Procedencia</li> <li>- Género y Edad</li> </ul>
2. Consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Área Académica</li> <li>- Género</li> <li>- Grupo Etéreo</li> </ul>
3. Hábitos de consumo: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabaco</li> <li>- Alcohol</li> <li>- Sustancias Psicoactivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad de Inicio</li> <li>- No. de Cigarrillos</li> <li>- Motivo del Fumar</li> <li>- Ocasión del fumar</li> <li>- Edad de Inicio</li> <li>- Frecuencia de Consumo</li> <li>- Tipo de bebidas</li> <li>- Lugar de consumo</li> <li>- Motivos</li> <li>- Ocasiones</li> <li>- Edad de Inicio</li> <li>- Tipo de droga</li> <li>- Frecuencia de consumo</li> <li>- Lugar de inicio de consumo</li> <li>- Lugar de ofrecimiento</li> <li>- Motivo de consumo</li> <li>- Ocasiones de consumo</li> </ul>
4. Factores predisponentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de problemas</li> <li>- Persona con la que vive</li> </ul>

### 1.1.3. Interrogantes Básicas

1. ¿Cuáles son las características de los estudiantes de la UCSM, según el área académica, género y edad?
2. ¿Cuál es la prevalencia del consumo de tabaco, alcohol, y sustancias psicoactivas en los estudiantes de la UCSM, según el área académica, género y edad?
3. ¿Cuáles son los hábitos de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas en los estudiantes de la UCSM?
4. ¿Cuáles son los factores que se relacionan al consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas en los estudiantes de la UCSM?

### 1.1.4. Tipo y Nivel de Problema

- **Tipo de problema:** de campo
- **Nivel de investigación:** descriptivo, comparativo

## 1.2 Justificación.

La presente investigación desde el punto de vista científico abordará, en forma objetiva y precisa la prevalencia del consumo de drogas en el entorno universitario.

En lo académico permitirá a los tutores y docentes de la Universidad, elaborar programas preventivos promocionales, acerca del uso indebido de drogas

El estudio permitirá, que los estudiantes universitarios tomen conciencia acerca de las consecuencias negativas que acarrea el consumo de drogas las cuales se ven reflejadas en el bajo rendimiento académico, el deterioro de la salud física y mental, y en otros rasgos de su comportamiento y de su personalidad.

El estudio reviste actualidad por cuanto el consumo de Drogas se ha incrementado en todos los grupos etáreos y sociales haciéndose de imperiosa necesidad intervenir oportunamente y revalorar la identidad y el rol que deben desempeñar los estudiantes universitarios.

El trabajo de investigación es posible porque se dispone de las unidades de estudio así como de los recursos económicos, materiales y el asesoramiento de expertos en esta temática.

La experiencia profesional me ha permitido observar como estudiantes exitosos así como aquellos que solicitaban consejería y orientación se fueron degradando y perdiendo todo tipo de iniciativa, llegando a comportamientos inusuales que rompen los esquemas del comportamiento normal y denigran el rol que cumple el estudiante en el escenario cotidiano de la vida universitaria, motivo por el cual se deben tomar acciones inmediatas que modifiquen el entorno de los mismos, de manera que su desarrollo personal y académico tenga una filosofía de vida saludable y equilibrada.

## 2 MARCO CONCEPTUAL

### 2.1 Definición de Droga

Toda sustancia que introducida al organismo vivo puede modificar una o más funciones de éste. (OMS 1994).

Sustancia de origen natural o artificial que al introducirse en el organismo produce cambios físicos, biológicos y sociales.

#### ***TERMINOLOGIA RELACIONADA.***

#### **DEPENDENCIA:**

Es la relación que se establece entre el individuo y la sustancia que lo lleva a desencadenar un impulso incontrolable por consumir determinada sustancia en forma continua y periódica. Se relaciona con dos tipos de dependencia: Psíquica y Física<sup>1</sup>

a.- Dependencia física:

Estado de adaptación del organismo a la droga, caracterizado por la necesidad de la misma de tal manera que el sujeto necesita mantener un determinado nivel de la sustancia, con el fin de poder mantener la ‘normalidad’.

---

<sup>1</sup> 43. Lorenzo, P.; Ladero, J.; Leza, C. & Lizasoain, I. Drogodependencias. Madrid. Medica Panamericana S.A. España .2003.)

b.- Dependencia psíquica:

Presencia de un deseo imperioso de utilizar repetidamente la sustancia. El sujeto tiene el convencimiento de que necesita la droga para experimentar placer o evitar un malestar.

### **SINDROME DE ABSTINENCIA:**

También llamado síndrome de retirada o de privación. Es el conjunto de síntomas psíquicos y físicos que aparecen al suspender o reducir el consumo de determinada droga, de la que se ha generado dependencia. Las manifestaciones psicológicas (ansiedad, irritabilidad, deseo imperioso de consumo) y físicas (sudoración, palpitaciones, contracciones musculares, temblores, etc.)<sup>2</sup>

### **TOLERANCIA:**

Es el proceso que permite al organismo requerir de mayores dosis de droga. Se caracteriza por una disminución del efecto de la sustancia al ser administrada repetidas veces, de tal forma que el sujeto consumidor debe elevar la dosis para conseguir la sensación deseada. Conforme uno va frecuentando la droga se indica un riesgo elevado de dependencia<sup>3</sup>

### **ABUSO:**

Igual a Daño. El daño ocurre de diferentes maneras: físico - emocional – social. Si te causa daño a ti, u otra persona se ve afectada...deja de ser uso, ya se ha convertido en abuso.

## **2.2 Clasificación de las drogas.**

### **DROGAS SOCIALES:**

Aceptadas y permitidas por la sociedad.

#### ➤ Tabaco:

En la combustión del tabaco se producen miles de sustancias (gases, vapores orgánicos y compuestos suspendidos en forma de partículas).

<sup>2</sup> 27. *Fármacos de abuso: Información farmacológica y manejo de intoxicaciones*, Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, México, s/f.

<sup>3</sup> 33. Guevara, G., Hernández, H. & Flores, T. (2001) Estilos de afrontamiento al estrés en pacientes drogodependientes. *Psicología y Sociedad UNMSM*. Perú, 2001)

Estas actúan principalmente sobre el aparato respiratorio, aunque algunas de ellas se absorben y pasan a la sangre desde donde influyen sobre tejidos u otros órganos del cuerpo.

Fumar un cigarro da lugar a una elevación del ritmo cardiaco, la frecuencia arterial y la tensión arterial. Sin embargo aunque el tabaco es una droga estimulante, la mayoría de los fumadores considera que relaja, ello se debe una vez creado el hábito el cigarro calma la ansiedad

➤ Alcohol:

El alcohol es una droga depresora, lo cual significa que enturbia el funcionamiento del cerebro y es del mismo tipo que los barbitúricos antes utilizados como somníferos<sup>4</sup>.

El alcoholismo es la primera toxicomanía en muchos países del mundo. Los adolescentes van viéndose afectados (Accidentes, problemas familiares, escolares, intoxicaciones graves) aunque no necesariamente le genere dependencia.

El marcado carácter social que se presenta en esta droga y la gran aceptación de la que goza permite que se cataloguen como normales patrones de consumo.

Transcurridos pocos minutos tras la ingesta del alcohol, este pasa al torrente sanguíneo donde puede llegar a mantenerse durante varias horas y desde el cual ejerce su acción sobre los diversos órganos del cuerpo.

➤ Café – té

Ambas contienen cafeína, sustancia que es considerada estimulante.

El abuso del café produce alteraciones cardíacas (aumento de presión arterial) digestivas, insomnio y problemas del SNC relacionados a tensión e **intranquilidad** (38. Kornblit, A. Nuevos Estudios Sobre Drogadicción. Argentina. Biblos. Argentina. 2004)

---

<sup>4</sup> 48. Paredes, E. (2004) Drogas: psicopatología del uso y abuso y dependencia de sustancias psicoactivas. Lima. Libro Amigo. Perú. 2004

**DROGAS ILEGALES:**

Penadas ante la ley por su uso, consumo y comercialización. La elaboración de la cocaína es posible con el auxilio de sustancias químicas llamadas precursores, entre las que se encuentran: éter, ácido sulfúrico, gasolina, etc.

Según el proceso de elaboración se obtendrá diferentes modalidades de derivados como:

Pasta Básica de Cocaína (PBC)

Clorhidrato de Cocaína,

Free Base Y Crack.

También se consideran ilegales:

Marihuana

Heroína

Drogas de Diseño (Extasis).

**DROGAS FOLKLORICAS:**

Son sustancias que se consumen desde hace muchos años en el Perú, sobretodo en la población andina y selvática, bajo un contexto socio-cultural.

Tiene efectos estimulantes y alucinógenos. No causa dependencia.<sup>5</sup>

Entre ellos se conocen:

San Pedro.

Ayahuasca.

Hoja De Coca.

**PRODUCTOS INDUSTRIALES:**

Medicamentos: El uso de estos sin un control profesional puede ser peligroso por la posibilidad de intoxicación y las consecuencias negativas sobre el organismo Su dependencia ocasiona graves daños físicos y psíquicos.

Benzodiazepinas: Sedantes, Relajantes, hipnóticos.

Anfetaminas.

---

<sup>5</sup> 5. ARSEC: *Cannabis: Manual de cultivo para el autoconsumo*, Asociación Ramón Santos para Estudios del Cannabis, Barcelona, España, 1999.)<sup>5</sup>

Inhalantes: Son sustancias volátiles fáciles de adquirir y que al ser inhaladas o absorbidas llegan hasta los pulmones, afectan también al sistema Nervioso Central produciendo graves lesiones neurológicas irreversibles. Entre ellos se encuentran:

Terokal.

Gasolina y kerosene

Pegamentos.

Thinner, etc.

### 2.3 Efectos de la Drogas

#### **CAMBIOS PSICOLÓGICOS**

##### **Desórdenes Emocionales:**

Los consumidores de drogas manifiestan alteraciones del estado de ánimo: estados maníacos con síntomas de euforia o irritabilidad; estados depresivos que se observan en tristeza, pasividad, o estados mixtos donde se aprecia tanto síntomas maníacos como depresivos sin predominar uno de ellos

##### **Trastornos de conducta:**

Esta relacionado a alteraciones de la conducta durante el consumo o ausencia del mismo. Se evidencian actitudes de rebeldía, indisciplina, autoagresión, violencia hacia los demás, agitación psicomotora (estado maníaco), pérdida de control.

##### **Alteraciones del sueño:**

Se presentan insomnios recurrentes, pesadillas y en ocasiones sueños prolongados (Hipersomnia), sonambulismo.

##### **Bajo Rendimiento o Desmotivación**

Está relacionado a la eficiencia y desempeño de actividades, se observa falta de voluntad, desánimo que repercute en todas las esferas sociales, prácticamente se deja de lado las actividades que anteriormente se realizaba con agrado.

### **Deterioro de Memoria y Atención**

Disminución de la atención y concentración, lagunas mentales, disminución de la capacidad de aprendizaje.

### **Alteración de Sensaciones y Percepción**

Estado de confusión mental, distorsión de la percepción de sonidos, colores y personas. Es decir presentan ilusiones y alucinaciones. Ejemplo: Delirium Tremens.

## **CAMBIOS SOCIALES<sup>6</sup>**

### **Conflictos Escolares y/o Laborales**

Se presencia despidos, ausencias continuas, incumplimiento en las tareas, violencia con los demás compañeros, crisis económica ya que perjudica a la estructura familiar.

### **Problemas con los amigos:**

Se buscan nuevos amigos generalmente donde se consume con facilidad alguna droga.

### **Conflicto de Pareja**

El Consumo de drogas genera reacciones violentas entre los consumidores, originando maltrato físico, psicológico y moral en la pareja y los hijos, lo cual deteriora las relaciones familiares, provoca conflictos de pareja y ruptura familiar.

## **CRISIS ECONÓMICA**

El consumo de drogas tiene un efecto catastrófico en los negocios y en la economía mundial. Ocasiona pérdidas en la productividad por el bajo rendimiento, la falta de motivación. El consumo se esta convirtiendo en una práctica común en la mayoría de las ocupaciones laborales, afectando especialmente a la población económicamente activa.

---

<sup>6</sup> 15. Castro de la Mata, R. y Rojas, M. Los Jóvenes en el Perú: Opiniones, Actitudes y Valores 1,997. Monografía de Investigación No. 16. Lima. CEDRO, 1998

### **ACTOS DELICTIVOS.**

Involucra todos los niveles, desde el inferior como el robo hasta el mayor como el narcotráfico, actividad extremadamente lucrativa y peligrosa, en la cual el dinero de las drogas es a menudo “lavado” o invertido para negocios legales, provocando corrupción e inmoralidad de las autoridades.

Actualmente existe también el traslado de drogas denominado “burrier” y se asocia a situaciones de violencia social, pandillaje y terrorismo.

### **CAMBIOS FISICOS**

#### **Enfermedades Cardíacas**

Incremento de la frecuencia cardiaca y presión arterial.

Riesgo de infartos

Congestión de la conjuntiva, enrojecimiento de los ojos.

#### **Daño en el Sistema Nervioso Central**

Excitabilidad del SNC.

Inhibición de centros neuronales.

Trastorno de coordinación y equilibrio.

Alteración de la percepción.

Disminución de los reflejos.

Micro infartos cerebrales.

#### **Enfermedades Respiratorias.**

Bronquitis crónica.

Enfisema pulmonar.

Cáncer.

Aceleración de la respiración.

#### **Problemas Estomacales, Páncreas E Hígado**

Irritación de la mucosa digestiva.

Gastritis.

Úlceras.

Hepatitis alcohólica.

Cirrosis hepática aguda.

Excesiva necesidad de orinar y defecar.

### **Deterioro Sistema Muscular**

Adelgazamiento por la falta de apetito.

Palidez.

Pérdida de peso.

Músculos flácidos.

### **Alteraciones en la Vida Sexual**

Impotencia.

Anorgasmia (ausencia de orgasmo).

Ausencia del deseo y excitación sexual.

Dolor sexual.

## **TIPOS DE CONSUMIDORES.<sup>7</sup>**

### **Consumidor experimental:**

Corresponde a las situaciones de contacto inicial por la curiosidad o por la imitación, se anima a probar con una o varias sustancias, de las cuales se puede pasar a un abandono de las mismas o a la continuidad en los consumos.

### **Consumidor Ocasional, Social, Recreacional.**

Cuando se consume ocasionalmente en reuniones siendo su uso regular y sin ninguna periodicidad. Son los factores sociales la presión de grupo, facilitar la comunicación y la disponibilidad de la sustancia las variables más importantes para este tipo de consumo.

### **CONSUMIDOR HABITUAL.**

Es la persona que tiene el hábito o la costumbre de consumir.

---

<sup>7</sup> 16. CEDRO El problema de las drogas en el Perú. Lima, 1995

Esta práctica puede conducirle a la siguiente forma de consumo dependiendo de la sustancia que se trate, la frecuencia con que se emplee, las características de la persona, el entorno que le rodea, etc.

Diversas motivaciones expresadas para mantener la utilización de la droga son:

Intensificar sensaciones de placer.

Mitigar la soledad, el aburrimiento, la ansiedad, etc.

Reducir el hambre, el frío, la debilidad o cansancio.

### **CONSUMIDOR DEPENDIENTE:**

Es cuando la vida de la persona está centrada en la búsqueda y consumo permanente de la droga, a pesar de las complicaciones que ello le pueda ocasionar.

La persona vive para la droga, su relación de dependencia trasciende lo psicológico y en muchos casos también es física.

No puede evitar consumir y deja de hacerlo para obtenerla, empleando cualquier medio lícito o ilícito.

## **2.4 Prevención en Drogas**

Prevenir significa que algo suceda. Prevención es el conjunto de esfuerzos (actividades, recursos, servicios) que una comunidad pone en marcha para promover la salud de sus miembros y reducir razonablemente la probabilidad del uso de sustancias psicoactivas.

La prevención implica tener un diagnóstico de los factores de riesgo así como de los factores protectores, a partir de ello se planifican las acciones a ejecutar.

El fenómeno de consumo de drogas ha variado en los últimos años se han incorporado nuevas sustancias, se ha aumentado el consumo de sustancias legales, ha disminuido la edad del consumo.

Todo ello hace que se enfatice la prevención como una herramienta, cuyos objetivos principales son los siguientes:

**Educar** a los individuos para que sean capaces de mantener relaciones responsables con las drogas.

**Retrasar** la edad de inicio del consumo de drogas.

**Modificar** aquellas condiciones del entorno socio-cultural que favorecen el aprendizaje del comportamiento del uso de drogas.

**Intervenir** en las causas del malestar individual, bien modificando aquello que produce o bien ayudando al sujeto a superarlo.

**Ofertar Alternativas** de vida saludable.

## NIVELES DE PREVENCIÓN

El elemento que diferencia estos niveles, es el tipo de relación con las drogas que tiene la población, hacia quién se dirige la intervención.

### Prevención primaria

Se actúa antes de que haya cualquier indicio de consumo de drogas, buscando así impedir o retrasar la aparición de este.

Generalmente se usa la modalidad inespecífica puesto que muchas veces la droga está muy alejada de la vivencia de los alumnos, sin embargo la modalidad específica sería más recomendable en el caso de chicos que por su edad o situación pueden entrar en breve a una relación más cercana con las drogas.

Los agentes de prevención deben ser las personas más próximas al destinatario: familia, profesorado...etc. que por supuesto deben contar con una adecuada formación en prevención del uso de drogas.<sup>8</sup>

### Prevención secundaria

Se busca actuar apenas haya habido una situación relacionada al consumo de drogas, buscando así evitar que se establezca un patrón de consumo problemático.

Por lo tanto como los destinatarios ya han entrado en contacto con las drogas (generalmente legales) la prevención debe ser de modalidad específica.

Los agentes de prevención también deben ser las personas más próximas al individuo o grupo, pero aquí debe ser más estricto y continuo el asesoramiento y seguimiento por parte de especialistas en el tema de drogas.

---

<sup>8</sup> 36. Iraurgi, I. & Gonzáles, F. Instrumentos de Evaluación en Drogodependencias. Madrid. Aula Médica. España. 2002

**Prevención terciaria:**

Ocurre cuando el consumo de drogas ya se ha instaurado como un consumo problemático y busca evitar que la situación se agrave y que por lo tanto las secuelas sean mayores.

Los agentes de prevención deben ser especialistas en problemas relacionados con el consumo de drogas, pero con el apoyo de las personas más próximas al destinatario.

Generalmente se llama prevención al nivel primario y secundario y este nivel está más asociado a los diferentes tratamientos para drogodependientes que existen: tratamiento ambulatorio, comunidades terapéuticas, etc.<sup>9</sup>

**2.5 Factores de Riesgo Asociados al Consumo de Drogas-**

Son las circunstancias o características personales y ambientales que relacionadas con la droga, aumentan la probabilidad de que una persona la consuma.

**Características.**

La relación entre estos factores y el consumo de drogas no es de tipo causa-efecto, sólo se puede hablar en términos de probabilidad.

Al ser parte de procesos dinámicos, entonces no se pretende que sean válidos para cualquier época o contexto, de allí la importancia de realizar un análisis adecuado a cada realidad donde se va a trabajar.

El peso que tenga cada factor depende del momento evolutivo y el contexto que rodea al sujeto.<sup>10</sup>

**Principales Factores de Riesgo****A) Vinculados a la Sustancia:**

Esta en sí no es un elemento fundamental sino que depende de la función que cumple para el usuario y del significado que le otorgue el contexto.

---

<sup>9</sup> 23. Ellis, A. & Mcinerney, J. Terapia Racional Emotiva con Alcohólicos y Toxicómanos. Bilbao. Desclée de Brouwer, S.A. España. 1992

<sup>10</sup> 25. Escothado, J. . Aprendiendo de las drogas. Madrid. Anagrama. España 1995

**b) De carácter personal:**

*Edad:* En algunas etapas evolutivas como por ejemplo la adolescencia y/o en épocas de transición donde el sujeto pasa de una etapa de desarrollo a otra es mayor el riesgo de consumo.

*Estado general del organismo:* Las consecuencias del consumo serán diferentes en función de variables como embarazo, hábitos de higiene, constitución física.

*Escasa tolerancia a la frustración:* Todo mundo está expuesto a frustraciones a lo largo de la vida diaria y sino se ha aprendido a soportar estas y canalizarlas adecuadamente puede ser que se recurra a las drogas para evadir los sentimientos negativos o dolorosos que se producen ante estas frustraciones.

También el no haber desarrollado la capacidad de espera puede hacer que se busque la gratificación inmediata, en este caso el placer del uso de drogas sin tomar en cuenta las consecuencias a largo plazo.

*Baja autoestima:* Este es un factor de riesgo muy importante puesto que está directamente correlacionado con otros como la asertividad, la necesidad de aprobación social, la falta de autonomía, e incapacidad de afrontar dificultades.

Si una persona se siente disminuida e incapaz puede utilizar la droga como un modo de compensar esta deficiencia ya que el consumo muchas veces atenúa la percepción de escasa autoestima que tienen los adolescentes o lo hace sentir con más poder.

Si no se valora probablemente también exista poco interés en cuidar su cuerpo y proteger a éste de los daños que pueden ocasionar las drogas.

Asimismo se va a sentir inhibido en el momento de expresar sus opiniones, gustos y preferencias puesto que va a considerar que estas no son importantes o que son incorrectas.

Si él no se acepta a si mismo va a ser doblemente importante que los otros lo acepten y por conseguir esta aprobación puede acceder a cosas que aunque no le agraden o no este de acuerdo con ellas puedan hacerlo sentirse aprobado o sentir que le da status frente a los otros.

Tampoco se va a sentir capaz de enfrentar y resolver adecuadamente las dificultades por lo tanto puede recurrir a vías de evasión o escape frente a los problemas, como pueden ser las drogas o acostumbrarse a enfrentar los problemas sólo cuando esta bajo el efecto de estas.

Se habla muchas veces de la adolescencia como periodo crítico puesto que en éste, de manera intrínseca existe inseguridad en sí mismo, necesidad de aprobación de los pares, temor a enfrentar las dificultades que se le presentan en el reto de convertirse adultos, puesto que en esta etapa se da el proceso de consolidación de la identidad. Sin embargo cuanto más sólidas sean las bases de su autoestima, la cual se va construyendo incluso desde la etapa del embarazo mejor podrá enfrentar esta tarea y resolverla positivamente.

*Pobre asertividad:* como habíamos visto la asertividad es la capacidad para expresar los pensamientos y deseos de forma sincera y considerada, es decir sin agredir o atropellar a otros. Si una persona no ha desarrollado esta habilidad social va a tener dificultades y el contacto interpersonal no va a ser gratificante sino que por el contrario va a ser una fuente de estrés.

*Alta necesidad de aprobación social:* Este es un factor que con frecuencia es señalado como motivación por quienes se han iniciado en el consumo de drogas.

*Falta de conformidad con las normas:* Suele ser también una variable significativa respecto al consumo de drogas.

*Situaciones críticas vitales:* Pérdida de personas queridas, dificultades laborales, etc. pueden hacer más vulnerable a una persona.

*Sistema de valores inadecuado:* Detrás de cada conducta hay una actitud, y detrás de esta un valor. Hay personas que tiene valores inadecuados como el egocentrismo, hedonismo, falta de responsabilidad, etc. que por lo tanto conllevan actitudes de carácter negativo en su sentido que le dan a su vida, en la posición que adoptan ante ésta y en sus expectativas de futuro.

## 2.6 Vinculados con el Contexto.

De carácter microsocial:

Relacionado a la familia: Este es el primer y más importante agente de socialización y los factores de riesgo más relevantes guardan relación con:

El modelado familiar: El estilo de los padres influye poderosamente en los valores, actitudes y comportamientos de los hijos, por lo tanto cuanto más discrepe la conducta de los padres con el consumo de drogas, menos probabilidades que los hijos consuman.

Estilo Educativo: Se ha encontrado relación entre patrones de disciplina y consumo de drogas. Así tenemos que son factores de riesgo la ausencia de límites sea por exceso de permisividad o por abuso de autoridad, la sobreprotección o indiferencia con los hijos, rigidez de las estructuras familiares puesto que puede generar hijos sumisos que acatan todo lo que les dicen otros, y la falta de reconocimiento de los logros de los hijos que lleva crear en éstos un sentimiento de inseguridad.

El clima afectivo: Es de vital importancia que el hogar brinde estabilidad y seguridad emocional, que haya un sentimiento de pertenencia y cohesión, y patrones adecuados de comunicación y expresión de afecto entre sus miembros.

Relacionado al medio escolar: Además de ofrecer una educación formal debe formar integralmente al niño y adolescente. Los factores de riesgo son:

Estilos educativos: Son inadecuadas actitudes excesivamente rígidas, valoración sólo de resultados y no de las capacidades y valores del alumno, fomentar relaciones de competitividad e individualismo, etc.

Grado de integración escolar: Son la insatisfacción y la sensación del alumno de haber fracasado académicamente puesto que esto genera una percepción de sí mismo de ser incapaz, y/o sentirse rechazado por el profesor y los compañeros. Es por eso muy importante que el profesor trate de conocer las deficiencias de cada estudiante para poder tratar de darle apoyo.

Modelado del profesor: Influye el consumo de sustancias entre los docentes, actitudes ambivalentes hacia las drogas, etc.

Relacionado al grupo de pares: Tiene un papel muy importante especialmente para los adolescentes. Los factores de riesgo están relacionados con:

Dependencia del grupo: En el caso de adolescentes donde la familia no ha sido capaz de brindarle la calidez y la acogida necesaria para hacerlo sentir parte importante de esta, y la escuela no es capaz de dar el soporte necesario pueden encontrar en el grupo de amigos que consumen drogas esta sensación de pertenencia que tanto necesitan y si este grupo tiene normas permisivas respecto al consumo de drogas hay más riesgo de que el alumno pueda consumir.

Presión de grupo: Si el sujeto no ha desarrollado una personalidad consistente va a estar más expuesto a sucumbir a la presión de grupo.

Relacionado al medio laboral: Todas las condiciones estresantes que se pueden producir a este nivel.

De carácter macrosocial:

Son los elementos sociales y culturales que están presentes en el medio.

*Actitudes sociales:* Tendencia al hedonismo es decir a la búsqueda del placer inmediato y a las cosas más fáciles, tendencia al bienestar individual por encima del colectivo, la aceptación del uso de drogas de forma generalizada especialmente las legales.

*Tiempo de ocio:* Actualmente las posibilidades del estudiante se han reducido considerablemente y entre las alternativas disponibles, el consumo de drogas especialmente del alcohol se ofrece como una opción atractiva ya que al mismo tiempo facilita la necesaria relación con el grupo de pares y le acerca a las deseadas formas de comportamiento adulto.

La prevención del consumo de drogas a través del tiempo libre no significa no sólo mantener a los jóvenes ocupados, por el contrario se trata de dotarles de oportunidades para completar su formación a través del contacto interpersonal y de la realización de actividades diferentes a las que se llevan en el marco de la educación formal, permitiéndoles explorar sus intereses y sus habilidades, con el fin de generar aficiones perdurables que puedan llenar sus vidas en el presente y en el futuro.

*Factores socio-ambientales:* La situación socioeconómica de carencia que viven muchas personas mengua su resistencia para enfrentar las dificultades diarias y la droga puede ser usada como un medio de escape.

*Medios de comunicación social:* Estos medios en la actualidad son muy importantes en la transmisión de valores y de la percepción que se tiene de la realidad.

Presenta dos niveles:

La imagen de las drogas en los MCS: La información presentada generalmente tiene las siguientes características: Usan inadecuadamente los diferentes términos, se muestra al drogodependiente como una víctima y la droga se

muestra como la única causa del consumo, sólo se muestra la visión represiva (policial) contra las drogas y no las categorías de prevención de tratamiento y se recurre a los elementos más dramáticos o morbosos de la noticia.

La publicidad: En la publicidad del alcohol y el tabaco se envían mensajes alusivos a elementos ajenos a la sustancia donde el énfasis se pone en los elementos de status y felicidad que da el consumo de ésta. Pero además existe la publicidad encubierta que se da en forma continua a través de las series televisivas, auspicios de eventos deportivos.

El objetivo de la prevención no es darle la espalda a la publicidad sino utilizar esta para desarrollar el espíritu crítico ante lo que se ofrece incesantemente, con el objetivo de hacer individuos que sean capaces de elegir, de analizar las ventajas y desventajas de cada opción y por último de controlar su conducta no sólo en relación al consumo de drogas sino a todo tipo de consumo en general<sup>11</sup>

## **2.7 Factores de Protección Asociados al Consumo de Drogas.**

Son aquellas características personales, familiares o sociales que pueden reducir potencialmente la probabilidad de que el sujeto consuma algún tipo de droga. También son definidos como situaciones externas o internas a la persona que le permiten enfrentar exitosamente los problemas y tener estilos de vida más saludables.

### **CARACTERÍSTICAS**

No siempre son lo opuesto de los factores de riesgo.

Su repercusión también varía a lo largo de las etapas de desarrollo y del contexto.

La relación con el consumo de drogas tampoco es causa-efecto, sólo se debe hablar en términos de mayor probabilidad de que no suceda este consumo.

---

<sup>11</sup> 53. Weiss, R. D., Mirin, S. M. y Griffin, M. L. Trastornos por abuso y dependencia de drogas y psicopatología. En M. Casas (ed). Trastornos psíquicos en las toxicomanías. pp 19-31. Barcelona. Neurociencias. España. 1992

## PRINCIPALES FACTORES DE PROTECCIÓN

A Nivel personal:

Ser eficaz en su trabajo y sus relaciones.

Pensamiento crítico y resolución de problemas.

Adecuada autoestima.

Autocontrol en el manejo de emociones.

Ser asertivo y tolerante en las relaciones personales.

Tener expectativas reales frente a la vida, una actitud positiva y autodisciplina.

A Nivel familiar:

Fuertes lazos familiares en términos de afecto, protección.

Hablar con los hijos sobre sus problemas, las inquietudes personales que tengan, sobre drogas.

Vigilancia de los padres con reglas claras de conducta.

Participación de los padres en la vida de sus hijos (participar en la escuela, conocer a sus amigos...etc.)

El hogar debe brindar tranquilidad y estabilidad emocional al niño y adolescente.

Valorar y aceptar a los hijos para que estos puedan aprender también a quererse y aceptarse.

Desarrollar aptitudes de resistencia para rehusar el ofrecimiento de drogas y en general para manejar de manera positiva la presión de grupo.

A nivel escolar:

Mejorar el desempeño escolar y fortalecer los vínculos de los alumnos con la escuela buscando darles un sentido de pertenencia y de logro para reducir el riesgo de deserción escolar.

Fomentar las relaciones positivas entre compañeros.

Fomentar creatividad.

Fomentar que el estudiante participe en su entorno y organice adecuadamente su tiempo libre.

Línea de autoridad horizontal.

Transmitir una desaprobación clara y directa respecto al consumo de drogas.

A nivel social:

Nuevas leyes que busquen evitar el consumo de drogas y el cumplimiento de las mismas.

Medidas efectivas para reducir el ofrecimiento de las drogas, para así disminuir el acceso físico y social a las drogas.

Restricciones en cuanto a publicidad y análisis crítico de la existente.

Crear hábitos saludables y discursos alternativos al consumo de drogas.

Clarificación de ciertos valores culturales y fortalecimiento de la identidad nacional.<sup>12</sup>

## 2.8 Conceptualización de las Drogas según la OMS

En todas las sociedades se han consumido drogas desde la antigüedad, pero con el tiempo han cambiado las características del consumo. Esta situación es debida a la confluencia de factores sociales y sanitarios. Entre los factores sociales se podrían comentar los siguientes: consumo de drogas conocidas en sociedades y contextos culturales que antes no lo eran, además el consumo se atribuye básicamente a los miembros más jóvenes de la sociedad, consumo de drogas nuevas como LSD y derivados anfetamínicos, consumo de preparados más potentes y por vías de administración más directas (heroína intravenosa en lugar de opio fumado; bebidas destiladas en vez de fermentadas) y el incremento de la delincuencia para conseguir el dinero preciso para comprarlas.

En el ámbito sanitario los cambios se pueden observar en la aparición de nuevas patologías y reaparición de otras casi erradicadas de las sociedades avanzadas. Se asiste en la última década a un incremento de la tuberculosis asociada a portadores del virus de inmunodeficiencia humana (SIDA), sobretodo en adictos a drogas por vía parenteral y en alcohólicos marginales.

La Organización Mundial de la Salud define una droga como una sustancia (química o natural) que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), es capaz de actuar sobre el

---

<sup>12</sup> 4. Arif, A. *Consecuencias adversas para la salud del uso indebido de la cocaína*, OMS, Ginebra, 1988.

sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona.

### **Conceptos básicos:**

Cuando el consumo de la sustancia se hace cada vez más regular, con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por su privación, estamos hablando de drogodependencia.

La dependencia psíquica es la compulsión a tomar una sustancia determinada para obtener la vivencia de efectos agradables y placenteros o evitar malestar.

La dependencia física es un estado de adaptación del organismo producido por la administración repetida de una sustancia. Se manifiesta por la aparición de trastornos físicos, más o menos intensos cuando se interrumpe la administración de la misma.

El abuso de drogas se produce cuando hay un consumo en grandes cantidades y circunstancias que se desvían de las pautas sociales o médicas aceptadas en la cultura determinada.

El síndrome de abstinencia es lo que se produce tras haber una dependencia física y psíquica, en el momento en que falta la droga, aparecen todo un conjunto de signos y síntomas de carácter físico y psíquico, cuya intensidad y curso temporal van a depender del tipo de droga y otros factores como frecuencia, cantidad y antigüedad del consumo.

El síndrome de querencia son los síntomas psicológicos que aparecen antes del síndrome de abstinencia y después de que desaparezcan los efectos de la última toma de droga, consisten en la vivencia de angustia generalizada, intensa necesidad de la toma de la droga con el consecuente desarrollo de una conducta de búsqueda.

La tolerancia es un estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga, o por la necesidad de una dosis mayor para provocar y sentir el mismo efecto.

La tolerancia cruzada es el fenómeno por el que al tomar una droga aparece tolerancia no solamente a otra del mismo tipo, sino incluso a drogas totalmente diferentes. El uso previo de una droga puede potenciar los efectos sobre el organismo de otros tipos de droga.

La intoxicación aguda se produce cuando se toma una cantidad de droga que el cuerpo no es capaz de eliminar o transformar.

La sobredosis es la intoxicación aguda grave que aparece cuando se supera el límite de toxicidad en el organismo. Va en función de la dosis de droga tomada, su composición (si es más o menos pura), si está adulterada y las variables corporales individuales como el peso, metabolismo y tolerancia.

La politoxicomanía o policonsumo se produce cuando el sujeto se administra una variada gama de sustancias con el objetivo explícito de mantener alteradas sus funciones mentales. En muchos casos existe una droga principal que sustenta la dependencia, y unas drogas secundarias que la complementan o la sustituyen en situaciones de no disponibilidad. Actualmente es raro encontrar un consumidor de una sola droga.

Por patrones de conducta se entiende a las sustancias que toma el drogodependiente y además su vía de administración, frecuencia, contexto relacional en que se produce el consumo, soporte social y cultural, etc.

Características de la drogodependencia:

Un deseo incontenible de consumir la droga y obtenerla por cualquier medio.

Una tendencia a aumentar la dosis por la tolerancia del organismo hacia la misma. Se necesitan dosis más altas para obtener la misma sensación.

La aparición de un síndrome de abstinencia en caso de interrupción súbita en el consumo<sup>13</sup>

## **PROCESO DE DROGODEPENDENCIA.**

Consumo experimental: son ensayos que realiza la persona, fundados en la curiosidad hacia las drogas, sin intención explícita de repetir el consumo.

Consumo ocasional: la persona conoce la droga y sus efectos y escoge los momentos y escenarios más propicios para sentir dichos efectos. El consumo todavía es espaciado y poco frecuente.

---

<sup>13</sup> 1. Bañuls, E. Concepto y evaluación del craving: Aplicaciones en el trastorno por dependencia de cocaína. *Psiquiatría.com*  
Disponible en URL: <http://www.psiquiatría.com/articulos/adicciones/20317/> (recuperado el 11 de diciembre del 2005)

Consumo regular: consumo habitual con continuidad. Posición activa frente al consumo.

Dependencia: necesidad del consumo, es algo prioritario e imperioso en su vida.

## **CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS**

Depresoras del sistema nervioso: disminuyen la actividad del sistema nervioso central.

Opiáceos: opio, morfina, heroína, metadona.

Bebidas alcohólicas: vino, cerveza, ginebra, etc.

Estimulantes del sistema nervioso: aumentan la actividad del sistema nervioso central.

Mayores: anfetaminas, cocaína.

Menores: café, té, cacao, tabaco (nicotina).

Las que alteran la percepción: modifican el nivel de conciencia y diferentes sensaciones (visuales, auditivas, etc.).

Alucinógenos: LSD, mezcalina.

Cannabis: marihuana, hachis.

Drogas de diseño: éxtasis, eva, etc.

Inhalantes: disolventes, pegamentos, etc.

## **PREVALENCIA:**

Aproximadamente, se puede estimar que entre un 0.5% y un 1% de la población adulta es adicta a opiáceos, entre un 5% y un 10% es adicta al alcohol y entre un 30% y un 40% es adicta al tabaco. La prevalencia del consumo de drogas sufre importantes variaciones en función del país y del medio social, cultural, la

edad y el sexo. En general, se considera que los adultos jóvenes de todas las sociedades son los mayores consumidores y que la prevalencia disminuye con la edad (maduración, obligaciones sociales). Es más frecuente en varones.

### **Criterios para el diagnóstico de dependencia y abuso de sustancias.**

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (1995), la dependencia de sustancias es el patrón desadaptativo del consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

Dependencia de sustancias:

Tolerancia, definida por: a) necesidad de aumentar la dosis; o b) disminución del efecto con el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia.

Abstinencia, definida por; a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia; o b) se consume la misma sustancias (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

La sustancia se consume en mayor cantidad o en un período mayor del que la persona pretendía.

Se desea persistentemente o se intenta en una o más ocasiones abandonar o controlar el consumo de la sustancia.

Se emplea mucho tiempo en actividades necesarias para obtener la sustancia (por ejemplo, robo), consumirla o recuperarse de sus efectos.

Reducción considerable o abandono de actividades sociales, laborales o recreativas a causa del consumo de la sustancia.

Se continúa consumiendo la droga a pesar de ser consciente de tener un problema social, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo de la sustancia.

### **ABUSO DE SUSTANCIAS.**

Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.

Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo, conducir un automóvil o manejar maquinaria).

Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.

Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

Criterios de consumo adictivo:

Washton y Boundy (1991) proponen cuatro criterios para distinguir cuando el consumo de una droga u otra adicción (juego, compras, trabajo, sexo) se convierten en adictivo.

Obsesión: Necesidad irresistible e intensos deseos de consumir la droga. El consumidor adicto está obsesionado por conseguir y consumir la droga. Esto es prioritario ante cualquier otra actividad.

Pérdida de control: Incapacidad para autolimitarse o controlar el consumo. El adicto puede detener su uso temporalmente, pero cree que es imposible no volver a consumir la droga, incluso con esfuerzos máximos de autocontrol y de fuerza de voluntad.

Consecuencias negativas: Consumo continuado a pesar de las consecuencias como problemas económicos, familiares, laborales, orgánicos y psicopatológicos.

Negación: Se niega que el consumo de drogas sea un problema. No advierte la gravedad de los efectos negativos, niega que exista un problema y se enfada o se pone a la defensiva si alguien le indica que su consumo está fuera de control.

## **TRATAMIENTO**

Desintoxicación física:

La desintoxicación física pueda practicarse ambulatoriamente o en una unidad de desintoxicación hospitalaria. El objeto de la desintoxicación es permitir al adicto superar el síndrome de abstinencia de la forma más segura, cómoda y exitosa posible. Aproximadamente esta desintoxicación dura entre dos y tres semanas. Si se practica en régimen ambulatorio se recurre a la metadona o a una combinación de derivados opiáceos, tranquilizantes e hipnóticos. La

desintoxicación hospitalaria frente a la ambulatoria presenta las ventajas de permitir controlar la medicación administrada, observar los síntomas de abstinencia por un equipo especializado y poder realizar pruebas de laboratorio.

### 1. Programas de ayuda psicológica:<sup>14</sup>

Todos los centros que ofrecen programas de ayuda pueden utilizarse antes, durante o después del tratamiento de desintoxicación física. Se trata de centros abiertos donde los adictos encuentran profesionales especializados, y también otras ayudas como comida, bebida, duchas atención médica básica y, en algunos, jeringas y preservativos.

Durante el tratamiento se puede recurrir a los centros de día y a los de actividades en los que se procura una ocupación terapéutica al adicto para estabilizar su abstinencia. En ellos se ofertan: soporte psicológico individual y grupal, actividades culturales, deportivas y artísticas. Se utilizan como soporte del tratamiento libre de drogas y de los programas de mantenimiento de metadona. Después del tratamiento pueden utilizarse programas de reinserción laboral, deportiva y judicial.

#### **HEROÍNA**

La heroína es un derivado del opio, concretamente de la planta de la morfina, cuya cápsula se llama "adormidera", de la que se extrae una resina llamada "pan de opio", que es la sustancia activa. Es además un opiáceo semi-sintético.

Se presenta como un polvo cristalino blanco, inodoro, muy fino, aunque su aspecto puede variar dependiendo de los procesos de purificación a los que se haya sometido, y se vende en dosis individuales llamadas "papelinas".

Actúa como un depresor del sistema nervioso central (SNC), es relajante. En un principio produce una sensación de intenso placer ("flash") y euforia, seguido de apatía y somnolencia. Tras un período de consumo, la sensación es de bienestar, de estar en un sueño alejado de todo.

---

<sup>14</sup> Ellis, A. & Mcinerney, J. Terapia Racional Emotiva con Alcohólicos y Toxicómanos. Bilbao. Desclée de Brouwer, S.A. España. 1992

El individuo que la toma desarrolla una tolerancia y dependencia de forma muy rápida, ya que posee un alto poder adictivo.

- **Heroína marrón:** Es un tipo de heroína que proviene de África. Se debe calentar antes de disolverla y se acostumbra a usar una cuchilla para eso, se pone la dosis encima y se calienta con un encendedor por debajo de la cuchilla.

Se disuelve en ácido cítrico (zumo del limón). Su utilización es muy engorrosa y además el ácido cítrico puede quemar las arterias. Actualmente se suministra el ácido cítrico en polvo a los heroinómanos, para que su uso sea más higiénico.

- **Heroína blanca:** Es un tipo de heroína de más fácil disolución, ya que se hace con agua destilada u otros líquidos. Se suele disolver en un tapón de botella y se carga con un filtro de cigarrillo pelado para que los grumos de la dilución no pasen a la jeringa. Este filtro es guardado por los heroinómanos porque después de 8 o 9 tomas pueden extraer la droga que ha ido quedando y tienen una dosis extra.

**Vías de consumo:** La principal vía de consumo es la endovenosa, aunque últimamente ha ido aumentando el consumo de la heroína esnifada y fumada debido al peligro del contagio del SIDA.

**Efectos del consumo:** Los efectos dependen de la dosis, vía de administración, frecuencia y condiciones higiénicas. Los efectos físicos son la miosis (pupilas pequeñas), estreñimiento, enlentecimiento de la respiración y pérdida de sensibilidad al dolor.

**Síndrome de abstinencia:** El "mono" produce midriasis (pupilas dilatadas), lagrimeo, sudoración, escalofríos, diarrea, convulsiones e insomnio.

**Patologías asociadas:** existen gran número de patologías asociadas, principalmente por la falta de higiene de la vía de administración. Entre ellas se encuentra la infección por VIH (SIDA), hepatitis, alteraciones de la nutrición, digestivas, cardiovasculares, obstétricas y ginecológicas, síndromes afectivos y alteraciones del sistema nervioso.

**Consecuencias psicosociales:** trastornos de la memoria y la atención, insomnio, disminución del deseo sexual, estados confusionales, inseguridad, apatía, depresión, deterioro de la personalidad, desadaptación social, problemas legales, sobredosis e intentos de suicidio.

## COCAINA

Es un estimulante que proviene de la planta de la coca, arbusto perenne de América del Sur. De ahí sale la pasta de coca o clorhidrato de cocaína, un polvo blanco que actúa como estimulante del SNC.

Provoca una gran euforia y excitación, con sensación de bienestar. No se siente cansancio físico ni psíquico, por lo que la persona que la ha consumido sobrepasa sus capacidades. Muchas personas no consumen de forma habitual, sino ocasionalmente en fiestas o cuando salen de marcha. El tipo de paciente es más parecido al alcohólico y no al heroinómano, para un cocainómano los consumidores de heroína son gente marginal, mientras que ellos generalmente vienen de un nivel social superior.

**Características de la dependencia:** hay una pérdida de control, agresividad, compulsión a tomar la droga, consumo continuado, negación de la existencia del consumo o de los problemas derivados. No produce dependencia física, es psicológica básicamente.

**Vía de administración:** normalmente se toma esnifada, también puede tomarse de forma oral masticándola o endovenosa. Se vende en papelinhas, se corta el polvo para evitar los grumos (muchas veces con el carnet de identidad o la tarjeta de crédito), suelen hacerlo encima de un espejo para poder observar como la van esnifando. Si la cocaína no está preparada para ser inyectada, puede quemar las venas, las deteriora y las hincha, aunque tiene efectos anestésicos locales. Produce sequedad de boca, lo que provoca un aumento del consumo de alcohol para compensar.

**Efectos físicos del consumo:** los cocainómanos adictos suelen estar delgados en exceso, trastornos sexuales por el efecto anestésico, pues se retrasa el orgasmo. Provoca midriasis (mirada cristalina), sequedad de boca, sudoración, irritabilidad y agresividad.

**Síndrome de abstinencia:** depresión, apatía, somnolencia, dolores musculares, intranquilidad y crisis afectivas.

**Patologías asociadas:** alteraciones de la nutrición, cardiovasculares, del sistema nervioso, sexuales, obstétricas y ginecológicas, complicaciones de la vía nasal (perforación del tabique) o respiratoria.

**Consecuencias psicosociales:** produce una falta de apetito, inquietud y agitación, insomnio, alteración de las sensaciones, irritabilidad, crisis de angustia, compulsividad, déficits de atención y memoria, alteraciones del deseo sexual, apatía, depresión, intentos de suicidio, psicosis aguda, rasgos paranoicos y alucinaciones. Según la edad, clase social y forma de consumo pueden aparecer problemas económicos, laborales, familiares y legales.

## CANNABIS

El cannabis es una planta que crece en zonas tropicales y mide entre 2 y 3 metros de altura. Contiene una sustancia llamada *delta-9-tetrahidrocannabinol* (THC), que es la sustancia activa. Según la parte de la planta de donde se extraiga la droga, recibirá un nombre u otro:

- Marihuana. maria, grifa, hierba: pertenece a la parte florida y tierna de la planta, secada y triturada posteriormente.
- Hachís, chocolate, costo: surge de una barrita de color marrón, contiene entre 5 y 10 veces más TCH que la marihuana.

Aceite de hachís: extracto oleoso que contiene más del 50% de TCH. Con él se pueden preparar pasteles y otros platos cocinados.

Actúa como perturbador del SNC, alterando la percepción y crea dependencia psicológica.

**Forma de consumo:** se suele tomar mezclado con tabaco rubio (con el negro no se nota tanto el sabor del cannabis) y envuelto en papel de fumar (canuto, porro, petardo). En algunos países se fuma en pipa.

**Efectos del consumo:** taquicardia, enrojecimiento de ojos, sequedad de boca, euforia o placidez, sensación de flotación, desinhibición, risa, enlentecimiento de reflejos, pánico e ilusiones.

**Síntomas psicológicos de la abstinencia:** irritabilidad y nerviosismo.

**Patologías asociadas:** alteraciones respiratorias, cardiovasculares, neoplasia (cáncer de boca, bronquios, pulmón), alteraciones del SNC, síndrome amotivacional (falta de interés por las cosas), apatía y trastornos psicóticos con brotes de esquizofrenia, alucinaciones y delirios.

**Consecuencias psicosociales:** disminución del rendimiento, desmotivación, alteraciones de la memoria y la atención, falta de coordinación psicomotora, distorsiones de la percepción (crisis de ansiedad o pánico), riesgo de accidentes.

### **HIPNÓTICOS Y SEDANTES**

Son sustancias químicas que reciben el nombre de somníferos y tranquilizantes. Actúan como depresores del sistema nervioso central (SNC).

**Vía de consumo:** oral y parenteral.

La sintomatología es menos marcada para los tranquilizantes menores como las benzodicepinas, y más intensa en los barbitúricos. Estos últimos casi han desaparecido ya del mercado por sus importantes efectos secundarios.

**Efectos del consumo:** en dosis normales provoca somnolencia, cansancio, sueño, relajamiento, pérdida de atención, movimientos incoordinados, inhibición de reflejos y mareos. En dosis excesivas produce depresión respiratoria, hipotensión, psicosis tóxica, confusión, náuseas y vómitos, incoordinación motora shock e incluso coma.

**Síndrome de abstinencia:** este síndrome se caracteriza por provocar insomnio, desmayos, temblores, fiebre, fatiga, ansiedad, agitación, convulsiones, disturbios visuales y auditivos, anorexia, delirio, psicosis, deshidratación y coma.

1. **Patologías asociadas:** alteraciones del SNC, apatía afectiva, riesgo de sobredosis y potenciación de otros productos, alteraciones respiratorias y cardiovasculares.<sup>15</sup>

**Consecuencias psicosociales:** interferencias en la coordinación motora, el aprendizaje y la percepción, confusionalidad, apatía, depresiones, cambios bruscos de humor, irritabilidad, conducta infantil, deterioro intelectual, accidentes, sobredosis y suicidio por la tendencia a la automedicación.

## ANFETAMINAS

Derivado químico y potente estimulante del sistema nervioso central.

**Vía de consumo:** Oral y endovenosa.

**Efectos del consumo:** en dosis normales produce una mayor capacidad de concentración y aumento del rendimiento mental, por eso es muy utilizado en estudiantes. Disminuye el apetito y provoca un estado de bienestar subjetivo con retraso de la aparición de la fatiga. En dosis excesivas aparece inquietud, insomnio, irritabilidad y verborrea.

Tienen un gran poder de adicción y crean una alta dependencia. Su **síndrome de abstinencia** se caracteriza por depresión, apatía, somnolencia, dolores musculares, intranquilidad, crisis afectivas y riesgo de suicidio.

**Patologías asociadas:** Alteraciones de la nutrición (pérdida de peso), cardiovasculares, neurológicas, motoras (agitación y síntomas parkinsonoides), del sistema nervioso, problemas afectivos y síndromes psicóticos (delirios, alucinaciones, crisis de pánico).

**Consecuencias psicosociales:** Trastornos de la atención y la concentración, insomnio, irritabilidad, cambios de humor, depresiones, desconfianza, inquietud y delirios.

---

<sup>15</sup> McLellan (2003) Tratamiento Contemporáneo del Abuso de Drogas: Análisis de las Pruebas Científicas. Nueva York. Naciones Unidas Oficina contra la droga y el delito. Disponible en URL: [http://www.unodc.org/pdf/report\\_2002-11-30\\_1\\_es.pdf](http://www.unodc.org/pdf/report_2002-11-30_1_es.pdf) (Recuperado el 6 de febrero del 2006)

## EXTASIS

El éxtasis es una droga alucinógena de síntesis que se fabrica en laboratorios clandestinos. Son derivados anfetamínicos, capaces de alterar el comportamiento y las funciones vitales del organismo.

Al estar fabricado de forma clandestina y sin ningún control, nunca se sabe la cantidad real de componentes anfetamínicos que llevan, o si llevan otras sustancias psicoactivas, algunas sólo llevan cafeína, pero la gente cree que hay otras drogas y se "colocan" por el efecto placebo. En algunas se ha encontrado que tienen pequeñas dosis de heroína, por lo que sus efectos no son nunca los mismos.

En la presentación de los comprimidos se da una enorme variedad. Se distinguen unos de otros por el tamaño, la forma, el color, así como por los signos que a menudo llevan grabados en su superficie, que sirve como una etiqueta o incluso como una garantía de calidad del laboratorio.

Cuando se consume éxtasis no se puede beber alcohol, ya que existe el riesgo de padecer lo que se llama "golpe de calor" en que el consumidor deja de sudar, no orina, el pulso es rápido (taquicardia), siente mareos, vómitos, calambres, cansancio, nerviosismo y puede sufrir paranoia. Por este motivo sólo toman agua, además cuanto más tomen menor es el riesgo de padecer este síndrome.

**Efectos del consumo:** Tiene una acción estimulante del sistema nervioso central. Algunos consumidores creen que les facilita la comunicación. Producen euforia, fuerza, alucinaciones, quitan el hambre y el cansancio (a este estado le llaman "buen rollo"). En ocasiones perturban el contenido del pensamiento (se le llama tener un "mal rollo").

### Los efectos más graves:

- Trastornos del ritmo cardíaco.
- Dolor de pecho que puede generar angina de corazón o infarto.
- Convulsiones y ataques epilépticos.
- Trastornos psicóticos agudos o tipo paranoicos.

- Accidentes por exceso de confianza, conjuntamente con la pérdida de reflejos y de concentración.
- Aumento de la presión de la sangre (hemorragias cerebrales).
- Edema pulmonar.
- Trastorno de la coagulación de la sangre (CID).
- Trombosis venosa cerebral.
- Insuficiencia hepática aguda (necrosis y muerte celular por hepatotoxicidad).
- Fallo renal agudo.

La duración de los efectos también es imprevisible. El "bajón" puede aparecer en cualquier momento.

### **INHALANTES**

Son sustancias químicas volátiles que pueden estar presentes en gran cantidad de productos domésticos (gomas, lacas para uñas, acetona...) o de uso industrial (colas, gasolinas...), y que al aspirarse o inhalarse producen un efecto fundamentalmente depresor del SNC y una toxicidad general.

**Vías de consumo:** Oral y nasal.

**Efectos del consumo:** Los efectos al inhalar estas sustancias son similares a los de una embriaguez o borrachera. Aparece una sensación de aislamiento de la realidad, aparente despreocupación y alegría. A dosis mayores se observan conductas de desinhibición y pérdida de control. También pueden presentarse alucinaciones y delirios.

Los efectos iniciales incluyen tos, sensación de cansancio, problemas respiratorios, picores, pobre coordinación y pérdida de apetito. Algunos vapores de estas sustancias afectan al pensamiento y pueden aparecer lesiones cerebrales. También se han observado problemas hepáticos, renales, respiratorios, etc.

La tolerancia se desarrolla cuando los han consumido regularmente.

La mezcla con otras drogas depresoras (tranquilizantes, somníferos, alcohol) incrementa peligrosamente el riesgo de muerte por sobredosis.

**Consecuencias psicosociales:** en los consumidores existe un deterioro cerebral que conlleva pérdida de memoria, de atención y concentración, con lo que el rendimiento escolar de los jóvenes consumidores es muy bajo.

## ALUCINÓGENOS

Son sustancias capaces de provocar trastornos sensoriales, afectando a las emociones y el pensamiento. Pueden producir ilusiones y alucinaciones (ver o sentir algo que no existe en la realidad).

La droga más conocida dentro de este grupo es el LSD, derivado semisintético de uno de los alcaloides del cornezuelo del centeno (un hongo). Es un líquido incoloro e insípido que provoca su acción a nivel del SNC. Otra droga alucinógena es la mezcalina, principio activo obtenido de un cactus que crece en México, llamado peyote y la psilocibina que procede también de ciertos hongos de México y América central.

Existen varias presentaciones: tripis, estrellitas, papeles secantes o en gota líquida echada en un terrón de azúcar.

Los "viajes" o "trips" son el conjunto de efectos que se producen después de la toma. Las primeras sensaciones aparecen entre los 30 y 90 minutos después del consumo, pero no se sabe cuando acaban. En algunas personas el "viaje" puede durar para siempre.

**Efectos del consumo:** Se perciben deformaciones de la realidad (música, colores...) acompañadas a veces de ideas delirantes. Las sensaciones y los sentimientos cambian varias veces viviendo diferentes emociones (se pasa de una emoción a otra con mucha facilidad).

**Tener un mal viaje:** En algunos casos puede aparecer desorientación temporal y espacial, reacciones de pánico y terror que si perduran durante mucho tiempo, se experimenta confusión, ansiedad, sentimientos de necesidad de ayuda y

pérdida de control. Esta situación provoca una necesidad de huida que a veces puede ser fatal (precipitación al vacío, correr y ser atropellado...).

Los efectos son imprevisibles, presentando riesgos muy graves. Algunos pueden confundirse con enfermedades mentales como la esquizofrenia o la paranoia.

**Efectos físicos:** Se observa una dilatación de las pupilas, temblores, aumento del ritmo cardíaco y de la presión arterial. El LSD no produce dependencia física ni tolerancia.

El LSD puede ocasionar lo que se conoce como "flash-bach", que consiste en revivir de nuevo los efectos y sensaciones (el mismo viaje) sin que exista un nuevo consumo.

## TABACO

Es el producto de una planta conocida como *nicotina tabacum*. Sus hojas verdes "curadas" se elaboran en forma de cigarrillos rubios o negros, tabaco de pipa, etc.

El tabaco lleva más de 1000 componentes químicos como la nicotina, el alquitrán, plomo, monóxido de carbono, agentes irritantes y cancerígenos.

La nicotina es la sustancia responsable de la dependencia. También es la causante de un aumento de la presión arterial, al elevar las concentraciones del corazón y estrechar los vasos sanguíneos, facilitando la aparición de arteriosclerosis.

Los fumadores están más predispuestos a padecer angina de pecho e infarto de miocardio. Los alquitranes del tabaco son los responsables de la alta incidencia de cáncer en los fumadores, ya que son sustancias que afectan básicamente al aparato respiratorio.

Otros efectos desagradables del tabaco son el mal aliento, el oscurecimiento de los dientes, alteraciones gustativas y olfativas.

## 2.10 Adicción y Estrés

La reacción ante acontecimientos difíciles de manejar en la vida puede ser el estrés. Cuando una persona se ve enfrentada a situaciones que la desequilibran y le resulta trabajoso asimilar, su cerebro reacciona con estrés. El estrés no es más que la reacción del cerebro ante una demanda física o psicológica que termina por agotar la capacidad de adaptación. Esto puede ocurrir por un acontecimiento agudo repentino que desborda su capacidad de adaptación, o por la acumulación de situaciones que se suceden en un periodo prolongado de tiempo. La sensibilidad a sufrir de estrés varía de una persona a otra.

Cuando ocurre una situación que produce estrés, en el cerebro se libera una sustancia denominada Factor Liberador de Corticotropina, que a su vez dispara una cascada de eventos que implica la liberación de múltiples sustancias entre ellas hormonas y neurotransmisores que provocan las sensaciones desagradables del estrés como tensión muscular, ansiedad, irritabilidad, sensación de estar abrumado o agotado, etc.

La reacción de estrés puede ser repentina y severa, y provocar un desajuste psíquico y físico mayor o puede ser prolongada en el tiempo y producir síntomas no tan severos pero molestos. En ambos casos, la persona tiende a buscar el alivio de los síntomas de cualquier forma. Se ha encontrado que el consumo de drogas como el cigarrillo, el alcohol, o drogas ilícitas como Marihuana, Cocaína o Heroína es una forma frecuente de automedicación para intentar aliviar los síntomas del estrés.

Personas vulnerables a convertirse en adictos cuando sufren de estrés pueden recurrir al uso de sustancias para buscar “alivio” y por esa vía desarrollan una adicción. Personas recuperadas de una adicción pueden retomarla y recaer en el consumo cuando se ven sometidas a situaciones que les produce estrés.

Investigaciones recientes han demostrado que sujetos sometidos a situaciones que les produce estrés son más propensos a abusar de sustancias. También se ha demostrado en experimentos con animales sometidos a estrés, que si se les

ofrece sustancias, el riesgo de su uso repetido es mayor. Se ha evidenciado por otra parte que los circuitos cerebrales que se activan durante el estrés y durante la adicción son los mismos, de allí que el estrés pueda conducir a una recaída en el consumo. Otros estudios han reportado que el deseo de consumir sustancias aumenta cuando adictos recuperados se ven enfrentados a situaciones que les produce estrés.

Lo contrario también se ha demostrado en estudios de investigación, es decir que cuando se le enseña a un adicto o a una persona sin adicción a manejar el estrés, el riesgo de recaer en el consumo o de abusar de sustancias es menor.

Cuando una persona se ve sometida a un hecho traumático que amenaza su vida puede desarrollar un cuadro denominado Trastorno de Estrés Post Traumático caracterizado por recuerdos molestos y repetidos del hecho traumático, irritabilidad, insomnio, intranquilidad, aislamiento e hipervigilancia (expectativa tensa que pueda ocurrir algo). Estas personas también pueden intentar evadir lo molesto de los síntomas abusando de sustancias como una forma de automedicación.

Por todo lo anterior, resulta recomendable buscar ayuda profesional cuando hay estrés que se intenta manejar consumiendo sustancias<sup>16</sup>

## 2.11 Perfil del Alumno

Estudiantes de excelencia

Al definir el perfil del estudiante que queremos formar debemos asumir que él ha de tener influencia en nuestros métodos pedagógicos, en nuestros contenidos formativos, en nuestras normas de convivencia interna y en las actividades extracurriculares.

Nos proponemos formar alumnos(as):

---

<sup>16</sup> 33. Guevara, G., Hernández, H. & Flores, T. (2001) Estilos de afrontamiento al estrés en pacientes drogodependientes. Psicología y Sociedad UNMSM. Perú, 2001

Preocupados(as) por la excelencia en un sentido integral: Nuestra preocupación esencial, es la de educar alumnos(as) que logren una sólida formación académica y valórica, que les otorgue un cimiento firme para el camino que escojan en el futuro.

Aspiramos a que nuestros alumnos(as) logren una formación académica, donde cada uno de ellos logre desarrollar al máximo sus potencialidades. Para esto, nos comprometemos a otorgar un ambiente de aprendizaje grato, confortable y provechoso. Un ambiente escolar en el que se potencien sus aptitudes y no sus deficiencias, y donde se transformen en hombres y mujeres críticos de sí mismos, que aprendan a conocerse cada vez más, a aceptarse a sí mismos con las propias limitaciones, pero por sobre todo capaces también de reconocer sus virtudes y de lo que pueden aportar a la sociedad.

La mirada que tenemos de nuestros alumnos(as) es la de sujetos en constante crecimiento, queremos que sean capaces de asumir la importancia de aprender, que adquieran un gusto por el aprendizaje que trascienda más allá del entorno universitario. Consideramos de suma importancia la capacidad y ansia de seguirse formando, que sepamos infundirles, que les enseñemos a “desear seguir aprendiendo”. Para esto nos comprometemos a que nuestras aulas sea un espacio donde se potencie la creatividad, de modo que puedan utilizar lo aprendido en los distintos contextos a los que se vean expuestos.

En consonancia con la figura de ímpetu y osadía de todos los involucrados en el proceso enseñanza aprendizaje, queremos que nuestros alumnos(as) aprendan a soñar en grande y a luchar por esos sueños. Para esto, debemos orientarlos en buscar caminos viables para que sus sueños se hagan realidad, enseñarles a levantarse ante los fracasos y a creer en la superación personal.

Respetuosos(as) de los derechos de las demás personas y del bienestar colectivo: Queremos Hombres y Mujeres que aprendan a rechazar la violencia en todas sus formas como modo de solucionar los conflictos; enfatizando que la marginación y la discriminación también son formas de violencia. En ese sentido, nuestra labor estará centrada en fomentar el diálogo como la

herramienta central para solucionar las discrepancias que tenemos con los demás, generando un clima de acercamiento, comprensión y respeto.

Queremos formar personas rectas, que sepan cumplir con sus compromisos. Que aprendan a valorar y comprometerse con lo que la Universidad les propone y que cuiden el prestigio de la Institución, tanto en sus actuaciones dentro del establecimiento como fuera de él. Para esto, nuestros esfuerzos estarán orientados a generar en nuestros alumnos identificación y cariño por la institución, sustentada en primer lugar por un clima grato al interior de ella, pero también en nuestra propia actitud como formadores que debe dar cuenta de rectitud personal y de un compromiso con los principios del establecimiento.

Queremos que comprendan la importancia de cumplir con las normas de convivencia en la Universidad, pues son ellas las que garantizan el mejor funcionamiento de la comunidad estudiantil en su conjunto, facilitando las instancias de mejores aprendizajes.

Para una mejor convivencia interna, queremos que sean conscientes de la importancia de mantener la Universidad limpia y ordenada, que garantice un espacio donde se pueda convivir sanamente. Esto más allá de la comunidad universitaria ha de traducirse en que se comporten como personas sensibles a los cambios que sufre nuestro medio ambiente y cuidadosos de las medidas que se postulan para mejorar los deterioros que se han ido produciendo en él.

### **LOS ESTILOS PARENTALES SON DETERMINANTES PARA EL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE” POR LOURDES DE LA CAMPA BAEZ. JULIO-2008**

“El lugar donde nacen los niños y mueren los hombres, donde la libertad y el amor florecen, no es una oficina ni un comercio ni una fábrica. Ahí veo yo la importancia de la familia”.

Gilbert Keith Chesterton

En el presente ensayo se pretende mostrar que los estilos parentales son determinantes para el adolescente en el cambio al que se enfrentan en esta etapa biológica y social y de cómo pueden influir en su vida.

Durante el período de la adolescencia, el contexto familiar juega un papel crucial en el ajuste psicológico del joven. La existencia de problemas de comunicación entre padres e hijos adolescentes constituye uno de los factores familiares de riesgo más estrechamente vinculados con el desarrollo de problemas de salud mental en los hijos y que también pueden influir negativamente, por ejemplo la presencia de síntomas depresivos, ansiedad y estrés y la baja autoestima, bajo rendimiento escolar o los problemas de integración social.

Como sabemos la adolescencia es un periodo de evolución que se caracteriza por los cambios drásticos y rápidos en el desarrollo físico, mental, emocional y social. Por eso es una etapa decisiva en la adquisición y consolidación de estilos de vida y por ello determinante el tipo de educación y formación que recibieron desde la infancia. Los cambios físicos y hormonales, el periodo de la pubertad, influyen en la imagen que el adolescente tiene de si mismo, en su estado emocional en su relación con los demás, en su forma de interacción y en su comportamiento en general. Se produce un marcado desarrollo cognitivo y al mismo tiempo la consolidación y afirmación de la identidad, de su autonomía o de su integración en el grupo de iguales. Y por supuesto el cuestionamiento de normas y reglas familiares.

Jeffrey Arnett (1999) afirma que es una etapa difícil para el adolescente y para los que le rodean:

Conflicto con los padres: los adolescentes tienden a rebelarse y resistirse a la autoridad de los padres, donde el conflicto se refleja en jóvenes depresivos, el consumo de sustancias.

Alteraciones del estado de ánimo: los adolescentes manifiestan sentimientos de autoconciencia y vergüenza, torpeza, soledad, nerviosismo, sensación de ser

ignorados, baja popularidad entre el grupo de iguales, rendimiento escolar bajo y presentan problemas dentro de la familia.

Implicación en conductas de riesgo: son temerarios. Ilegales y antisociales, presentan conductas delictivas, consumo de sustancias y conducta sexual de riesgo.

Kuezynski y Lollis (1998) sostienen que los padres son las personas que tienen una mejor posición para proporcionar una socialización adecuada y pro social para sus hijos. Se entiende por socialización, al proceso por el cual el ser humano adquiere un sentido de identidad personal y aprende las creencias y normas de comportamiento valoradas y esperadas por las personas que le rodean. La socialización familiar es el conjunto de procesos de interacción en el contexto familiar y que tienen como objetivo inculcar en los hijos un sistema de valores, normas y creencias. En este proceso de socialización las relaciones con los padres, los conflictos de los padres, las familias monoparentales, las relaciones con el grupo de iguales o pares, el entorno escolar, la prolongación de permanencia de los hijos en los hogares, la incorporación de la madre a la vida laboral, son determinantes; es decir que los estilos y prácticas parentales crean un ambiente emocional en el que se expresan las conductas de los padres, como los gestos, los cambios de voz, el lenguaje corporal y la expresión espontánea de las emociones.

Darling y Steinberg (1993) sugieren establecer una clara distinción entre los objetivos y las prácticas utilizadas para alcanzar dichos objetivos, y el estilo parental en que ocurre dicha socialización.

El estilo parental es una variedad de actitudes hacia el niño que crean un clima emocional en el que se expresan las conductas de los padres y que cumplen el objetivo de la socialización, sea de apoyo o de control.

Diana Baumrind (finales de los 70's) diferencia tres tipos de estilos parentales en función de la dimensión del control:

Estilo autoritario: los padres valoran la obediencia y creen en la restricción de la autonomía de los hijos.

Estilo permisivo: los padres proporcionan toda la autonomía, siempre y cuando no se ponga en peligro la supervivencia física del hijo.

Estilo autoritativo: los padres intentan dirigir las actividades del hijo de modo racional.

Maccoby y Martin (1983) realizan una categoría de los estilos desde la dimensión de responsabilidad y exigencia:

	<b>RESPONSABILIDAD</b>	<b>NO RESPONSABILIDAD</b>
<b>EXIGENCIA</b>	<p><b>AUTORITATIVO</b> Reciprocidad de demandas.</p>	<p><b>AUTORITARIO</b> Aserción de poder, obediencia de reglas y castigo físicos.</p>
<b>NO EXIGENCIA</b>	<p><b>PERMISIVO</b> Pocas reglas, demandas con comportamiento maduro y tolerantes.</p>	<p><b>NEGLIGENTE</b> Limitan tiempo en tareas parentales, minimizan tiempo a inconvenientes que suponen sus tareas.</p>

En cuanto a las prácticas parentales los padres deben ser responsables con las necesidades de los adolescentes para incrementar su responsabilidad y toma de decisiones y mantener un alto nivel de cohesión y afecto en el entorno familiar. La meta de la socialización familiar en esta etapa es estimular, formar personas independientes, autónomas, darles cuidado y afecto manteniendo relaciones

familiares íntimas y cohesivas. Dando mayor flexibilidad con responsabilidad lo que permite negociar el nivel de supervisión y control.

En este punto concuerdo con Steinberg (1990) que dice que debe haber un equilibrio entre responsabilidad y exigencia. La responsabilidad promueve la autoestima y las habilidades sociales. La exigencia promueve el control de los impulsos. Entonces los adolescentes muestran resultados favorables cuando los padres:

Mantienen normas claras.

Hay reforzamiento de reglas y regulaciones con sanciones no punitivas.

Proporcionan disciplina consistente.

Explican sus afirmaciones.

Permiten reciprocidad entre padres e hijos en las discusiones familiares.

Se implican en la vida diaria de los adolescentes y ayudan a desarrollar habilidades útiles sobre todo en áreas de comportamiento de riesgo.

Permiten desarrollar las propias opiniones del adolescente en un entorno unido.

En 1995, Grotevant y Cooper desarrollan un Modelo del Proceso de Individualización el cual se define como la propiedad de las relaciones intrafamiliares, caracterizado por la interdependencia entre individualidad y cohesión de los miembros. Este modelo se divide en cuatro factores:

INDIVIDUALIDAD	La aserción/afirmación de si mismo. Capacidad de tener un punto de vista y comunicarlo con claridad.
	Separación. La capacidad de expresar la diferencia entre si mismo y los otros.
APOYO E IMPLICACION DENTRO DE LA FAMILIA	Permeabilidad Mostrar responsabilidad y apertura a las ideas de otros.
	Mutualidad. Mostrar sensibilidad y respeto en las relaciones con los otros.

Este contexto de crecimiento en la adolescencia contribuye al desarrollo de la identidad y autoestima así como la adquisición de capacidades interpersonales como por ejemplo asumir el rol de otro y habilidades de negociación. En esta emancipación se da una transformación de las relaciones igualitarias y reciprocas, hay libertad para establecer nuevas relaciones y libertad para asumir la responsabilidad de si mismo. Esta liberación permite la posibilidad de tomar decisiones sin culpas ni juicios.

Dependiendo de la comunicación que exista entre padres e hijos es el nivel de conflictividad que se presenta en las relaciones familiares. Aquí lo importante es el contexto en el que se produce el conflicto:

Si es hostil: los hijos se sienten abandonados y evitan la interacción con los padres.

Si es cohesivo: la aparición de cierto grado de conflicto puede proporcionar beneficios personales y una mejora de las relaciones.

Arnett (1999) dice que los pequeños problemas cotidianos, hacen que muchas personas experimenten un elevado nivel de estrés debido a la acumulación de agravios e irritaciones menores, por lo que la adolescencia se percibe como un

periodo difícil. Estos conflictos entre padres e hijos conllevan a situaciones de alto riesgo como por ejemplo el consumo de sustancias lícitas e ilícitas y a tener contactos sexuales de alto riesgo.

La adolescencia, es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y prenuncia la adultez, para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa de amistades internas, de aflojamiento de ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro, El desarrollo integral del niño se va a dar con base a las relaciones interpersonales entre los miembros de esta familia.

La vida en familia proporciona la influencia más temprana para la educación de los hijos. Es determinante en las respuestas conductuales entre ellos y la sociedad, organizando sus formas de relacionarse de manera recíproca, repetitiva y dinámica que son las interacciones más importantes en familia. Por ello es preciso señalar que la salud mental del adolescente tiene íntima relación con su vida en familia. La familia se percibe como entidad positiva que beneficia a sus miembros; de lo contrario, si el ambiente es negativo, existe menor control sobre ellos mismos. El adolescente es muy sensible a su entorno cultural; si su desarrollo es anormal, aparecerán dificultades en sus relaciones (familia, escuela, sociedad, consumo de drogas y relaciones sexuales de riesgo,).

La adolescencia es una continuación de la existencia del ser, en donde se realiza la transición entre el niño de edad escolar y la familia.

Esta transición de cuerpo y mente, proviene no solamente de sí mismo, sino que se relaciona con su entorno, el cual es trascendental para que los grandes cambios fisiológicos que se produce en el individuo lo hagan llegar a la edad adulta. La adolescencia es un fenómeno biológico, cultural y social, por lo tanto sus límites no se asocian solamente a características físicas.

La adolescencia si se puede decir es la etapa donde comienza la rebeldía y es cuando la familia y el grupo de iguales deben actuar. Es cuando los adolescentes comienzan a descubrir cosas nuevas y los padres como tal deben

saber lo que están haciendo los hijos en ese momento. Si no existe un buen vínculo entre padres e hijos ellos optarán por dejarse influenciar por los amigos y los grupos; y si estos no son adecuados lo van a inducir por el camino incorrecto. Es importante tomar en cuenta que muchos padres se encuentran desorientados acerca de esta etapa; sin embargo no sólo suelen presentarse cambios en los adolescentes sino también en los padres de acuerdo a la actitud de su hijo con él.

## 2.12 Consumo de Drogas

La Organización Mundial de la Salud da la siguiente definición de la droga también conocida como fármaco: es toda sustancia química que introducida voluntariamente en el organismo de un sujeto, posee la propiedad de modificar las condiciones físicas o químicas de éste.

Es cierto que en un inicio, los descubrimientos de las drogas o fármacos que resultaron administrados (en algunos de ellos), se ignoraban sus efectos o repercusiones a mediano y a largo plazo; las subsiguientes investigaciones, junto con el tiempo, han permitido restringir y explicar sus efectos negativos o positivos, según sea el caso.<sup>17</sup>

El uso y abuso de los fármacos, tiene una historia tan antigua como el hombre mismo. Los incas, mayas, egipcios, griegos y otros pueblos los han utilizado con fines religiosos, místicos, y para predecir el futuro; dichas culturas han tenido sus propias leyes; valiéndose de las plantas, fueron usuarios de los fármacos para reafirmar sus valores culturales. En cambio las sociedades modernas hacen uso de ellos muchas veces como una forma de rebelión, como una búsqueda de placer o como un escape de la realidad.

Reacciones que produce el consumo de drogas: modifican y alteran el comportamiento psicológico, físico, social de una persona, además de ocasionar dependencia física y emocional.

Tipos de dependencia que ocasionan las drogas: las drogas ocasionan dependencia física y emocional. Los consumidores pueden desarrollar una

---

<sup>17</sup> 30. Goodman, Alfred *et al*: *Goodman y Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica*, 8va. edición, Panamericana, Argentina, 1991.

irresistible ansiedad por ciertas drogas, y sus cuerpos responder a la presencia de drogas de manera que los conduzcan a aumentar su consumo, se dice que la dependencia ocurre cuando una persona necesita el producto químico con regularidad para enfrentar los problemas que se presentan en su vida diaria.

La dependencia física es una adaptación o tolerancia de un organismo hacia una determinada droga; cuando ésta se suspende, provoca trastorno físico y malestar, como es el Síndrome de Abstinencia (" la cruda o resaca" en la ingestión de alcohol).

La dependencia psíquica se manifiesta cuando una persona experimenta la necesidad de la droga que le va a producir satisfacción, placer o bien para evitar malestares, lo cual lo impulsa a una administración periódica o continua.

La Tolerancia a la droga ocurre cuando el organismo se adapta a una determinada cantidad (dosis) de fármaco y se da una reacción menor del organismo, lo que ocasiona que una persona necesite dosis mayores del fármaco o droga con la finalidad de que obtenga el mismo efecto inicial.

Asimismo la " Tolerancia Cruzada " ocurre cuando un individuo tolera drogas de la misma especie o de otro tipo (alcohol o marihuana).

La drogadicción consiste en el consumo de drogas prohibidas e ilegales (cocaína, crack, morfina, marihuana, cementos y solventes inhalables, entre otras). Y están prohibidas debido a que son altamente nocivas para la salud física como mental de los individuos y de la sociedad.

La drogadicción es uno de los grandes males del mundo actual. El consumo, fomento y distribución de las drogas son causa de matanzas, extorsiones, tragedias familiares, degeneración de la juventud y autodestrucción física y mental.

El consumo de las drogas se está extendiendo a casi todos los niveles universitarios, escolares, incluyendo el de la primaria. También se viene consumiendo el crack, un residuo de la cocaína.

Los daños físicos y mentales que padecen los drogadictos son de tipo irreversible, es decir son daños permanentes que no tienen remedio en los huesos, la sangre, el hígado, los pulmones y el sistema nervioso entre otros.

Los drogadictos incurrir en toda suerte de delitos como el robo, el asesinato, las violaciones, el vandalismo, el pandillerismo y la vagancia.

En la solución de este problema no solo es necesaria la participación de las autoridades, sino también de médicos, maestros, psicólogos, padres de familia y en fin de todos los miembros de la sociedad incluyendo a los niños y a los jóvenes.

El Consumo de Drogas: las influencias sociales juegan un papel esencial al hacer atractivo el consumo de drogas.

Las primeras tentaciones para consumir drogas pueden darse en situaciones sociales en forma de presiones para " aparentar ser adulto " y " pasarla bien " al fumar cigarrillos o consumir alcohol o marihuana.

Los estudiantes que se vuelven hacia las drogas más potentes generalmente lo hacen después de haber usado cigarrillos y alcohol, y luego marihuana.

Sus primeras pruebas pueden no producirles un " gran viaje "; sin embargo, los estudiantes que continúan consumiendo drogas aprenden que éstas pueden alterar sus pensamientos y sensaciones.

Mientras más se enreda un estudiante con la marihuana, es más probable que comience a consumir otras drogas junto con ella.

Por lo común el consumo de drogas avanza por etapas, desde el uso ocasional hasta el uso habitual, pasando por el consumo de diversas drogas, hasta una total dependencia. En cada etapa, el consumo aumenta, se diversifica y, cada vez más, sus efectos son extenuantes.

Pero tal progresión no es inevitable. El consumo de drogas puede detenerse en cualquier etapa. No obstante, mientras más se enredan los niños con las drogas, más difícil resulta detenerlos.

La mejor manera de luchar contra las drogas es empezar a prevenir su consumo antes de que los niños comiencen a probarlas.

Las acciones preventivas dirigidas hacia los pequeños son el medio más eficaz de combatir el consumo de drogas.

El consumo de drogas y el aprendizaje: el consumo de drogas desintegra la autodisciplina y la motivación necesarias para el aprendizaje.

El elevado consumo de drogas entre los estudiantes crea un clima en la Universidad que es destructivo para el aprendizaje.

La investigación muestra que esto puede provocar un descenso en el rendimiento Universitario. Se ha encontrado que esto es cierto tanto para los estudiantes que sobresalen antes de consumir drogas, como para los que tienen problemas universitarios o conductuales antes de consumirlas. Según un estudio, los estudiantes que consumen marihuana tienen el doble de probabilidades de obtener un promedio más bajo que otros. Frecuentemente las calificaciones bajas empiezan a mejorar cuando se suspende el consumo de drogas.

El consumo de drogas está estrechamente ligado a la ausencia injustificada y la deserción.

Las probabilidades de que los estudiantes que consumen drogas pesadas falten a su centro de estudios son por lo menos tres veces mayores que los que no las consumen.

Alrededor de una quinta parte de los consumidores de drogas pesadas se ausentan de la Universidad tres días o más al mes y el promedio de faltas es seis veces mayor que entre los no consumidores.

El consumo de drogas está relacionado con el crimen y la mala conducta, que interrumpen la tranquilidad y seguridad del centro de estudios, propicias para el aprendizaje.

Las drogas no sólo transforman las Universidades en mercados de distribución de drogas, también llevan a la destrucción del inmueble y al desorden en el salón de clases.

Entre los estudiantes era tres veces más probable encontrar bándalos en los consumidores de drogas pesadas, que destruían la universidad, y dos veces más probable que se vieran implicados en riñas en su centro de estudios o en el trabajo que en los no consumidores.

Los estudiantes consumidores de drogas crean un ambiente de apatía, disolución y desacato hacia los demás.

Un ambiente agobiado por las drogas es un fuerte factor disuasivo contra el aprendizaje no únicamente para los estudiantes que las consumen, sino también para el resto de los estudiantes.

Algunos indicios o señales de alerta que te pueden decir si una persona consume drogas:

- Cambios radicales de estado de ánimo como agresividad, euforia, ataques de risa, etc...
  - Repentinamente cambia de amistades y no quiere hablar sobre ellas.
  - Un descenso en sus calificaciones muy notable.
  - Falta muy seguido a clases o llega muy tarde.
  - Posesión de grandes cantidades de dinero que no puede justificar.
  - Posesión de artículos relacionados con drogas como llaves y cucharas quemadas, alguna jeringa, papel para envolver cigarros, navajas de afeitar y espejos sucios.
  - Descuido en el aseo personal.
  - No se puede concentrar y se le olvidan fácilmente las cosas.
  - Ojos irritados y pupilas dilatadas.
- Si conoces a alguien que presenta estas características trata de ofrecerle tu apoyo y convéncelo para que busque ayuda.

### 2.13 Farmacodependencia

Con el desarrollo acelerado de la modernidad y la globalización económica de las últimas décadas, se han dado cambios y transformaciones en los ámbitos demográfico, económico, tecnológico, cultural, educativo, etcétera, los cuales han llevado a modificar estilos de vida, necesidades y formas de relación social, familiar e individual. Si bien estos cambios tienen ciertos beneficios, no se puede negar que han generado una serie de situaciones estresantes que el individuo debe enfrentar, aunque no siempre sean resueltas de la manera adecuada.

Las dificultades para enfrentar los problemas que plantea la vida actual, provocan diversas situaciones psicosociales, como el incremento de la delincuencia, la desintegración familiar, la generación de mayor violencia y el uso de sustancias lícitas e ilícitas.

El consumo de psicotrópicos es uno de los problemas de salud pública más complejo que enfrenta nuestra sociedad. Involucra a la población infantil y juvenil, se asocia con la violencia familiar y social, y con una disminución de la salud física y mental, así como de la calidad de vida en general. Debe de

tomarse en cuenta que los trastornos por consumo de psicotrópicos, tienen un carácter recurrente; con mucha frecuencia los usuarios de los servicios de salud regresan una y otra vez por el trastorno adictivo, su cronicidad o las complicaciones médicas asociadas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la fármacodependencia (consumo de drogas) como: "el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar una sensación de malestar que surge al dejar de consumirlo." (OMS, 1969)

#### **2.14 Consumo de Tabaco**

El tabaco en forma de cigarrillo no sólo es la segunda droga más consumida después del alcohol en Perú, sino también la causante de diversos tipos de cáncer en el hombre y la mujer<sup>19</sup>.

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), presenta estadísticas sumamente alarmantes debido a que el tabaquismo también está asociado a otras enfermedades mortales y que en el Perú mueren alrededor de 9.000 peruanos anualmente de cáncer de pulmón.

Desde la primera vez que se consume tabaco se producen daños en el organismo, como una simple alergia.

Con el paso de los años la nicotina provoca adicción y se desarrollan neoplasias o problemas coronarios, hasta llegar a enfermedades que podrían obligar al fumador a depender de un tanque de oxígeno para poder seguir viviendo.

En ese sentido, fumar es la principal causa del cáncer pulmonar.

De cada diez casos de cáncer de pulmón, ocho están directamente asociados al cigarrillo, se indica que quienes fuman también pueden ser víctimas del cáncer de lengua, faringe, laringe, traquea, bronquios, esófago, vejiga, cuello uterino, colon y estómago.

Estudios demuestran que el cáncer de pulmón es el más mortal, pues una vez diagnosticado, un 15 por ciento de los pacientes no logra sobrevivir más allá de cinco años.

El cigarrillo puede ocasionar además accidentes cerebro vasculares, comúnmente conocidos como "derrame cerebral".

Aun cuando se deje de fumar, siempre habrá un riesgo mayor de desarrollar cáncer, en comparación con los no fumadores.

Si las personas diagnosticadas con cáncer no dejan el cigarrillo, tienen menos probabilidad de vivir porque no responden a los tratamientos y no pueden ser sometidos a cirugías debido a que tienen una reserva pulmonar muy pobre.

Los pacientes que acuden al INEN llegan en una etapa avanzada de cáncer de pulmón, lo cual lo hace incurable, porque es difícil detectar el cáncer de pulmón en sus fases iniciales.

En Perú, el tabaco en forma de cigarrillos es la droga más consumida después del alcohol por la población urbana de 12-64 años. La mayoría de los fumadores inicia el consumo entre los 12 y 18 años.

Según el jefe del INEN, en los últimos años se ha observado un preocupante incremento del hábito de fumar en las mujeres, e inclusive, niños.

La publicidad del tabaco juega y ha jugado un papel muy importante para ocultar información a la población presentando imágenes de éxito relacionadas con el consumo de cigarrillos.

Los especialistas del INEN recomiendan no fumar y evitar frecuentar lugares donde haya fumadores.

El humo del tabaco contiene más de 4.000 compuestos químicos, de los cuales 60 son cancerígenos, existiendo además otros 16 cancerígenos en el tabaco sin quemar.

Se calcula que para el 2030 el tabaco podría ser responsable de 10 millones de muertes al año en el mundo.

Los fumadores tienen mayor probabilidad de faltar más días al trabajo por enfermedad, y de morir en sus años más productivos, dejando a sus familias sin fuentes de ingresos.

El tabaco consume los recursos de la economía mundial a razón de 200.000 millones de dólares anuales, señala el Banco Mundial. enfáticamente que los ingresos tributarios del tabaco no compensan estos costos.

En los países de ingresos altos, la atención de salud para tratar las enfermedades causadas por el tabaco constituye entre el 6 y 15 por ciento de todos los gastos sanitarios.

### 2.15 Consumo de Alcohol

El alcoholismo es una enfermedad progresiva, crónica y degenerativa; con síntomas que incluyen una fuerte necesidad de tomar a pesar de las consecuencias negativas.

La enfermedad está caracterizada por daños físicos en todos los sistemas del organismo, siendo los más complicados los que se relacionan con el sistema cardiovascular, el sistema nervioso y el hígado.

Cuando el consumo de bebidas alcohólicas es exagerado o recurrente se produce tolerancia. Es decir, el organismo requiere una mayor dosis de alcohol para obtener las mismas sensaciones. Esta situación facilita la adicción, la cual es acompañada de grandes dificultades por detener el consumo cuando se empieza a beber. Al suspender la utilización de alcohol, se desarrollan síntomas como náuseas, temblores y ansiedad.

Por otra parte, el alcohólico pierde el interés por lo que le rodea, lo cual puede ocasionar la pérdida de su empleo y de su familia.

Los efectos se presentan en una secuencia de etapas, siempre que el individuo continúe bebiendo y de acuerdo con la cantidad y el tipo de bebida ingerida. Influye también el volumen de alimentos que se encuentran en el estómago, el peso corporal de la persona y las circunstancias en que se bebe:

Primera: El sujeto se ve relajado, se torna comunicativo, sociable y desinhibido, debido a que el alcohol primero deprime los centros nerviosos que controlan la inhibición de los impulsos, por lo que la conducta se libera, el individuo parece excitado.

Segunda: La conducta es esencialmente emocional, errática, se presentan problemas de juicio y existe dificultad para la coordinación muscular; así como trastornos de la visión y del equilibrio.

Tercera: El individuo presenta confusión mental, se tambalea al caminar, tiene visión doble, así como reacciones variables del comportamiento: pánico,

agresividad y llanto. Por otra parte tiene serias dificultades para pronunciar adecuadamente las palabras y para comprender lo que se le dice.

Cuarta: Incapacidad para sostenerse en pie, vómitos, incontinencia de la orina, estupor, aproximación a la inconsciencia.

Quinta: inconsciencia, ausencia de reflejos. Estado de coma que puede llevar a la muerte por parálisis respiratoria.

Lo que sucede es que cuando una persona ingiere una copa, el 20% del alcohol presente en esa bebida es absorbido en forma inmediata a través de las paredes del estómago y pasa a la sangre.

El otro 80% es procesado un poco más lentamente y también se absorbe, desde el intestino delgado, para circular en la sangre. Si la ingestión de bebidas alcohólicas se detiene o continúa en forma moderada, los niveles de alcohol en la sangre se mantendrán bajos, pues el hígado sano podrá metabolizarlas, con la ayuda de la eliminación del alcohol en la orina y el aliento. Sin embargo, cuando la velocidad de ingestión y la cantidad ingerida rebasan la posibilidad de eliminarlo, se dificultan la coordinación muscular y el equilibrio, se obstaculizan la memoria y el juicio; además se puede llegar a estados de intoxicación que ponen en peligro la vida.

1. Después de un tiempo de abusar del consumo de bebidas alcohólicas, se presenta un deterioro en diversos órganos como el estómago, el hígado, los riñones y el corazón, así como en el sistema nervioso.
2. Existen una serie de enfermedades que se relacionan con el consumo reiterado de bebidas alcohólicas, como la cirrosis hepática y las enfermedades cardíacas.
3. Algunos estudios señalan que quienes se inician en el abuso de las bebidas alcohólicas desde jóvenes, tienen una expectativa de vida 5 a 10 años menor que los que no experimentan esta situación.
4. El alcohol es una de las drogas más peligrosas para la mujer que esta embarazada, ya que en el cuerpo de la mujer el alcohol se transforma en sustancias dañinas para las células que son absorbidas por el feto. En cantidades abundantes aumenta el riesgo de nacer con defectos, como el "síndrome alcohólico fetal", que implica la formación de un cráneo pequeño, facciones anormales, retardo físico y mental. Consumir bebidas alcohólicas al final del embarazo, puede también afectar al feto.

5. En el sistema cardiovascular, incrementa el riesgo de enfermedades al corazón, el bebedor incrementa sus niveles de lípidos (grasa en la sangre) que puede resultar en arteriosclerosis , incrementa el riesgo de una muerte temprana y un ataque al corazón, y el desarrollo de cardiopatía.
6. En el sistema nervioso, daño en el sistema nervioso central se reconoce luego de muchos años.
7. Pueden aparecer problemas neurológicos, por falta de vitamina B.
8. El sistema gastrointestinal es probablemente el sistema más dañado por efecto del consumo de alcohol. Podemos ver úlceras faciales (úlceras sangrantes y perforantes), problemas en el páncreas e incremento de la incidencia de desarrollo de cáncer al esófago.
9. Los alcohólicos podrían desarrollar cirrosis. En la primera etapa de la cirrosis, las células del hígado se perjudican y acumulan gotas de grasa; cuantas más células sufren esta infiltración, el hígado se dilata más. Si el consumo de alcohol continúa, se forman cicatrices hasta que esto se vuelve irreversible.

El abuso del alcohol se presenta cuando el bebedor llega a sentirse intoxicado y no puede cumplir con sus obligaciones o pone en peligro su vida y la de los demás al manejar, toma riesgos excesivos o presenta conductas violentas bajo los efectos del alcohol. Si estos episodios en los que se bebe en exceso se repiten con frecuencia, puede desarrollarse dependencia o alcoholismo.

El alcoholismo es una enfermedad tratable y la medicación ha llegado a estar disponible para prevenir las recaídas, pero la cura aun no ha sido encontrada. Ello significa que es posible sostener la abstinencia por un periodo largo de tiempo, con lo cual la salud del alcohólico mejora; sin embargo la recaída es un riesgo permanente<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> 23. Ellis, A. & Mcinerney, J. Terapia Racional Emotiva con Alcohólicos y Toxicómanos. Bilbao. Desclée de Brouwer, S.A. España. 1992

## 2.16 Consumo de Psicoactivos

Desde el punto de vista de la ciencia, *fármaco* o *droga* es toda sustancia química de origen natural o sintético que afecta las funciones de los organismos vivos. Los fármacos que afectan específicamente las funciones del Sistema Nervioso Central (SNC), compuesto por el cerebro y la médula espinal, se denominan *psicoactivos*.<sup>19</sup>

Estas sustancias son capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones, por ejemplo

El hecho de que los psicoactivos actúen como remedios o como venenos, depende de:

- 1) su grado de pureza,
- 2) las dosis y las modalidades de empleo,
- 3) las condiciones de acceso y las pautas culturales de consumo,
- 4) el estado físico, emocional, mental y espiritual del usuario.

Los mismos psicoactivos pueden resultar benéficos o dañinos, terapéuticos o tóxicos, según quien, cuando, cuanto, cómo y con qué fin los consume. Por desgracia existe una gran desinformación al respecto que aunada a una serie de mitos y prejuicios, repercute sobre la salud, el calificativo moral e incluso el trato cívico y legal de sus consumidores.

Es importante conocer la diferencia entre drogas, fármacos y medicinas. El término **pharmacon** era utilizado en la antigüedad para describir tanto a los medicamentos como a los venenos, y no había distinción terminológica entre aquellos con utilidad terapéutica sobre el cuerpo físico o sobre el cuerpo mental, como es el caso de las sustancias capaces de alterar la conciencia. Desgraciadamente, lo que antes era sinónimo hoy se encuentra disociado.

Aún cuando **fármaco** y **droga** continúan empleándose de manera indistinta dentro de la literatura especializada, en la percepción popular se consideran cosas

---

<sup>19</sup> . 12. Bocanegra, C. Las Creencias Irracionales. Estudio comparativo entre un grupo de sujetos consumidores de Pasta Básica de Cocaína y un grupo de sujetos no consumidores de drogas: Un enfoque Racional Emotivo. Psicoactiva , Perú , 1991

por completo diferentes. Ahora se habla de medicinas y de drogas. Se dice que las **medicinas** alivian el sufrimiento, luchan contra la muerte, son *buenas* y se venden en farmacias. Se cree que las **drogas** originan trastornos severos, provocan la muerte, son *malas* y por eso están prohibidas.

Bajo esta lógica, considerar al agua como un veneno parecería broma, no obstante, tres o cuatro litros producen envenenamiento mortal en los niños; mientras que en un adulto, más de veinte litros diarios generan una secreción excesiva de orina y una propensión a la retención de cloro que ocasiona la deshidratación celular y eventualmente la muerte.

El curare es un buen ejemplo de un *pharmacon*, un remedio que es a la vez un veneno. En dosis altas es uno de los venenos más poderosos que existe y en dosis bajas es un anestésico local. Los jíbaros lo usan para envenenar los dardos de sus cerbatanas cuando van a la selva a cazar animales pues en dosis elevadas paraliza totalmente los músculos y las presas mueren por asfixia. Pero los cirujanos también lo usan en dosis muy bajas para relajar los músculos de sus pacientes en operaciones que requieren incisiones abdominales.

Otro ejemplo: el psicoactivo MDMA, mejor conocido como éxtasis. En las primeras etapas de investigación científica previas a su prohibición, demostró tener notables utilidades terapéuticas en psicoterapia; pero después de su prohibición, el uso irresponsable de este fármaco ocasionó la muerte de varios jóvenes en Europa debido al desconocimiento de su utilización y actualmente está provocando diversos trastornos en personas que abusan de él y están expuestos a las adulteraciones debidas a la falta de controles de calidad en el mercado negro.

Así es que, concluyendo: **No hay diferencia entre un fármaco, una medicina y una droga. Cualquier sustancia psicoactiva puede servir como remedio o como veneno dependiendo de las circunstancias en las que sea utilizada.**

La conceptualización de un principio activo es importante debido a que es una sustancia química capaz de producir un efecto farmacológico sobre un organismo vivo. Por ejemplo, el peyote, tiene cerca de 50 principios activos, el más importante de ellos, es un alcaloide llamado mezcalina.

En el presente trabajo es indispensable conocer la actividad que desempeña un neurotransmisor. En el cuerpo humano, la comunicación entre las células se realiza a través del sistema endocrino y del sistema neuronal. El mecanismo es básicamente éste: ante un determinado estímulo, el organismo reacciona liberando una serie de sustancias que se llaman **hormonas** si las producen las glándulas endocrinas y se liberan al torrente sanguíneo, o **neurotransmisores**, si las produce el cerebro y se liberan a nivel local dentro del mismo para producir una comunicación entre neuronas.

Esto equivale a decir que los neurotransmisores son las drogas naturales (**acetilcolina, adrenalina, noradrenalina, norepinefrina, melanina, serotonina, histamina, dopamina, etc.**) que el sistema nervioso necesita para intercambiar información y ejercer control sobre el resto del cuerpo.

Los neurotransmisores actúan ocupando sus receptores específicos dentro de ciertas áreas del cerebro dedicadas a controlar funciones particulares. La **acetilcolina**, por ejemplo, controla los músculos del esqueleto (el diafragma y todos los músculos asociados con el movimiento); y comparte con otro neurotransmisor llamado **norepinefrina**, la responsabilidad de controlar los músculos lisos (las paredes de los órganos internos y los vasos sanguíneos) y el músculo cardíaco.

Pero entonces como actúa una droga psicoactiva. Imaginémonos que las células son como habitaciones del gran templo que es tu organismo, los receptores de dichas células-habitaciones son sus cerraduras, y las hormonas o neurotransmisores son las llaves que abren o bloquean esas cerraduras. Un neurotransmisor u hormona que abra la cerradura, recibe el nombre de agonista, mientras que uno que atasque la cerradura e impida que se abra la puerta, es un antagonista.

La estructura química de las sustancias psicoactivas es muy similar a la de ciertos neurotransmisores u hormonas del SNC, por lo que pueden alterar temporalmente el funcionamiento habitual del organismo humano actuando como agonistas o antagonistas de los receptores celulares. Funcionan más como hormonas que como neurotransmisores, pues al ser consumidas penetran en el torrente

sanguíneo como las secreciones glandulares y no únicamente en el cerebro, como ocurre con los neurotransmisores.

La diferencia entre psicoactivos naturales y sintéticos radica fundamentalmente:

Comúnmente se da por sentado que un *psicoactivo natural* es una planta cuyas hojas, tallos, raíces, segregaciones y/o frutos se pueden comer, fumar y/o beber en infusiones o decocciones; mientras que un *psicoactivo sintético* requiere algún tipo de síntesis o procedimiento químico de menor o mayor complejidad para extraer los principios activos de una planta con intención de consumirlos, o para manipularlos a fin de producir un nuevo compuesto químico previamente inexistente como tal en el mundo vegetal.

Muchas personas consideran que el organismo humano está más preparado para asimilar un psicoactivo natural que uno sintético, sin embargo, la mayoría de los químicos y farmacólogos opinan lo contrario. El farmacólogo Jonathan Ott por ejemplo, asegura que cualquier principio activo, ya sea sintetizado por una planta o por un químico profesional, tiene la misma estructura química y los mismos efectos biológicos; dice también que sintetizada por un profesional garantiza una mayor pureza con la ventaja de que es más higiénico y más fácil de consumir.

Como ejemplo citemos al peyote asegurando que el principio activo que éste produce, la mezcalina, es exactamente la misma que la que puede hacer un químico y que es más agradable tomar el polvo blanco en una cápsula que ingerir un peyote crudo cuyo sabor es demasiado amargo y cuyo consumo muchas veces se lleva a cabo en condiciones que él encuentra poco higiénicas. Le parece que preferir comer una planta amarga es una reminiscencia del "miedo primal a los dioses" y explica: "Se piensa que las drogas y las vitaminas hechas por seres humanos no son naturales y son peligrosas, mientras que idénticas drogas y vitaminas hechas por plantas son dadas por dios y son seguras. Intentar hacer cosas formalmente hechas sólo por los dioses es cometer el pecado de Prometeo, ¡robar fuego de los dioses!"

Por contraposición, se puede argumentar que durante siglos, miles de personas han consumido el peyote de la misma forma que Ott encuentra antihigiénica y que, aunque gran parte de los efectos del peyote se deban a la acción de la

mezcalina, en esta planta cactácea se han encontrado cerca de 50 alcaloides más que pueden contribuir a que la experiencia con la planta sea diferente a la de la cápsula de mezcalina pura; la peyotina, por ejemplo, presenta efectos narcóticos cuando se consume de forma aislada.

Aún no hay estudios suficientes acerca de la sinergia u efectos combinados que puede haber entre los distintos principios activos presentes en las plantas psicoactivas. Tal como se ha demostrado en el caso de las vitaminas, el cuerpo requiere ciertos componentes químicos para poder asimilarlas, ya que hay un equilibrio muy complejo en el sistema orgánico. Por ejemplo, una naranja, fuente natural de vitamina C, también contiene pequeñas cantidades de calcio, indispensable para que el organismo pueda asimilar la vitamina C. Para asimilar comprimidos de vitamina C, el organismo también requiere calcio y si no lo encuentra disponible en cantidades suficientes, utiliza el calcio almacenado en los huesos, por lo que una sobredosis continua de comprimidos de vitamina C puede llegar a resultar dañina.

Así es que mientras nuestro conocimiento siga siendo parcial y no total, seguiremos siendo Prometeos falibles y no dioses inmortales, lo cual no quiere decir que hay que ser muy cautelosos única y exclusivamente por las plantas psicoactivas, sino que debemos actuar con mucha consideración y prudencia en esta temática.

Los efectos de las drogas psicoactivas sobre el SNC no están dados por sus cualidades intrínsecas, sino por su capacidad de afectar el funcionamiento ordinario del SNC.

Es decir, si un psicoactivo actúa como agonista de la serotonina, por ejemplo, potencia el efecto fisiológico de la serotonina; mientras que si actúa como antagonista, bloquea los receptores e impide que la serotonina realice su función biológica. Así, la ocupación de los receptores no produce ningún efecto *distinto*, sino que simplemente afecta la intensidad o la duración de los efectos habituales de los neurotransmisores u hormonas corporales. De tal forma que puede afirmarse que las drogas psicoactivas en sí, no producen ningún efecto anómalo

sobre la mente humana, sino que sólo interfieren con los complejos mecanismos que regulan el SNC alterando o modificando temporalmente su funcionamiento habitual (o permanentemente si se abusa de algunas de ellas).

Incluso se ha llegado a decir que los psicoactivos actúan como meros catalizadores de ciertos efectos que produce el propio cerebro mediante sus propias drogas endógenas o neurotransmisores. Como ejemplo se cita el caso de la LSD que ya ha desaparecido completamente del organismo cuando apenas comienzan a manifestarse los efectos más álgidos tras su ingestión. Se cree que la LSD podría haber producido todo un desajuste o un reajuste (según la óptica) en el sistema serotoninérgico, y el retorno al estado ordinario de conciencia sería percibido como un "estado alterado o modificado" de la misma.

Los neurotransmisores más involucrados con las drogas psicoactivas son los siguientes<sup>20</sup>

**Serotonina:** La mayoría de las neuronas que sintetizan serotonina se localizan en el cerebro medio y en los denominados núcleos de rafe. Este neurotransmisor posee una amplia gama de receptores y está implicado en muy diversas funciones.

- \* Participa en la inducción de sueño, de tal forma que su ausencia produce insomnio.
- \* Tiene cierta actividad en la regulación de la temperatura corporal y el control del vómito.
- \* Es un neurotransmisor de las neuronas que transmiten las sensaciones de dolor.
- \* Está directamente involucrado en el control de los estados de ánimo, de las emociones, de la percepción sensorial y de funciones cognitivas superiores.
- \* Cuando se producen determinados estímulos sensoriales que ponen en alerta al individuo, su descarga cesa en forma inmediata. Actúa como una especie

---

<sup>20</sup> 13. :Brailowsky, Simón: *Las sustancias de los sueños: Neuropsicofarmacología*, FCE-CONACYT, México, 1995

de filtro de señales externas que da primacía a los estímulos que se consideran importantes para facilitar la toma de decisiones.

- \* La lesión en neuronas serotoninérgicas produce activación motora y un aumento en la irritabilidad y la agresividad.
- \* Es posible que la serotonina tenga una actividad autorreguladora, ya que la presencia de una determinada concentración de serotonina inhibe a las neuronas de los núcleos de rafe, impidiendo así la síntesis de más serotonina.

La degradación de este neurotransmisor, esto es, su transformación en una molécula inactiva, la lleva a cabo la enzima reguladora del sistema serotoninérgico: la enzima monoamino-oxidasa (MAO), que actúa en general oxidando el grupo amino de la molécula, que incluye además de la serotonina, a la melatonina, la adrenalina y cualquier molécula estructuralmente similar.

Se sabe que la LSD y la DMT pueden actuar como agonistas frente a receptores serotoninérgicos, o sea, son llaves capaces de abrir las habitaciones que sintetizan la serotonina.

**Melatonina:** Se sintetiza a partir de la serotonina, principalmente en la glándula pineal, sede del alma, según los antiguos. Mientras su concentración en la sangre es alta hasta los siete primeros años, comúnmente decrece hacia el final de la pubertad, permaneciendo baja el resto de la vida.

- \* \*Está implicada en la regulación del reloj biológico de los seres humanos (ciclos de sueño-vigilia) y de la regulación fisiológica de la retina.
- \* \*Tiene efectos hipnóticos y actúa como fototransductor, transformando las señales luminosas, como la presencia o ausencia de luz, en señales hormonales.

Basado en estas funciones, Raúl de la Flor Aguirre especula:

Recordemos que las concentraciones de melatonina son muy diferentes en la infancia y en la madurez y esto, aunado al papel que desempeña la serotonina como filtro de percepciones, puede ser la explicación de que bajo los efectos de un visionario seamos capaces de apreciar la belleza en las cosas más cotidianas...

como un niño que se encuentra en fase de aprendizaje y cualquier cosa le parece novedosa, por eso fija su atención en las cosas más simples... En contrapartida, si la sustancia anula ese filtro de percepciones, podemos caer en estados de paranoia en los que cualquier percepción, que obviaríamos en condiciones normales, nos pone en alerta y hace que nos consideremos en peligro.

Para que un fármaco logre actuar, en primer lugar debe ser introducido al organismo y en segundo lugar, debe llegar al sitio de acción. En el caso de los psicofármacos, este sitio de acción está localizado en alguna parte del Sistema Nervioso Central, un sistema al que es difícil acceder porque cuenta con una protección conocida como la *barrera hemoencefálica*. Gracias a ella, no todo lo que entra a la sangre puede pasar hacia el cerebro y la médula espinal. Para lograrlo, las drogas psicoactivas deben ser liposolubles, ya que los lípidos (grasas) pueden atravesar fácilmente las membranas de la barrera.

Para introducir un psicofármaco al organismo existen básicamente tres vías de administración: **oral** (la ingestión de pastillas, grageas, tabletas, gotas, plantas, bebidas o alimentos que contengan alcaloides psicoactivos), **pulmonar** (a través del acto de fumar, por la aspiración de polvos o la inhalación de vapores) y **parenteral** (por medio de una inyección que puede ser intravenosa, subcutánea o intramuscular).

La **potencia** de un psicoactivo depende del grado de afinidad que tenga con los neuroreceptores. Se dice que la LSD es el psicoactivo más potente que se conoce porque en la sustancia más afín a los receptores de la serotonina, dado lo cual se requiere una menor cantidad de LSD en el torrente sanguíneo para que se manifiesten sus efectos, que una de DMT, por ejemplo:

La **afinidad** es pues la facilidad con la que la llave encaja en la cerradura-receptor y la abre. La concentración mide el número de veces que se intenta girar la llave. Las moléculas menos afines necesitan mayores oportunidades para intentar abrir las puertas y dichas oportunidades se consiguen aumentando la concentración del psicoactivo en la sangre. Por eso es que conforme la afinidad sea mayor, mayor es su **potencia**.

Lo toxicidad de una droga no es la droga en sí misma sino las concentraciones de ésta en proporción a cierta medida, que en el ser humano es el kilo de peso. Existe una estrecha relación entre la concentración de una droga en el organismo y la cantidad de complejos que se forman. El efecto de una droga varía con esa concentración hasta alcanzar un valor máximo, pasado el cual ningún incremento en la concentración resulta más efectivo. La *dosis activa media* es definida como aquella que produce el 50% del máximo efecto obtenible en un grupo de personas o animales sometido a estudio, mientras la *dosis letal media* es aquella que causa mortalidad en el 50% de los miembros del grupo estudiado.

La *toxicidad* o el *margen de seguridad* de una droga está determinado por la proporción entre la dosis activa y la dosis letal. En la Aspirina, por ejemplo, ese margen de seguridad es de 1/20, mientras que en la heroína es de 1/30 y en el LSD es de 1/650.

Si nos referimos a toxicidad o margen de seguridad también es necesario tener conocimiento de los efectos psicológicos, que no son sino el conjunto de sensaciones mentales que se producen en una persona bajo el efecto de cualquier sustancia psicoactiva. Hay dos aspectos que influyen profundamente en una experiencia con cualquier droga. Estos aspectos se conocen como el *set* y el *setting*.

El *set* se refiere a lo que el consumidor aporta personalmente a la experiencia: su fortaleza psíquica y física, las huellas mentales de su infancia, su aprendizaje vital, sus tendencias emocionales e intelectuales, sus motivaciones e intenciones, su preparación para la sesión. Es decir, el *set* es aquello que incumbe al individuo. ( Cartografía de la experiencia psicocactiva)

El *setting* es el ambiente, tanto físico como humano, que rodea al consumidor durante la experiencia. En el *setting* se incluyen a las otras personas presentes durante la sesión. Es fundamental que con ellas exista una gran confianza para que la experiencia sea positiva, puesto que las sustancias psicoactivas pueden ampliar cualquier suspicacia existente.

Dos psicólogos norteamericanos (Schater y Singer) fueron los primeros en demostrar que una misma droga produce efectos diferentes en función del *set* y del *setting*. En el transcurso de uno de sus experimentos pudieron probar, por

ejemplo, que a una misma persona, la anfetamina le provocaba angustia si la consumía en un entorno social tenso y le producía euforia si la usaba en ambientes placenteros.

Estudios realizados con psicoactivos revelan un conjunto de efectos fisiológicos; sensaciones físicas que se producen bajo el efecto de cualquier sustancia psicoactiva, tales como cambios en la temperatura corporal, alteraciones de la frecuencia cardíaca o la presión arterial, alteraciones preceptuales, etc.

Los efectos fisiológicos de un psicofármaco pueden verse condicionados por las afecciones orgánicas de la persona que los consume en un determinado momento y por la interacción con otros fármacos que se administren previa o simultáneamente, e incluso por la ingestión de ciertos alimentos que pueden inhibir o dificultar su asimilación.

Siempre que se emplea una droga persiguiendo un fin determinado, ya sea recreativo, ritual o terapéutico, se corre el riesgo de provocar al mismo tiempo reacciones secundarias a nivel fisiológico.

El empleo de psicoactivos conlleva a la *tolerancia* que se define como la necesidad de un aumento en la dosis para producir un efecto dado. Esta necesidad se genera porque la mayoría de las interacciones entre un receptor y una droga eventualmente producen el fenómeno de *desensibilización*: continuas o repetidas administraciones de una droga producen progresivamente un efecto menor.

Entre los complejos mecanismos involucrados en este fenómeno se encuentran la eliminación de los receptores de la membrana celular después de la exposición prolongada a un agonista, o el paso del receptor a un estado refractario (no responsivo) en presencia de un agonista, en cuyo caso la activación no se lleva a cabo. La desensibilización es un fenómeno reversible. Aunque la recuperación de los receptores requiere horas o días, puede agilizarse con la administración de un antagonista.

En casi la totalidad de los pacientes se produce una dependencia física que es la alteración del estado fisiológico que se produce ante la exposición repetida de ciertas drogas y que provoca la necesidad de seguir consumiéndola con el fin de prevenir la aparición de un síndrome de abstinencia. Esta alteración supone el desarrollo de cambios biológicos en los que dichas drogas se integran de alguna manera al funcionamiento habitual del cerebro. Por ello se le conoce también como *neuroadaptación*.

De acuerdo al doctor Brailowsky, un experto en neurociencias, el desarrollo de la *dependencia* no supone forzosamente que el individuo tenga determinados problemas psicológicos para que se vuelva adicto, puesto que se han identificado factores genéticos que hacen a ciertas personas más susceptibles a desarrollar dependencias específicas a ciertas drogas y no a otras.

Finalmente no podemos dejar de mencionar el síndrome de abstinencia que es la respuesta física de un organismo ante la retirada abrupta del suministro de ciertos fármacos. La intensidad de esta respuesta puede variar dependiendo tanto del grado de habituación, como de las características de la droga. La presencia o ausencia de un síndrome abstinencial es el mejor indicativo para determinar si una droga genera o no dependencia física, ya que no todas la producen. Hay algunas que sólo generan lo que se conoce como dependencia psíquica.

### 2.17 Personalidad y Toxicomanías

"Sé dueño de ti mismo", es una frase que se aplica normalmente a la búsqueda de la independencia en el sentido de obrar por cuenta propia, evitando todo papel de sumisión, siendo responsable de sí mismo. Por supuesto que esta idea es fundamentalmente buena. No deberíamos ser mera hiedra que se agarra a las paredes de la vida y que se viene abajo si se retira el soporte.

Pero hay una forma más alta en que debemos ser dueños de nosotros mismos, a saber, interiormente. El dominio de sí mismo en sus diversas formas no es un rasgo destacado. Al examinar nuestra sociedad, casi podría parecer que nadie ejercita el dominio de sí mismo. Da la impresión de que las personas ceden totalmente a sus deseos, algunos de los cuales son legítimos. Pero lo importante

es que sean legítimos, es una feliz coincidencia, pues en la mayoría de los casos cederíamos a ellos, fuesen buenos o malos. No se resiste a los deseos, a los impulsos. Nos dejamos arrastrar por ellos. La mayor parte de las personas son, desgraciadamente, como barco a merced de los elementos. Si poseen la virtud del dominio de sí, no la hacen actuar.

Y, con todo, puede que una persona de esa pobre categoría desempeñe un gran papel en la vida. Cuántos, que son aclamados como grandes por razón de su importante función o de su alta posición, no tienen freno ni carácter en su vida personal. Muy a menudo, cuando uno ahonda, se encuentra en la vida de los grandes algo que no está bien. Mirad en particular a los genios reconocidos como tales, para demostración de esto.

Pero no quiero que esta consideración mía se convierta en un examen general de los defectos de la humanidad, sino que pretendo hacer una aplicación particular a lo que se considera pequeños vicios, aunque ciertamente éstos pueden llevar a uno lejos, incluso al desastre.

Voy a tratar de los hábitos viciosos, en particular de la bebida, del tabaco, de las drogas, etc. El "et caetera" podría llevarnos a un terreno difícil; por eso me contento con la enumeración dada. Perdonad que pase de uno a otro indistintamente.

Se ha perdido totalmente el control de estas cosas. Los gobiernos han llegado a considerarlas como una amenaza para la salud y el orden público. Después de haberlas mirado benignamente durante mucho tiempo como concesiones legítimas y haberlas utilizado para aumentar la renta pública, esos gobiernos ahora las condenan publicando el testimonio de los médicos respecto a su nocividad y prohibiendo hacer propaganda de las mismas. Pero creo que se puede decir que estas medidas de intimidación están teniendo el mismo afecto que la escoba del rey Canuto para contener la marea ascendente. Explicaré para los no familiarizados con este incidente que el rey en cuestión estaba en su total juicio y usó la escoba para inculcar una enseñanza.

Me pregunto hasta qué punto la gente disminuye su consumo de bebida o tabaco como resultado de estos consejos; sin duda algún principiante que otro se impresiona y tiene el suficiente dominio para echar el freno. La mayoría no disminuye el uso de estos artículos. Parece como si hubiesen traspasado el punto hasta donde ejercen control. Estos no son en verdad dueños de sí mismos.

Se ha de reconocer el hecho de que en determinada etapa del uso de estos productos se ha creado un vicio. Existe una especie de necesidad de los mismos. Parar requiere un grado de resolución que la mayoría no posee. Prefieren sobrellevar los diversos inconvenientes, es decir, el actual de un gasto considerable y el futuro de un quebranto de salud, a sufrir la incomodidad de luchar con el vicio. Esas personas han dejado, en un cierto grado de mandar en sí mismos. En los casos extremos se resignan a ese estado de servidumbre, que es realmente peor que el del esclavo cuya condición puede que esté impedida sólo externamente. Este puede ser un hombre libre en su alma.

Pero el toxicómano no es libre. Su pensamiento está condicionado por su necesidad. Su forma normal de vida ha llegado a depender de aquélla. Si no puede satisfacerla en los intervalos normales se altera hasta el punto de no saber comportarse.

Alguien dirá: "Sí, pero se aplicaría lo mismo a la comida. Tiene que llegarnos a intervalos regulares y no podemos pasar sin ella". Es verdad. Pero existe la diferencia de que la comida es una exigencia natural, mientras que estas otras cosas no lo son. Su deseo es artificial. Fue implantado por el uso de esas poderosas drogas que en cierto momento se insertaron en el funcionamiento normal del organismo de tal manera que se equiparan con los deseos fuertes naturales y tienen que ser satisfechas.

Además, y esto es fundamental, el alimento no requiere cantidades crecientes conforme uno avanza en la vida; posiblemente es al revés. Pero las drogas, sí; y éste es su peligro especial. Progresivamente dejan de producir el estímulo que se ha hecho necesario, y por eso se debe Incrementar la dosis. El grado de toxicomanía crece.

De nuevo puede alguien objetar que uno no se da principalmente a la comida, a la bebida, al tabaco, porque son deseos fuertes, sino porque proporcionan un gran placer. Así es. Pero repito lo que ya he dicho: La comida normal es una necesidad natural. Esas otras cosas son artificiales. Se les ha dado en el sistema nervioso un lugar que en un principio y naturalmente no tenían y que ahora reclaman. Si no se satisface el deseo, molesta sobre manera. Es un alivio el ceder. Pero representa en verdad una mala política crear esa molesta situación, que sería casi lo mismo que producir un dolor que luego sólo se puede aliviar con narcóticos. El origen de ese dolor es puro lujo, pero ¿habría alguien tan loco que produjese primero ese dolor para darse luego ese lujo?

Hacer eso adrede sería como llevar a casa un cachorro de tigre que no se va a poder controlar cuando crezca. Pero hay esta diferencia entre el tigre y la droga; y es que, si se tiene la suerte de ver los primeros signos de salvajismo del tigre, se puede deshacer de él enviándolo al zoo. En el caso de la toxicomanía no se la puede arrancar.

Hasta aquí me he estado refiriendo a casos en que ha sido posible mantener el uso de estas cosas dentro de unos límites, pero eso no es tan fácil, ni tan corriente. Hay personas que son desde luego moderadas, pero aún en esos casos se plantea la pregunta: ¿por que someterse a tal grado, aunque sea pequeño, de coacción y peligro? En el caso de la mayoría de la gente hay una tendencia al exceso que va fortaleciéndose hasta que, por fin, toma posesión del individuo. Están siempre pensando en beber o fumar. Gastan el dinero que es necesario para otros fines vitales; por ejemplo, para sus familias. Sin duda han echado sobre sí una esclavitud. El testimonio médico proporciona innumerables casos en que bebedores aparentemente controlados entraron en un violento delirium tremens, cuando su habitual suministro se cortó.

Además existen los casos de falta total de dominio de personas que han deshecho sus vidas bebiendo y a la vez han arruinado la vida de otros. En mis tiempos he conocido un gran número de personas de extraordinaria capacidad, espiritual y de otra índole, que se han convertido en una ruina. En alguno de ellos ha sido

realmente un problema de santidad que se frustró. Representó una tragedia para el mundo que contrajeran el vicio.

Por supuesto, la reacción de siempre frente a esto es la afirmación confiada: "Eso no me va a pasar a mí". Nadie que se lance a beber o a un vicio pequeño piensa

que perderá su control. ¡El no lo permitirá! Examinad; sin embargo, el número de los que pudieron desembarazarse de él cuando quisieron, y veréis que son relativamente pocos. El exceso tiende a introducirse por la fuerza. Los hábitos nerviosos tienden a crecer.

A aquellos que piensan que no tienen peligro porque saben dominar uno de estos hábitos les refiero lo siguiente. En una reciente reunión de cierta Asociación de Médicos un informe afirmaba que las mujeres pueden airosamente jugar con el exceso de bebida hasta la edad de 47 años, en que se hacen drogadictas. Esto es una declaración general y alarmante. Hace distinción entre el hecho de que sean los hombres o las mujeres las que beben, de lo que protestaría el Movimiento de Liberación de la Mujer, pero esto representa probablemente un cumplido. Cuanto más delicado es el sistema nervioso de una persona, más peligro tiene en las drogas. Además, puesto que muchos hombres tienen delicado el sistema nervioso, ¿no podemos suponer que éstos pueden verse esclavizados a cierta edad?

El argumento especial que se usa para fomentar la bebida es que ayuda a la vida social; en otras palabras, que las personas no pueden disfrutar de la compañía de los demás, si no están animados por la bebida. Eso representaría una triste situación, si fuera verdad. E imagino que las personas que se han acostumbrado a la bebida en sociedad no pueden disfrutar sin beber. No hay nadie tan apesadumbrado y con los nervios tan excitados como el hombre que quiere un trago y no lo tiene.

Desde luego la alegría puede parecer firme y frenética mientras corre la bebida. En esas circunstancias la gente se cree ingeniosa y brillante, pero las grabaciones

magnetofónicas de tales efusiones han demostrado que no tienen altura y que bien pueden llamarse necesidades.

¿Qué decir de las consecuencias de esas alegres reuniones donde normalmente se bebe demasiado? Pues bien, la mortandad de las carreteras se atribuye en gran parte a los conductores excitados. Pero, aunque todos se las arreglen para llegar a casa sin novedad, queda el problema real de que esa excitación desaparece y va seguida de una reacción. De alguna manera se ha de pagar todo aquel regocijo, quizá con mal humor y serios altercados.

Hago este otro comentario a la afirmación de que la bebida es necesaria para hacer que giren las ruedas de la vida social. El personal de los autocares de una empresa de transporte de viajeros, que son contratados a menudo por la Legión para sus salidas, han dicho que los legionarios son las únicas personas que pasan los días alegres sin tener que parar en todos los bares de la carretera.

Semejante a la ilusión de que el alcohol hace a uno ingenioso es esta otra: "Pienso mejor, cuando fumo". Sin duda, puesto que el fumador no puede pensar en absoluto cuando no fuma. Por otra parte, pensándolo bien, ¿no hay un grado de atención que se presta al tabaco y que disminuye, por tanto, la intensidad del pensamiento? Sí a cada momento uno se ve forzado a parar para fumar, ello demuestra que algo ajeno a la concentración anda por la mente.

Otra de las más graves tergiversaciones que sirve para inducir a la gente a beber y fumar es que es una señal de hombría hacerlo; que el hombre verdadero lo hace. ¡Si uno no lo hace es un afeminado! Esto puede tener una fuerza imperiosa en los caracteres más débiles. No sólo en ellos, en todos. Pues, si aquellos a quienes miramos con respeto repiten algo frecuentemente, es natural que nos dejemos guiar por ello.

De esta manera la juventud ha llegado a adoptar la bebida y el tabaco, y el mundo está peor por ello.

Pero hay más. Si el muchacho bebe y fuma para imitar a los hombres, las mujeres lo hacen ahora para imitar al sexo masculino. Esta imitación es indigna de ellas y equivale a una esclavitud. El hecho de que sean las debilidades lo que imitan empeora la situación.

He dicho que, cuando el hábito se ha formado, es más que difícil desarraigarlo. No obstante, una enfermera me dijo una vez que ella fue una gran fumadora hasta que vio por primera vez los pulmones de un fumador fuera de serie.

Evidentemente tenía ideas vagas sobre su propio cuerpo, pues la vista de los pulmones sucios y amarillos fue una fuerte impresión y nunca volvió a fumar.

Queda por decir que no se hace caso de las advertencias que los Servicios de Sanidad de las diferentes naciones publican; no hay ningún informe de crisis en la industria de bebidas y tabaco. El consejo médico más reciente que procede del más alto nivel de autoridad gubernamental dice que es un error suponer que el fumar amenaza sólo a los pulmones, es un perjuicio para todo el funcionamiento físico y probablemente juega un papel perjudicial en toda enfermedad y es por eso una maldición para la humanidad.

Me vienen a la memoria muchos casos en que los drogadictos tenían que enfrentarse con la elección: "Dejar el vicio o morir". Y ellos escogieron lo segundo. El presente tormento de la necesidad era peor que la probabilidad más lejana de morir.

Un hombre, por cierto de nobles sentimientos por naturaleza, estaba sufriendo terribles deseos de beber. La única cantidad disponible era la que estaba destinada a su hermana moribunda, que se mantenía viva con repetidas cucharaditas. El se tomó todo dando esta explicación: "Mis necesidades son mayores que las de ella". Fue un acto del que habría sido incapaz, si hubiese sido un hombre libre.

Podría citar cientos, mejor dicho, miles de casos como éste, en que personas buenas y amables han sido arrastradas por la bebida a realizar actos atroces, completamente ajenos a su carácter.

Aparte de estos casos lamentables digo que beber aún moderadamente podría ser un innecesario riesgo para vuestra realización como personas, ya que es una influencia externa, que en el mejor de los casos puede solamente ejercer un dulce engaño y en el peor puede convertir a una persona en demonio.

Pongo un ejemplo de lo primero. Un amigo me dijo que su madre, una persona encantadora y abstemia, siempre tomaba medio vaso de whisky antes de ir a confesar todos los sábados por la tarde. Ella decía que le daba una perfecta contrición. Pero se comprenderá que las lágrimas brotaban de la botella.

Es bastante doloroso contemplar al bebedor. Parece incapaz de hacer nada sin un trago previo. Todo se convierte en excusas para echar uno. ¿Cómo puede decir que su voluntad es libre? Si estuviésemos comprometidos en un trabajo sensato e importante, no desearíamos tener a alguien al lado dándonos codazos. Pues en la medida en que estamos sujetos a una necesidad así, tenemos, no al lado, sino en nosotros una fuerza perturbadora. No es un caso de meros golpes con el codo, sino de interferencias en nuestra personalidad. Ya no somos hombres libres. Hemos introducido en nosotros un intruso que está reclamando siempre la atención, que insiste en sus derechos y que se esfuerza por dominarnos. No tenemos el control de nuestra propia casa.

Esto nos lleva a algo de la mayor importancia. Hay una palabra médica que encuentro duro pronunciar, pero que debo intentar decir: Esquizofrenia. Su verdadero significado es el de un estado mental en que las ideas y los actos aparecen disociados los unos de los otros. Se emplea para designar una personalidad desdoblada, casi equivalente a otra persona que se introduce a veces y se hace con el mando, una especie de caso del Dr. Jekyll y del Sr. Hyde. Aquí debo remitiros a la novela de ese título de Robert Louis Stevenson. Con bastante propiedad se produce en el libro por medio de drogas el cambio de una personalidad por otra, la de un bondadoso y culto médico por la de un maníaco criminal, un demonio humano.

Es desde luego una historia aplicable en buena parte a lo que estamos diciendo.

La personalidad representa el principio que gobierna en nosotros, y como tal una lógica, una capacidad de concentración, una visión firme. Pero estas cosas no armonizan con un grado incluso moderado de vicio, que irrumpe frecuentemente y exige ser servido. ¿No ha impedido de esta manera el drogadicto el desarrollo de su personalidad?

Y en tal caso, ¿no se ha hecho un daño que podríamos calificar de importante?

Estas eran mujeres. ¿Pero podríamos imaginar a San Francisco de Asís o a San Bernardo como unos bebedores moderados? Estaréis de acuerdo en que la idea no encaja. Es una nota que desentona en la armonía de la santidad. No digo que un bebedor o fumador comedido no pueda llegar a ser santo. Me imagino que podríamos encontrar uno en la lista de los santos. Pero sí digo que las dos ideas requieren algún pequeño ajuste entre sí.

Pues la santidad es un asunto de búsqueda decidida. ¿Puede una persona que se ve acosada por fuertes deseos que ella misma ha creado y que es incapaz de resistir, poseer esa resolución? Es una cuestión interesante. Claro que se podría argüir con razón que luchar contra un obstáculo, aunque sea causado por uno y que se ha convertido en una debilidad natural, es fuente de mérito. Mas de nuevo esto se reduce a lo esencial de la discusión: ¿Por qué someternos a algo que puede degenerar en una flaqueza, posible obstáculo para la santidad? Ya que la santidad requiere hacerse violencia de muchas formas. En otras palabras, no os lancéis a ese tipo de entretenimientos.

Y si ya lo habéis hecho y son capaces de liberarlos de ellos, háganlo sin vacilar. Aquí se puede aducir el argumento de que el organismo requiere algún pequeño estímulo y que antes de que se usase el té o el café, las bebidas correspondientes eran el vino y la cerveza floja. Incluso se prescribían en las reglas de las órdenes religiosas. Así se mantuvieron con cuidado en su justo lugar. Hoy en día el té y el café cumplen ese objetivo de estímulo moderado.

No analizo este asunto desde el ángulo de la virtud que supone dejar del todo de fumar y beber. Sería, por supuesto, un acto de valor renunciar por puro sacrificio y no sólo por cuidar la salud y ahorrar dinero. No es ningún acto de virtud abstenerse de estas cosas, si uno no las desea.

Pero existe esta razón fundamental. ¿Por qué agitar el mal que hierve en lo profundo de cada hijo de Adán y Eva como el fuego violento que se agita debajo de la costra de la tierra y que brota frecuentemente en forma de volcán o terremoto? Nadie se pondría intencionadamente a producir ese efecto en la naturaleza. ¿Por qué hacerlo en plano humano, despertando impulsos prestos a desencadenarse? No obstante, es precisamente lo que hacen las drogas. Tienen a debilitar las barreras que con razón ha levantado la educación para reprimir el mal elemental que hay dentro de nosotros. Es un auténtico caso de jugar con fuego, y no deberíamos ni a distancia calentarnos en ese fuego.

### **2.17 Factores predisponentes en las toxicomanías - Dr. A. Polaino-Lorente**

No cabe duda de que la educación de los hijos y el establecer con ellos una relación adecuada no es una tarea fácil. La clave no está muchas veces en lo que se dice y explica, sino en el ejemplo que les dan, día a día, sus propios padres.

Es un hecho comprobado por la psicología de hoy, que los factores más radicales que intervienen en la educación se establecen en relación con la imitación del comportamiento de los padres, que es observado continuamente por los hijos, ya que les sirve de guía a la hora de ir estableciendo un modelo de identidad que dirige el progresivo desarrollo de su personalidad.

Naturalmente, el hijo es otra persona distinta que los padres y no va a imitarlas en todo, especialmente durante períodos más críticos de la vida, como son la juventud y la adolescencia, en que se manifiesta una natural oposición a los padres y a lo que éstos piensan.

En algunos casos, se rechaza por completo la figura materna o paterna, tendiéndose sobre todo a lo que es contrapuesto a ellos y a lo que representan. Pero en estos casos más excepcionales suelen existir conflictos psicológicos de cierta relevancia en los hijos o en los padres.

En líneas generales, el ejemplo que los padres vienen demostrando en el día a día va a ser muy útil para la prevención de la drogadicción en los hijos.

El ejemplo adecuado, en este caso, gira alrededor de todo aquello que se contrapone al abuso de estas sustancias. A modo de ejemplos, citaré a continuación algunos de los comportamientos que a este fin son más relevantes. Este es el caso del valor del esfuerzo personal, del autocontrol, del respeto por uno mismo y por los demás, la constancia y la voluntad como herramientas al servicio de los logros personales, el sentido del sufrimiento, la capacidad para no renunciar por pura comodidad, el interés del trabajo y la cultura, la lealtad a los seres queridos, las obligaciones personales desde el punto de vista social, el sentido de la responsabilidad, los valores espirituales, el afán de superación personal, el proyecto personal como sentido de la vida, etc.

Los valores anteriores y los comportamientos en que aquellos van encarnados contribuyen a educar a los hijos en contra del uso de las drogas, especialmente si se muestran con un ejemplo coherente y realista en el comportamiento de los padres. Sin embargo, se tornan inútiles o no sirven de casi nada cuando devienen en sólo quimeras, prontas y fáciles para el consejo pero que con frecuencia no se practican.

Un clima de adecuada confianza, que nos permita establecer con nuestros hijos una comunicación abierta, amplia y sincera, es también un importante objetivo para lograr prevenir la drogodependencia. Para lograr este clima es necesario mantener hacia los hijos una actitud respetuosa, de manera que no se suscite en ellos un excesivo y egoísta afán por la crítica familiar o el afán de protagonismo.

#### Tolerancia y confianza

Es importante ser tolerante en todas aquellas cuestiones que realmente no tengan verdadera importancia, ya que de otro modo podemos caer en el error de estar haciendo a nuestros hijos continuos reproches, lo cual termina por arrebatarnos la confianza.

"Hablar con los padres" no puede terminar convirtiéndose en algo no gratificante y que, por tanto, se tienda a evitar. Si así ocurriera, se hubiese perdido la más importante condición para influir sobre los hijos: la confianza; una condición que justamente resulta imprescindible para tratar de aquellos asuntos que, por ser especialmente relevantes e íntimos, exigen su presencia.

En este sentido, conviene destacar que se ha comprobado, desde el punto de vista de la educación, cómo el insistir en calificar negativamente a los hijos es particularmente contraproducente, ya que pueden asumir estos calificativos como algo propio de su personalidad e identificarse con ellos. Por eso resulta más conveniente orientarles hacia lo que deseamos que sean, tratándolos como si realmente fuesen así, tal y como deseamos, ya que entonces pueden asumir estos valores como algo que realmente pertenece a su personalidad, sirviéndoles a la vez de guía y estímulo.

En este sentido, es necesario tratar a los hijos, más que como son, como realmente deseamos que sean --aunque sin exageraciones--, ya que de este modo resulta más fácil que lo legremos y además mejoraremos nuestra comunicación con ellos.

Se ha comprobado también cómo en la educación resultan más eficaces los premios que los castigos a la hora de intentar reforzar un comportamiento determinado. Cuando se refiere a premios o castigos, no lo hacemos respecto de cuestiones puramente materiales, sino a los que suelen ser más accesibles e importantes para ellos: a los premios y castigos afectivos y efectivos.

Es mejor premiar que castigar. Decirle a un hijo que está bien algo que ha hecho o que lo queremos especialmente por alguna cuestión particular, puede ser muy eficaz a la hora de que éste desarrolle su futuro comportamiento en esta misma dirección. Sin embargo, adoptar ante el esfuerzo del hijo una postura rígida y de escasa valoración con frases tan comunes como: "Eso es lo normal" o "eso no es más que cumplir con tu obligación", etc., puede desalentar al hijo en su esfuerzo personal, llevándole a un cambio de actitud o incluso a un erróneo desarrollo de su personalidad.

Factores familiares que predisponen al consumo de las drogas

Por otra parte, es importante destacar el hecho de que algunos factores familiares predisponen, directa o indirectamente a la drogadicción. Entre estos cabe destacar el excesivo proteccionismo, la falta de dedicación y del suficiente tiempo por parte de los padres, los malos tratos, las separaciones y divorcios, un afán familiar

por lograr dinero o éxitos por procedimientos demasiado fáciles, el afán de los juegos de azar, un ambiente marcadamente hedonista, los padres alcohólicos o con otras drogodependencias, el desinterés familiar por la cultura, la ausencia en los padres de prácticas religiosas y la desadaptación social de la familia.

Los hermanos y otros familiares menos próximos como, por ejemplo, los primos, también pueden jugar un papel importante a la hora de facilitar o dificultar el abuso de las drogas de alguno de los hijos.

Especialmente los hermanos mayores pueden constituir, al igual que los padres, un modelo de identidad a imitar por parte de los hermanos menores, en particular, los del mismo sexo.

Tener un hijo mayor drogadicto o un familiar próximo puede favorecer el que los otros hijos terminen cayendo también en la trampa de las drogas, debido a este proceso de imitación, o bien por inducción directa a través de este hermano o familiar.

Los padres deben estar alerta en estos casos para evitar que se pueda producir este posible influjo negativo. Sin embargo, en otros casos sucede precisamente lo contrario, y es algo que cada vez se observa con mayor frecuencia.

Debido al enorme desarrollo que el consumo de drogas ha tenido entre los jóvenes durante las dos últimas décadas, es muy frecuente que el proceso destructivo de las drogas haya sido observado por los hermanos menores en toda su plenitud.

Esto les ha servido a muchos para comprobar, casi "en su propia piel", cuál es a medio y largo plazo el resultado de la drogodependencia, especialmente en lo que se refiere a sus repercusiones sobre la salud, el ambiente familiar y la actividad sociolaboral.

El ejemplo sirve, precisamente aquí en algo de estos casos, para prevenir a los más jóvenes contra el abuso de las drogas, ya que no desean imitar esta

trayectoria, poniéndose plenamente a resguardo de estas influencias y de las que pudiesen provenir de otras personas.

#### Factores socio-ambientales

Es cierto que muchos factores de tipo socio-ambiental pueden influir decisivamente favoreciendo la no drogadicción, aunque también es cierto que otros factores, como el tipo de amigos, acudir a locales públicos o a fiestas privadas donde se distribuyen drogas, por ejemplo, son circunstancias que agravan una problemática anterior más profunda.

No obstante, siempre resulta conveniente facilitar a los hijos ambientes en que no sea frecuente el consumo de drogas, aunque esto no es nada fácil. El tipo de colegio, el barrio, el lugar donde pasan las vacaciones o la actividad a la que se dedican durante el fin de semana constituyen elecciones en las que está implicado de alguna manera el problema de las drogas.

Un aspecto de especial importancia es el de la distribución del tiempo de ocio. Facilitar las aficiones relacionadas con el deporte, el coleccionismo, las actividades religiosas, el aprendizaje de idiomas o cualquier otra faceta cultural, en ambientes o instituciones donde no es frecuente el consumo de drogas, sirven para hacer amigos menos predispuestos a su consumo y contribuyen a evitar que el ocio mal empleado facilite el camino a la drogadicción. Además, algunas actividades y objetivos de este tipo se contraponen psicológicamente a los que predisponen a las toxicomanías.

Otra cuestión en la que estos factores también pueden cobrar cierta importancia es la de los drogadictos que, habiendo pasado por un tratamiento de deshabituación, comienzan a tratar de reinsertarse en su vida habitual, con la intención de no volver a consumir ningún tipo de drogas.

En estos casos es frecuente que se vean acosados por amigos y por pequeños traficantes de drogas, que conociéndoles intentan convencerles para que vuelvan a consumir drogas. A veces, los amigos lo hacen por intentar que participen con ellos (es más grato tomar las drogas en forma compartida), o por simple derecho.

Los traficantes lo hacen por intentar no perder un cliente. En muchos casos, estas personas insisten con expresiones como "es sólo por una vez" o "por un día no te va a pasar nada", etc. Con argumentos como estos pueden iniciarse una recaída, a cuyo través se llegue a un verdadero "corredor sin retorno".

Otras veces se alegan la especial calidad de esa droga en concreto; muchos traficantes regalan a estas personas las primeras dosis, sabiendo que a poco que comiencen a consumir de nuevo esas drogas pronto vendrán a pedirles más, pero entonces tendrán que pagarlas y habrán recuperado a su cliente.

Esto debe tenerse en cuenta en la rehabilitación y prevención de las toxicomanías, ya que, en muchos casos, ésta es una de las principales causas del fracaso, a medio o largo plazo, en los intentos de abandonar el consumo de la droga.

Cómo ayudar a nuestros hijos a decir no a la droga.

La Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, cuya presidenta de honor es la Reina Doña Sofía de España, está realizando una importante campaña informativa de prevención para paliar los efectos devastadores de las drogas entre la juventud. Extractamos en este cuadro un folleto dirigido a los padres.

Los padres deben procurar

Ser un ejemplo de actuación para los hijos de la familia, cumpliendo las normas que les pedimos a ellos.

Mantener un clima de diálogo y comunicación en la familia.

No invadir su intimidad, no registrar sus pertenencias, no prejuizar sus actitudes.

Promover la autonomía y responsabilidad personal de los hijos.

Hábitos adecuados en la familia: Higiene, alimentación, horarios, disciplina, hábitos de estudio, etc.

Promover y planificar el tiempo de ocio, para que resulte gratificante y satisfactorio.

Conocer y relacionarse con los amigos de los hijos. Estar alerta en los momentos difíciles por los que se puede pasar. Fracaso escolar, problemas familiares, etc.

En caso de duda, consulte con educadores, profesionales, asociaciones, etc.

### 1. Detección precoz

Cuanto antes actúe en un problema de consumo de drogas, mejor. Tener presentes aquellas situaciones difíciles que, en ocasiones, podrían conducir o indicar el consumo:

Fracaso escolar o desinterés por los estudios.

Ausencias repentinas de casa.

Cambios bruscos de comportamiento.

Aumento excesivo de necesidades económicas.

Conflictos de relación con la familia o los amigos.

Desaparición de objetos o dinero.

Ruptura de la familia.

Hay que tener siempre en cuenta que una sola situación no significa un problema de consumo de drogas. Es la acumulación de varias lo que puede resultar significativo.

### 2. Apoyo en el tratamiento.

No es un problema de culpas, es un problema de drogas, luche contra el problema no contra usted, su familia o su hijo.

Elija el centro de tratamiento asesorado por expertos, no todos sirven para todo.

Establezca una estrecha colaboración con el centro de tratamiento, usted es parte del tratamiento.

Considere la posibilidad de que se produzcan recaídas, hay que saber valorarlas y superarlas.

Intente encontrar grupos de padres que tienen o han tenido problemas similares, puede ser una gran ayuda.

Nota: El Dr. A. Polaino-Lorente es Catedrático de Sicopatología de la Universidad Complutense de Madrid. (Mundo Cristiano, septiembre de 1992). Tomado de SEDS (Servicio Especial de Información).

## 3 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

En el Perú se cuenta con estudios sistemáticos del uso y abuso de drogas efectuado por medio de encuestas de hogares, sino a partir de 1979 ello se inicia con el estudio llevado a cabo en Lima y Callao por el grupo de Jerí (Carbajal y

col, 1980). Cedro publicó en 1986 la primera encuesta llevada a cabo a nivel nacional en ciudades de más de 20000 habitantes para la población de 12 a 45 años. Esta encuesta fue seguida por otras siete encuestas realizadas por Cedro en 1988, 1992, 1995, 1997, 2001, 2003. 2005 y la presente efectuada en el año 2007, en una serie histórica que abarca los últimos 20 años.

Contradrogas y DEVIDA han publicado tres encuestas de hogares: la primera efectuada en 1999, la segunda efectuada en el año 2002, y la última publicada en el año 2007...

Los resultados obtenidos en las diversas encuestas no son directamente comparables pues hay variación en la cobertura del universo que pretende en todos los casos ser representativo de la población urbana adulta. Tampoco los instrumentos han sido los mismos, pero a pesar de no poder efectuar una comparación rigurosa es interesante analizar las tendencias. Hay que tomar en consideración que las prevalencias obtenidas por CONTRADROGAS en 1999 son las más altas para las drogas legales y las más bajas para las ilegales.

Las drogas legales son las más consumidas en todos los casos con el alcohol en primer lugar con porcentajes que llegan al 93,5 (CONTRADROGAS, 1999) y que en ningún caso son menores a 83,5% (cedro 1988) .Con el tabaco ocurre algo similar: consumos elevados aunque con una cobertura menor que la del alcohol, con un máximo de 71% (Contradrogas 1999) y un mínimo de 57% (Cedro 1988)

## **EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE DROGAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES ESCOLARES**

### **Conclusiones**

Se rechaza la hipótesis planteada y se acepta la hipótesis alterna a un nivel de significación de 0.05. La prueba resulto ser significativa.

La evidencia estadística permite rechazar la hipótesis planteada.

Los datos muestrales confirman que el promedio de edad de inicio de consumo de drogas en adolescentes escolares es diferente a 12 años.

## **RELACIÓN ENTRE CONDUCTA RACIONAL Y SEGURIDAD EN SITUACIONES DE RIESGO PARA CONSUMIR DROGAS EN RESIDENTES DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE LA CIUDAD DE TRUJILLO**

**AUTORES : BACH. SALDAÑA ACEVEDO JUAN JOSE**

### **CONCLUSIONES**

Se encontró que los residentes de las comunidades terapéuticas de la ciudad de Trujillo, se halló un predominio de la categoría normal en cada uno de los factores de conducta racional. A excepción del factor 11 “Confianza en el control de emociones” cuya presencia del factor es baja.

Se halló que los residentes de la muestra se caracterizan por ubicarse mayoritariamente en el área de Seguridad tanto en determinantes interpersonales como en determinantes ambientales intrapersonales.

En los residentes se pudieron establecer una asociación significativa entre el factor 1 “Frustración” de la Conducta Racional y los factores de riesgo de consumo de sustancias “Determinantes Ambientales Intrapersonales”.

En los residentes se pudieron establecer una asociación significativa entre el factor 7 “Inercia y Evasión” de la Conducta Racional y los factores de riesgo de consumo de sustancias “Determinantes Ambientales Intrapersonales”.

**HERBARIO NACIONAL DE BOLIVIA, UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS, CASILLA 10077 – CORREO CENTRAL, LA PAZ, BOLIVIA**

### **Conclusiones**

Indudablemente la planta alucinógena más importante de la región andina central es el San Pedro, que todavía se aplica por varios shamans en algunos sitios del NW de Perú.

También se usan especies de Brugmansia pero es difícil establecer hasta qué nivel de importancia. A nivel regional, la hoja de coca constituye un símbolo cultural de las tierras altas para diversos fines rituales y mágicos que es aplicada como

estimulante. El tabaco es comúnmente usado como componente en ritos, pero en contraste con épocas pasadas no como planta narcótica. Mientras que se está perdiendo el uso de otras plantas psicoactivas *Anadenanthera colubrina*, *Coriaria ruscifolia*, *Pernettya prostrata*.

## **PERCEPCION ACERCA DEL CONSUMO DE DROGAS EN ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD NACIONAL**

**Favio Roca P.\*, Marivel Aguirre M.\* y Betty Castillo P.\*\***

La presente investigación es de tipo cualitativo, la cual mediante una entrevista semi-estructurada en Focus Group evaluó la percepción del consumo de drogas en 75 estudiantes de tercer año, de ambos sexos con edades entre 16 a 25 años, de las siguientes

Facultades: Psicología, Ingeniería Industrial; Derecho, Educación y Administración; de la UNFV. Hallando los siguientes resultados: con respecto a la definición de las drogas los estudiantes universitarios señalaron en su mayoría que es una sustancia dañina o tóxica que daña o altera el organismo, percepción a partir de sus efectos en el organismo. Respecto a las drogas que más conocen los estudiantes, en general refirieron a la marihuana en primer lugar seguido de la cocaína y el éxtasis. Por su parte, los estudiantes en su mayoría admitieron conocer lugares donde venden drogas y sujetos que las expenden. En relación a los factores de riesgo o causas del consumo de drogas, la mayoría hicieron referencia más a factores familiares y personales. Finalmente, acerca de las consecuencias del consumo, los estudiantes señalaron que estos mayormente recaen a nivel personal, seguido del familiar y académico.

## **COMPORTAMIENTO ANTISOCIAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESCOLARES ADOLESCENTES DE LIMA METROPOLITANA**

Ambrosio Tomás Rojas

Resumen: El objetivo del estudio fue determinar los niveles de riesgo que genera el consumo de sustancias psicoactivas sobre el comportamiento antisocial, para lo cual se aplicó la Escala de Conductas antisociales de Otero y una Encuesta Ad Hoc sobre consumo de sustancias psicoactivas a una muestra de 6379

adolescentes escolares de Lima Metropolitana, seleccionados aleatoriamente. Se empleó un diseño de investigación epidemiológico. Los resultados indican que la mayoría de sustancias psicoactivas constituyen un factor de riesgo elevado para las conductas antisociales de vandalismo, agresión robo y conducta contra las normas ( $p < .001$ ); siendo el consumo de cigarrillos, cerveza, vino y otros licores los que constituyen factores de riesgo elevado en todos los casos ( $p < .001$ ). Se calcularon las probabilidades que cada tipo de sustancia psicoactiva tiene para provocar un comportamiento antisocial.

### **ANÁLISIS PSICOSOCIOLOGICO DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL CONTEXTO ESCOLAR: MECANISMOS DE PREVENCION.**

Autor: BERJANO PEIRATS ENRIQUE.

Año: 1987.

Universidad: VALENCIA.

Centro de lectura: PSICOLOGIA.

Centro de realización: facultad de psicología.

**Resumen:** la tesis doctoral aborda la problemática que genera actualmente el consumo de drogas entre la población escolar y el estudio de algunas variables que pueden posibilitar dicho consumo. La primera parte esta conformada por un marco teórico que analiza las distintas controversias que genera actualmente la puesta en marcha de un programa dedicado a la prevención del consumo de drogas en el ámbito escolar. Se analizan entre otros aspectos tales como: 1) cuestiones controvertidas en torno al tema; 2) la influencia de los mas media en la génesis de actitudes ante el consumo de drogas; 3) una aproximación histórica a la educación sobre drogas en España; 4) la función del maestro como agente activo en la educación sobre las drogas; y 5) análisis epidemiológico del consumo de drogas en poblaciones escolarizadas. En la segunda parte, se investigan los conocimientos, opiniones y hábitos de consumo de drogas entre los alumnos del ciclo superior de educación general básica de la ciudad de valencia. sobre una muestra de 1368 alumnos seleccionados al azar entre esta población, se presentan los resultados obtenidos en dicha investigación. Se plantean distintos análisis sobre los datos obtenidos (descriptivo, correlacional, factorial, diferencial y discriminante) y que dan lugar a los resultados que sirven para configurar las

estrategias tendentes a elaborar un programa de prevención del consumo de drogas. Por último, y tras una revisión de los programas que se han llevado a cabo a nivel del estado o que se encuentran todavía en fase de elaboración, se presenta un programa específico para prevenir el consumo.

**ADICCION A DROGAS POR VIA PARENTERAL. ESTUDIO PROSPECTIVO DE DETERMINADOS ASPECTOS SOCIOSANITARIOS Y DE LAS COMPLICACIONES ORGANICAS DE 500 HEROINOMANOS.**

Autor: GOMEZ TRUJILLO FRANCISCO MIGUEL.

Año: 1987.

Universidad: MALAGA.

Centro de lectura: MEDICINA.

Centro de realización: HOSPITAL REGIONAL CARLOS HAYA DE MALAGA, SERVICIO ANDALUZ DE SALUD DPTO. DE MEDICINA.

**Resumen:** Se describe una muestra de 500 heroinómanos por vía parenteral y se comparan con 26 toxicómanos por vía no parenteral con 30 convivientes o familiares del primer grupo que no fuesen toxicómanos o pareja sexual de los mismos y/o con la población general desde el punto de vista de la patología personal, familiar y social relacionada con la drogodependencia: patología orgánica infecciosa o no, patología psiquiátrica, historia judicial, historia toxicológica, antecedentes médicos y valoración clínico analítica en el momento de la asistencia médica.

**ALCALOIDES DE LA CANNABIS Y ESPECIALIZACION HEMISFERICA: UN ESTUDIO CRONOBIOLOGICO.**

Autor: LEON CARRION JOSE.

Año: 1983.

Universidad: AUTONOMA DE MADRID.

Centro de lectura: PSICOLOGIA.

Centro de realización: U. AUTONOMA DE MADRID UNIVER. DE SEVILLA..

**Resumen:** en esta investigación se pretende probar que el consumo crónico de hoshism lleva a unas manifestaciones psicopatológicas que pueden ser explicadas a través de una disfunción del hemisferio cerebral izquierdo con una liberación de las funciones del hemisferio cerebral derecho y por un desequilibrio entre ambos hemisferios. esta concebida como un estudio de campo realizado en las provincias de Sevilla Cádiz y Huelva en sujetos que nunca habían sido tratados por enfermedad psicológica o física con una media de mas de cuatro años de consumo habitual y mas de dos 'porros' al día. Se utilizaron pruebas psicopatológicas pruebas neuropsicológicas y pruebas cronobiológicas. Los resultados apoyan las hipótesis propuestas.

### **CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES: DISEÑO Y DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN ESCOLAR**

García Moreno, María del Rosario (2004) Consumo de drogas en adolescentes: diseño y desarrollo de un programa de prevención escolar. Tesis Doctoral.

**Resumen:** Esta tesis tiene el objetivo final de presentar un programa de prevención escolar de drogas para adolescentes. Para ello se llevan a cabo dos estudios empíricos previos para: A,- Hallar la prevalencia de consumo en la muestra de adolescentes de la CAM donde se realiza el estudio. B,- Determinar el patrón de continuidad del consumo. C,- Determinar las variables predictoras del consumo (psicológicas y de socialización); desarrollar los modelos de predicción para las distintas sustancias. Los resultados encontrados ayudan a detectar los factores de riesgo y de protección en las sustancias más consumidas por los jóvenes, lo que sirva para definir el diseño y elaboración del programa. Se busca realizar un programa global que tenga en cuenta todas estas variables, así como su peso en cada sustancia específica de consumo (drogas legales, ilegales y médicas). El programa consta de 14 sesiones, cuya justificación, estructura y contenido se presentan en la tesis doctoral. Con este estudio quedan reflejadas una serie de implicaciones claras para la prevención como son: tener en cuenta todos los factores que influyen en el consumo, así como conocer si actúan incrementándolo (factores de riesgo) o reduciéndolo (factores de protección) y utilizarlos de forma global en una muestra donde se hayan evaluado previamente

las pautas de consumo y las sustancias para adaptarlo a la población a la que nos dirigimos

### **CONSUMO DE DROGAS Y CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD EN JÓVENES DE ASTURIAS.**

Autor: DELGADO GONZÁLEZ JESÚS MELCHOR.

Año: 2002.

Universidad: OVIEDO.

Centro de lectura: MEDICINA.

Centro de realización: UNIVERSIDAD DE SALAMANCA.

**Resumen:** OBJETIVO Determinar la prevalencia y patrones de consumo, de drogas legales e ilegales y el perfil psicológico asociado a dicho consumo, en una muestra de estudiantes. SUJETO Y MÉTODO Se estudió una muestra compuesta por 2.915 jóvenes, estudiantes de enseñanza secundaria del distrito de Oviedo, durante el curso académico 1998-1999. EVALUACIÓN Cuestionario de la OMS de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, Cuestionario de Personalidad de Eysenck, versión para adultos (EPA-A) y la Escala de Búsqueda de Sensaciones de Zuckerman en su forma V (EBS). RESULTADOS El número total de cuestionarios válidos, fue de 2.827 (50,6% hombres). La edad media (DE) de la muestra definitiva, fue 15,86 (1,45) años [15,84 (1,49) para hombres y 15,88 (1,40) para mujeres, no diferencias estadísticamente significativas]. La mayoría de los integrantes de la muestra (96,8%), eran solteros y convivían con su familia de origen (97,7%). Las drogas más consumidas, alguna vez en la vida, fueron: Alcohol (90,2%); Tabaco (66,6%) y Cannabis (35,4%). El resto de drogas, presentaron prevalencias-vida, inferiores al 11%. Las drogas más tempranamente consumidas, fueron alcohol y tabaco [13,27 (2,10) y 13,15 (1,98) años, respectivamente]. Las mujeres, obtuvieron prevalencias-vida significativamente más elevadas (p

### **SECUENCIA EN EL USO DE DROGAS. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN EL CONSUMO DE CANNABIS EN UNIVERSITARIOS.**

Autor: VARGAS PECINO CRISTINA.

Año: 2002

Universidad: GRANADA.

Centro de lectura: PSICOLOGÍA .

Centro de realización: FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

**Resumen:** La droga ilegal más consumida en España es el cannabis. Además no parece que vaya a producirse un cambio significativo en la reducción de uso, sino más bien lo contrario, ya que los índices de consumo siguen incrementándose. Sin embargo, los modelos explicativos sobre el consumo de drogas ilegales son escasos. Nuestro estudio pretende paliar este déficit. Existe la necesidad de un conocimiento más exhaustivo de los factores psicosociales y de los procesos que facilitan e impiden el inicio y desarrollo del consumo de esta droga ilegal para la elaboración de programas preventivos. Evaluamos los factores de protección y riesgo asociados al consumo de cannabis utilizando como muestra a los alumnos de la facultad de Psicología de la Universidad de Granada. Encontramos que el 42% de la población estudiada ha consumido cannabis. Los estudiantes que se inician en el uso de cannabis, suelen ser de género masculino, no tienen pareja estable, trabajan esporádicamente, sus padres no conviven juntos y tienen modelos próximos (padres, hermanos y amigos) que consumen distintas drogas, donde hermanos y amigos ejercen una mayor influencia. Los resultados obtenidos pueden explicarse de acuerdo a la teoría de la "Hipótesis de la Puerta" (Kandel, 2003; Kandel y Jessor, 2002), ya que descubrimos, con una muestra española, una secuencia de consumo. Los estudiantes se inician en el uso de alcohol, seguidamente de tabaco y, después de consumir estas drogas legales, comienzan con el uso de sustancias pertenecientes a fases más tempranas en la secuencia incrementa el riesgo de consumir drogas posteriores en la cadena. Pese a ello, la confirmación en el desarrollo de estas etapas no implica que las fases sean obligatorias o universales, ni que todas las personas progresen en la secuencia (Kandel, 2002). Por ello, en este trabajo investigamos también la relación que otras variables, como las protectoras, el estrés percibido o el afrontamiento, pudieran tener con el proceso de escalada del consumo del cannabis, inhibiéndolo o facilitándolo. Son "variables protectoras" aquellas asociadas con el "no consumo" de cannabis, como, por ejemplo, el apego y la valoración de la salud. Los "no consumidores" difieren de los consumidores en 13 variables de

protección, siendo las mujeres el grupo que muestra una mayor prevalencia de estos factores protectores. En cuanto al estrés percibido, no predice el consumo de cannabis. Por lo que, a partir de estos resultados, no se puede valorar si las estrategias de afrontamiento amortiguan el efecto del estrés. No obstante, hallamos una relación directa entre afrontamiento orientado a la tarea y consumo de cannabis. Los estudiantes que emplean este tipo de afrontamiento, con mayor probabilidad, no consumen cannabis. Por tanto, la elaboración de programas preventivos debería tener en cuenta que el desarrollo de factores protectores y estrategias de afrontamiento orientadas a la tarea podría impedir el inicio o desarrollo del consumo de esta droga ilegal.

### **PERFILES DE DISCAPACIDAD EN LA ENFERMEDAD MENTAL, SOMÁTICA Y LOS TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS .**

Autor: GÓMEZ SILIO ANA.

Año: 2002 Universidad: DEUSTO.

Centro de lectura: FILOSOFIA Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN. Centro de realización: UNIVERSIDAD DE DEUSTO.

**Resumen:** El estudio de la discapacidad en distintos subtipos patológicos es importante, ya que la literatura en lo que se refiere a indicadores de salud y discapacidad sólo hace referencia a la patología somática y dejaban de lado otras condiciones. Una revisión a la literatura indica que no es posible meter a todos los individuos en el mismo saco sino, por el contrario, resaltar que cada patología - Psiquiátrica, Somática o por Abuso de Sustancias- afecta a los individuos de un modo diferente y supone un perfil de funcionamiento y discapacidad propio. El objetivo del presente estudio es analizar la discapacidad global que produce la enfermedad mental, somática y los trastornos por abuso de sustancias, así como comparar que el funcionamiento de dichos subtipos patológicos en distintas áreas de la vida diaria. Método: estudio transversal con una muestra de 129 personas, pertenecientes a la comunidad autónoma de Cantabria, llevado a cabo entre los meses de Septiembre y Octubre de 1999. El análisis de resultados fue realizado a través del programa estadístico SPSS. Se administraron el SF-36, el London Handicap Scale, la Escala de Valoración del Entrevistador, cuestionarios

sociodemográficos y clínicos, incluidas las variables "edad" y "sexo" posteriormente analizadas. Destaca espacialmente la versión española del cuestionario WHO-DAS-II-36 items, medida de discapacidad que determina, en una escala de 0 a 100, el grado de dificultad que experimentan una persona para llevar a cabo sus actividades habituales en seis áreas de funcionamiento. Resultados: la población muestral estuvo formada por 129 personas, de las cuales 41 (31.8%) de enfermos mentales, 58 (45%) de enfermos físicos y 30 (23.2%) de enfermos por trastornos por abuso de sustancias. Los resultados indican que no existen diferencias significativas en el nivel global de discapacidad de cada subtipo patológico. Si bien, esto no es así en cada uno de los dominios de funcionamiento, donde los resultados en el WHODAS-II-36, al igual que en el resto de los instrumentos, indican que los enfermos psiquiátricos presentan discapacidades estadísticamente significativas en "comprensión y comunicación" (25.20) y "relacionarse con otras personas" (22.80). Por el contrario, las dificultades de los enfermos mentales en los "problemas laborales" (12.50) y "domésticos" (21.79) son significativamente menores a las que presentan enfermos físicos (38.57 y 39.01, respectivamente), siendo esto contradictorio la literatura que mantiene que los enfermos psíquicos presentan mayor empobrecimiento en la actuación laboral, mayores dificultades para cumplir con las responsabilidades y más días a baja laboral que los somáticos. Los enfermos psiquiátricos apenas muestran discapacidades en aspectos de "movilidad y funcionamiento físico" (9.75), siendo las diferencias con los físicos estadísticamente significativas (30.17). Según la literatura, la limitación en esta área indica un descenso en la calidad de vida y bienestar, al tiempo que predice un descenso funcional en el futuro. Respecto al dominio "cuidado personal", las discapacidades en dicha dimensión están asociados en mayor medida a la severidad de la enfermedad que al tipo diagnóstico. Respecto a los trastornos por abuso de sustancia los resultados indican la existencia de un perfil caracterizado por discapacidades en la mayor parte de las áreas, si bien la severidad en las mismas ha resultado moderada en comparación con enfermos somáticos y psiquiátricos. Los resultados obtenidos en relación a las variables edad y sexo indican, en primer lugar, que ser hombre o mujer no ejerce influencia ni en el nivel de discapacidad global ni en el perfil de discapacidades. En segundo lugar, la edad de la muestra no tuvo influencia en la discapacidad global y específica de

los diversos subgrupos patológicos, a excepción de los psiquiátricos donde al aumentar la edad se da un aumento de las dificultades, tanto a nivel global como en algunos dominios. Los resultados indicados permiten concluir que la enfermedad, con independencia del subtipo patológico presentado -psiquiátrico, somático y trastorno por abuso de sustancias-, supone para el individuo afectado discapacidades importantes. Sin embargo, cada subtipo patológico va a presentar un perfil de funcionamiento y discapacidad propio y diferente. Por último, concluir que las puntuaciones obtenidas en la presente Tesis Doctoral pueden ser atribuidas con confianza a la patología en si misma y no a la influencia que las variables "sexo" y "edad" pueda ejercer.

### **OCIO, TIEMPO Y LIBRE Y CONSUMO DE DROGAS EN JOVENES DE LA COSTA DEL SOL OCCIDENTAL.**

Autor: TRUJILLO RUIZ JOSE ANTONIO.

Año: 2001.

Universidad: MALAGA.

Centro de lectura: MEDICINA.

Centro de realización: FACULTAD DE MEDICINA DE MALAGA.

**Resumen:** El fenómeno de la adolescencia esta convirtiéndose en materia de estudio y preocupación en la actualidad en la mayoría de las sociedades. En ella se están dando grandes procesos de transformación que preocupan, y sobremanera el de la utilización de su tiempo libre y su relación con el consumo de drogas. El consumo de drogas es un problema mundial, y todas las agencias nacionales que se ocupan de el están haciendo un esfuerzo muy importante en el terreno del papel de la prevención. Existen diferentes factores de riesgo y de protección conocidos en relación a los jóvenes y sus consumos de drogas. Quisimos de describir las características sociodemográficas de los jóvenes de la Costa del Sol Occidental, con especial referencia a los factores familiares, escolares y sus contextos referenciales. Y por otra parte orientar en materia de prevención de drogas en el terreno del ocio y tiempo libre de los jóvenes. Se estudiaron a jóvenes escolarizados y no escolarizados, se les describió y se utilizaron técnicas de análisis multivariante para definir una serie de factores de

riesgo en relación al consumo de drogas. Las edades de inicio de consumo de drogas en esta comarca son anteriores a las del resto de la geografía española, aunque sus preferencias son semejantes. Se consumen en mayor proporción las

drogas que en relación a Andalucía o España. Utilizan su tiempo libre los jóvenes fundamentalmente para actividades fuera del hogar familiar. Se describieron once factores de riesgo que tenían que ver con características del sujeto, de su ámbito familiar y de la forma de utilización de su tiempo libre.

### **CONSTRUCCIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA LA VALORACIÓN DE LOS EFECTOS SUBJETIVOS DE SUSTANCIAS CON POTENCIAL DE ABUSO (VESSPA): EVALUACIÓN DEL ÉXTASIS .**

Autor: POUDEVIDA JÜRSCHIK SANDRA .

Año: 2001.

Universidad: RAMON LLULL.

Centro de lectura: PSICOLOGÍA Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN.

Centro de realización: FACULTAT DE PSICOLOGÍA, CIENCIAS DE L'EDUCACIÓ I DE L'ESPORT BLANQUERNA.

**Resumen:** En la Unidad de Farmacología del Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM) se inició hace unos seis años una línea de investigación en torno a la metilendioximetanfetamina (MDMA), popularmente conocida con el nombre de éxtasis. Esta sustancia había despertado una gran popularidad y presentó una creciente expansión desde principios de los años 90 entre la gente joven, tanto en nuestro país como fuera de él. Esta línea de investigación se inició con el desarrollo de un ensayo clínico en el que se administró MDMA. En un ensayo clínico se requiere, entre otras cosas, el estudio de los efectos subjetivos producidos por la droga, y esto se realiza mediante cuestionarios que puedan administrarse de forma repetida para seguir el transcurso de los mismos. El objetivo del presente estudio es la construcción de un cuestionario capaz de medir el amplio espectro de efectos subjetivos producidos por el éxtasis. Este cuestionario debería ser también sensible a los efectos de otras drogas debido a la no exclusividad de los mismos a una droga en concreto. En primer lugar se construyó un extenso banco de ítems que recogía

efectos de tipo entactógeno, estimulante, sedante y alucinógeno. Tras varias reducciones se obtuvo un listado de 85 ítems al que se le aplicó una respuesta tipo Likert de 0 a 4 según la intensidad del efecto (0=nada, 1=un poco, 2=moderado, 3=bastante, 4=mucho), Este precuestionario se administró a 195 sujetos. Todas las contestaciones fueron realizadas simulando estar bajo los efectos de la droga en ese momento. Bajo la condición simulada de éxtasis contestaron al precuestionario 102 sujetos, 51 sujetos lo hicieron para la condición simulada de cocaína, 61 para el hachís y 38 para el alcohol (cada voluntario contestó a más de una condición ya que en su totalidad se trataba de sujetos policonsumidores). La reducción final del cuestionario se realizó basándose en la administración del mismo a los 102 sujetos que habían contestado bajo la condición de éxtasis (las otras condiciones sirvieron para la validación del cuestionario, pero no para la fase de reducción). Se realizó un análisis factorial con rotación varimax y en función de los factores obtenidos y tras diversas reuniones de expertos, se defendieron 6 escalas de 6 ítems cada una. Estas escalas fueron: escala de Sedación, escala de Somatización Ansiosa, escala de Cambios de Percepción, escala de Placer y Contacto Social, escala de Actividad y Energía y escala de Sintomatología Psicótica. Al nuevo cuestionario de 36 ítems se le denominó VESSPA (Valoración de Efectos Subjetivos de Sustancias con Potencial de Abuso). Sobre este cuestionario final se aplicaron pruebas de fiabilidad y validez. Para estimar la fiabilidad del instrumento se calculó la consistencia interna de cada una de las escalas obteniendo puntuaciones entre 0,67 y 0,86, consistencia que mostró ser aceptable formando escalas homogéneas ya que sus ítems estaban bien relacionados entre sí. También se aplicó la prueba de test-retest a 30 sujetos obteniendo índices entre 0,79 y 0,91 según las escalas. Estas puntuaciones mostraron que el instrumento tenía estabilidad en el tiempo. En cuanto a las pruebas de validez, se buscaron correlaciones de las escalas de VESSPA con el Addiction Research Center Inventory (ARCI), un cuestionario muy utilizado en el campo de los ensayos clínicos para el estudio de efectos de diferentes drogas. Aunque no miden exactamente lo mismo, se pudieron establecer algunas relaciones lógicas entre sus escalas. Como se ha comentado también se administró el VESSPA bajo otras condiciones simuladas aparte del éxtasis. Algunas sustancias podían, y de hecho era de esperar, obtener puntuaciones más elevadas que el éxtasis en algunas escalas. De este modo la cocaína fue la

sustancia que más puntuó en las escalas de Somatización Ansiosa y la de Actividad y Energía. El cannabis y el alcohol obtuvieron puntuaciones más altas en la escala de Sedación. La LSD obtuvo puntuaciones elevadas en las escalas de Cambios de Percepción y de Sintomatología Psicótica. Por último, el éxtasis presentó la mayor puntuación en la escala de Placer y Contacto Social, que sería la más adecuada para medir los efectos de tipo entactógeno, hasta el momento no medido por otros cuestionarios.

Para finalizar, y debido a que el cuestionario VESSPA va a ser utilizado en principio en el contexto de ensayos clínicos, se administró a lo largo de tres ensayos clínicos con MDMA y su combinación con alcohol. Los resultados obtenidos fueron satisfactorios elevándose las puntuaciones de las escalas de Somatización Ansiosa, Placer y contacto Social, y las de Actividad y Energía cuando se administró MDMA respecto a placebo. La escala de Sedación obtuvo puntuaciones significativamente altas para la condición de alcohol y no se observaron aumentos significativos para las escalas de Cambios de Percepción ni de Sintomatología Psicótica.

Estos últimos posiblemente pueden aparecer tras la administración de una mayor dosis de MDMA o en caso de intoxicación. En conclusión, puede afirmarse que el VESSPA ha resultado ser un instrumento útil y fiable para la medición del amplio espectro de efectos subjetivos del éxtasis.

Además ha mostrado que algunas de sus escalas son sensibles a otras sustancias de tipo estimulante, alucinógeno y sedante.

## **ASPECTOS CLINICAS DE LA COMORBILIDAD DE LA ESQUIZOFRENIA Y EL CONSUMO DE DROGAS.**

Autor: MENDIVIL FERRANDEZ JUAN LUIS.

Año: 1999. Universidad: PAIS VASCO.

Centro de lectura: MEDICINA.

Centro de realización: FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGIA.

**Resumen:** El consumo abusivo de tóxicos entre pacientes esquizofrénicos es una situación clínica muy frecuente. Esta doble condición puede influir en la evolución y en la patoplasia de las dos entidades nosológicas. En esta tesis hemos pretendido estudiar cuáles son estas interrelaciones y determinar el grado de influencia que tienen entre sí los dos diagnósticos, para un mejor abordaje de esta patología dual.

### **UN ESTUDIO ETNOGRAFICO SOBRE, USUARIOS/AS DE HEROÍNA. CONOCIMIENTO PSICOSOCIAL Y PRÁCTICA REFLEXIVA.**

Autor: ALBERTIN CARBO PILAR.

Año: 1999. Universidad: GIRONA.

Centro de lectura: CIENCIAS DE LA EDUCACION.

Centro de realización: FACULTAD DE PSICOLOGIA, UNIVERSIDAD  
AUTONOMA DE BARCELONA.

**Resumen:** El siguiente trabajo es un ejercicio reflexivo sobre una experiencia: "Un estudio etnográfico de usuarios/as de heroína", realizado en un barrio de Barcelona entre los años 1993-1995. Como objetivo general intentaré: explorar la práctica reflexiva como objetivación del conocimiento construido (dimensión racional epistemológica) y como ejercicio de resistencia a formas dominantes de conocimiento psicosocial.

Como objetivos específicos se tratará de: -señalar un procedimiento que permita conectar al auditorio (o lector) con la experiencia particular de la investigadora (justificar como se construye cuáles son las claves para interpretar, garantías de rigor, y verosimilitud, etc.). -cuestionar la propia práctica de producción de conocimientos psicosocial, a modo de compromiso de la investigadora, ya que el saber que ----- intenta proyectarse pragmáticamente en una experiencia concreta, e intenta mostrar sus efectos psicosociales. El material utilizado han sido 44 entrevistas en profundidad y 5 libretas de campo. Como base teórica se ha tomado una perspectiva construccionista crítica localizada en la posición del observador. Como metodología, el análisis del discurso y la observación de laboratorio. Algunos resultados relevantes han sido: el papel de la agentividad y

el sentido de la mediación, la relevancia de los contextos para actuar discursos y la consideración del auditorio.

## **CONSUMO DE DROGAS, PERSONALIDAD Y CONDUCTAS PATOLÓGICAS EN ADOLESCENTES.**

Autor: FREIXINOS ROS M. ANGELES.

Año: 1999.

Universidad: MURCIA

Centro de lectura: INGENIEROS INDUSTRIALES.

**Resumen:** El consumo de drogas lo podemos centrar en el origen de la humanidad, ya que el ser humano ha consumido las distintas sustancias con fines muy variados: aunque es cierto que nunca ha habido tantas sustancias como en la actualidad, incluso se puede decir que habían sustancias típicas de cada región y el consumo se limitaba a determinadas personas. Sin embargo, el origen de las toxicomanías actuales las podemos centrar en los años 60, y es a partir de los años 70 cuando se empiezan a consumir drogas derivadas del opio, apareciendo el consumo con mayor frecuencia en clases marginales y en hombres respecto a mujeres. Hoy en día, el tema del consumo de drogas, es uno de los grandes problemas, debido a la magnitud que ha tomado, no sólo en nuestro país, sino que se trata de un problema a un nivel mundial.

Cabe decir que no distingue entre sexo, clases sociales, ni edad; y es a pesar de la importancia de dicho problema en los últimos años, seguimos sin conocer con exactitud aspectos relacionados con dicho fenómeno como es el caso de las variables más significativas directamente relacionadas con dicho consumo. Para llevar a cabo el estudio se hizo un muestreo aleatorio estratificado de la pirámide poblacional de la Región de Murcia. La muestra estaba compuesta por 324 sujetos, de los cuales 167 eran chicos y 157 eran chicas. Con respecto a la edad, había 52 sujetos de 12 años (26 chicas y 26 chicos), 46 sujetos de 13 años (22 chicos y 24 chicas), 53 sujetos de 14 años (26 chicos y 27 chicas), 57 sujetos de 15 años (31 chicos y 26 chicas), 59 sujetos de 16 años (31 chicos y 28 chicas) y 57 sujetos de 17 años (31 chicos y 26 chicas). Las variables que fueron estudiadas se catalogaron como variables de personalidad, variables psicopatológicas y variables

psicosociales, siendo éstas evaluadas a través de distintas pruebas. Los objetivos generales del estudio fueron: A,- Realizar un estudio de tipo epidemiológico de corte transversal con respecto al consumo de drogas en la Región de Murcia. B,- Establecer relaciones entre consumo de drogas, variables de personalidad, psicopatológicas y psicosociales. Con respecto a los resultados, cabe decir que el porcentaje de chicas tanto en el consumo de tabaco, de alcohol y de psicofármacos u otras drogas fue mayor que el correspondiente a los chicos, y a mayores edades correspondían porcentajes más altos con respecto al consumo. En cuanto a las variables de personalidad estudiadas, podemos decir que existe un perfil con respecto a los sujetos consumidores, de esta forma, éstos se caracterizan por obtener mayores puntuaciones en neuroticismo, psicoticismo, tienen una actitud positiva hacia el consumo, son más impulsivos, más independientes, menos buscadores de sensaciones y obtienen menor puntuación en autocontrol. Las variables psicopatológicas evaluadas nos informan que los sujetos consumidores de tabaco y del alcohol son más ansiosos, más depresivos, con más problemas de pensamiento, más hiperactivos y presentan más conductas de tipo antisocial y delictivo. Por adolescentes consumieron en la primera ocasión, fue la curiosidad.

### **MUERTE POR REACCION AGUDA POR CONSUMO DE DROGAS EN GALICIA (1992-1997).**

Autor: PEREIRO GOMEZ CESAR. Año: 1998.

Universidad: SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Centro de lectura: MEDICINA.

**Resumen:** Esta bien documentado que los adictos tienen un riesgo sustancialmente mayor de fallecer prematuramente que lo no usuarios de drogas. Las causas del mismo son variadas, incluyendo entre ellas la infección VIH/SIDA, las hepatitis y la violencia. Sin embargo, las muertes atribuidas a sobredosis permanecen como una de las principales causas de muerte conocidas. En 1992, en Galicia, la Consellería de Sanidade, con la colaboración Instituto de Medicina Legal de la Universidad de Santiago, puso en marcha un sistema de registro de datos que configuran el Indicador de Mortalidad por Reacción Aguda a Drogas (RAD).

Se han estudiado 338 casos de muerte producida por reacción aguda tras consumo de drogas entre junio de 1992 y julio de 1997, registrándose una mortalidad media anual próxima a los 70 casos. Se ratifica la hipótesis de que la mayoría de los fallecidos son usuarios expertos y no personas que contactaron recientemente con las drogas. En lo relativo al sexo se observa un predominio de los hombres con un 90.2%, valor éste más elevado que los obtenidos en otros estudios. La mayoría de las RAD se producen en el entorno habitual del adicto: un 39.9% fallecen en su domicilio, en mayor número los fines de semana y durante los meses de invierno. En contra de lo aceptado hasta ahora, el fenómeno de la mortalidad por RAD no es un fenómeno exclusivo de los grandes núcleos urbanos. Los resultados de los análisis toxicológicos confirmaron que el policonsumo es la pauta más frecuente entre los fallecidos. La vía de administración de drogas es mayoritariamente la intravenosa (90.8%).

Se detectaron, tan sólo en una sola ocasión, adulterantes tóxicos, en concreto estricnina, que haya podido justificar la muerte del consumidor. Por lo atañe a los resultados de las determinaciones toxicológicas todavía son muchas las dificultades para determinar cuál es la causa exacta de la muerte, especialmente cuando se trata de sujetos que han consumido varias drogas a la vez. Así, se cuestiona para muchos adictos el concepto de muerte por "sobredosis de heroína" y se atribuye el fallecimiento al poliuso de drogas y a la suma o potenciación de sus efectos. Nuestra investigación coincide con otras realizadas por lo que respecta a los niveles capaces de causar la muerte. En este sentido, es interesante observar cómo las concentraciones de morfina detectadas en sangre son menores cuando existe consumo asociado de otras drogas, siendo esto particularmente significativo en el caso de dos sustancias depresoras, el alcohol y las benzodiazepinas. Se ponen de manifiesto las dificultades existentes para confirmar una Reacción Aguda a Drogas. Se concluye que el rigor de la certificación va a depender de una investigación minuciosa en la escena de la muerte, la sala de autopsias y el laboratorio, así como de un buen conocimiento de los antecedentes del sujeto. La coordinación entre distintas instituciones y recursos asistenciales es vital para obtener todos estos datos.

## ESTUDIO SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL EN MUJERES ADULTAS Y MAYORES EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.

Autor: MATEU ARANDA M. CARMEN

Año: 1998

Universidad: VALENCIA

Centro de lectura: PSICOLOGIA.

## CONSUMO DE ALCOHOL EN JOVENES DE LA UNIVERSIDAD DEL PAIS VASCO.

Autor: ZUPIRIA GOROSTIDI XABIER

Año: 1998

Universidad: PAIS VASCO.

Centro de lectura: MEDICINA.

**Resumen:** Durante el curso 1993-1994, se estudió el consumo de alcohol y la conducción de automóviles en 5478 jóvenes de carreras superiores de la Universidad del País Vasco y su relación con algunas variables sociodemográficas (edad, sexo, religiosidad) y psicológicas (neuroticismo, extroversión, alexitimia). El patrón de consumo predominante era el de abstinencia en días laborables, y consumo en fines de semana y fiestas. El consumo se daba fundamentalmente con los amigos. Destacó el fenómeno del "jueves estudiantil". La media de edad para el inicio en el consumo fue de 15,7 años. El mes previo a la encuesta consumió alcohol aproximadamente el 83% de la población. La semana previa a la encuesta el 70% de la población, con una media de 91 cc de alcohol puro por persona; Aproximadamente el 1,5% de la población bebió en exceso la semana previa y el 9% el fin de semana (criterio Pequignot); el 2,7% bebió la semana previa con alto riesgo para su salud (criterio del Colegio Británico de Médicos). Aproximadamente un 9% de la población declaró que conduce tras haber bebido alcohol. El hecho de ser bebedor está relacionado con la edad, la religiosidad, y la extroversión. La frecuencia de consumo y la cantidad consumida están relacionadas con el sexo, la edad, la religiosidad y la extroversión. El hecho de conducir tras haber bebido está relacionado también con el sexo, la edad, la religiosidad y la extroversión, así como con la frecuencia de consumo de alcohol. El neuroticismo y la alexitimia no se hallan relacionados con ninguna de las conductas estudiadas. Se discuten los

indicadores utilizados y se ve la necesidad de desarrollar instrumentos más ajustados al patrón de consumo en los jóvenes. Se constata la necesidad de filtrar el efecto de las variables relacionadas por la interrelación existente entre ellas.

Las drogas ilícitas se vienen consumiendo en forma limitada desde hace mucho tiempo pero en el Perú, como en el resto del mundo, es a partir de los años sesenta que se difunde el consumo en gran escala.

De las drogas ilícitas, la marihuana ocupa el primer lugar en todos los reportes, pero las cifras son muy variables y aumentan o disminuyen a lo largo de los años sin seguir un patrón uniforme. Esto puede atribuirse de un lado a una disponibilidad siempre muy alta, a su bajo precio y a su cultivo casero en macetas y jardines. Además es una droga cuyos daños inmediatos no se aprecian fácilmente en los usuarios ocasionales, y que goza de gran popularidad.

No es de extrañar entonces que mucha gente la haya probado alguna vez sin continuar en su uso y que afirme que lo ha hecho o no, de acuerdo a si se trate de una conducta reprobable o aceptable. En este sentido, las noticias (tergiversadas e incompletas) de uso libre en Holanda y de su aceptación como medicina llevan a una mayor aceptación que, de no acentuar los esfuerzos preventivos puede derivar en un incremento real del consumo intensivo. Las cifras muestran un máximo en 10,9 % (Zavaleta y Castro 2005) y un mínimo de 5,2 % (Contradrogas 1999).

En el caso de la cocaína como pasta básica, es recién al inicio de los años 70 que se descubre que se puede fumar y luego se difunde de manera epidémica con casos de adicción muy severos que desconciertan a la mayoría de los especialistas que atribuyen la dependencia a otras sales de cocaína como el sulfato o a contaminantes como el kerosén. Es bastante tiempo después, y a raíz de la difusión de la base libre y del crack que ya nadie duda que lo que se consume es la cocaína base volatilizada por el calor en los cigarrillos (quetes) Los primeros casos de dependencia severa se reportaron en 1978 por el grupo de Jerí y a raíz de ello se llevó a cabo la primera encuesta de 1979 en Lima, momento en el cual se reporta una prevalencia de 1,34%.

El consumo de clorhidrato de cocaína era bastante común entre intelectuales artistas y bohemios en dosis pequeñas y destinadas a anular los efectos del alcohol consumido en exceso. Esta forma poco adictiva fue reemplazada durante la epidemia de consumo de la pasta básica por el uso en forma de “líneas”, con dosis mucho más altas y de fuerte componente adictivo. En un comienzo el uso del clorhidrato estaba concentrado en las clases altas, pero la disminución de los precios la ha extendido a todas las clases sociales.

La prevalencia de cocaína siempre ha estado por debajo del 5% con variaciones entre 1.7% (este estudio, 2007) y 4,7% (CEDRO 1997)

Otras drogas como la heroína, el LSD o las drogas sintéticas como el éxtasis han venido ocupando una posición marginal con cifras de menos del 1% de prevalencia de vida, pero, como hemos señalado más arriba ya se puede detectar el consumo de éxtasis y de heroína en las encuestas de hogares, situación explicable por la disponibilidad creciente de la primera al haberse difundido el cultivo de adormidera en el país y por la difusión universal de la segunda.

Se cuenta actualmente con diversos métodos para apreciar la magnitud del problema. Los reportes de observaciones clínicas son los más seguros para determinar la peligrosidad para el individuo.

Pero el problema es mucho más amplio y extendido, ya que incluye aspectos no sólo de salud, sino también policiales, judiciales, carcelarios, ecológicos, poblacionales económicos, geopolíticos, y otros que configuran un universo de extrema complejidad. (Zavaleta y Castro 2006, Zavaleta 2007).

Desde su fundación CEDRO ha realizado estudios epidemiológicos a fin de efectuar el diagnóstico del consumo de drogas por la población urbana, a nivel nacional. Como antecedente de este tipo de estudios sólo se encuentra el llevado a cabo en Lima por Carbajal y col. (1980) antes de que se iniciara la epidemia de consumo de pasta básica de cocaína.

En la presente publicación se muestran los resultados obtenidos al evaluar el consumo de las drogas lícitas: alcohol, tabaco y la hoja de coca (droga folklórica),

así como las ilícitas (derivados cocaínicos: PBC y clorhidrato de cocaína, marihuana y éxtasis).

Por otro lado, el incremento en el uso de los opiáceos, morfina y heroína dado su incremento progresivo a partir de los sembríos de amapola del opio detectados en las zonas selváticas del norte del país.

Otra droga de síntesis, el éxtasis, cuyo consumo va en aumento tanto en los ambientes de diversión para los jóvenes de 17 a 25 años, como para la población escolar secundaria en algunas ciudades peruanas.

Esta droga constituye en grave amenaza ya que su fácil síntesis puede abaratarla grandemente y aumentar su disponibilidad.

Los datos que presentamos a la comunidad nacional e internacional en este estudio, nos muestran la problemática de las drogas en el Perú en su real dimensión, en forma amplia y actualizada, de utilidad para el diseño de políticas apropiadas para enfrentar la epidemia de consumo de drogas, y medidas preventivas.

#### **4 OBJETIVOS**

- 4.1 Caracterizar a los estudiantes de la UCSM, según el área académica, género y edad
- 4.2 Determinar la prevalencia del consumo de tabaco, alcohol, y sustancias psicoactivas en los estudiantes de la UCSM, según el área académica, género y edad
- 4.3 Determinar los hábitos de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas en los estudiantes de la UCSM
- 4.4 Determinar los factores que se relacionan al consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas en los estudiantes de la UCSM

## 5 HIPÓTESIS

Dado que la drogadicción se está incrementando en diferentes niveles educativos y estratos sociales:

Es probable que existan diferencias significativas en la prevalencia del consumo de drogas en los estudiantes de las diversas áreas académicas de la Universidad Católica de Santa María

### III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.

#### 1. Técnicas instrumentos y materiales de verificación

VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Consumo de Drogas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo de Tabaco</li> <li>• Consumo de bebidas alcohólicas</li> <li>• Consumo de Psicoactivos</li> <li>• Hábitos de consumo</li> <li>• Factores predisponentes</li> </ul>	Cuestionario	Encuesta

#### Descripción del Instrumento

La encuesta consta de 40 preguntas, cuyos temas incluye:

- Área Académica
- Entorno Familiar
- Hábitos de consumo
- Factores predisponentes
- Consumo de Tabaco
- Consumo de Alcohol
- Consumo de Psicoactivos

Ha sido elaborada y validada por profesionales (DEVIDA, 2005) en la temática, siguiendo los parámetros de otros trabajos que se están realizando en diferentes universidades del país.

## 2. Campo de Verificación

**2.1. Ubicación Espacial:** Se llevará a cabo en los ambientes de la Universidad Católica Santa María.

**2.2. Ubicación Temporal:** El presente trabajo se desarrollara entre los meses de Agosto a Diciembre del 2008, siendo de corte transversal y coyuntural.

### 2.3. Unidades de Estudio

Conformado por todos los estudiantes que matriculados en el semestre par 2008 y respondieron la encuesta a través de los correos electrónicos.

**2.4. Universo Cuantitativo:** se consigna en el siguiente cuadro:

AREA	PROGRAMA PROFESIONAL	F	%
<b>AREA DE CIENCIAS SOCIALES</b>	Comunicación Social	238	17
	Teología	51	4
	Psicología	336	23
	Publicidad y Multimedia	308	21
	Educación	166	12
	Turismo y Hotelería	316	22
	Trabajo Social -Mod. Semipres	27	2
	<b>TOTAL</b>	<b>1442</b>	<b>100</b>

ÁREA	PROGRAMA PROFESIONAL	F	%
<b>AREA DE CIENCIAS E INGENIERIAS</b>	Ingeniería Industrial	687	17
	Ingeniería Mecánica Eléctrica y Mecatrónica	735	18
	Ingeniería de Sistemas	578	14
	Ingeniería Electrónica	353	9
	Ingeniería Agronómica	202	5
	Medicina Veterinaria y Zootecnia	466	11
	Ingeniería de Industria Alimentaria	251	6
	Arquitectura	380	9
	Ingeniería Civil	419	10
		<b>4071</b>	<b>100</b>

ÁREA	PROGRAMA PROFESIONAL	F	%
<b>AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD</b>			
	Enfermería	342	12
	Medicina Humana	1067	36
	Obstetricia y Puericultura	203	7
	Odontología	737	25
	Ingeniería Biotecnológica	292	10
	Farmacia y Bioquímica	320	11
	2961	100	

ÁREA	PROGRAMA PROFESIONAL	F	%
<b>AREA DE CIENCIAS JURIDICAS Y EMPRESARIALES</b>	Contabilidad	450	18
	Ingeniería Comercial	475	18
	Administración de Empresas	589	23
	Derecho	1056	41
	2570	100	

$$\frac{11,044}{100\%} = \frac{965}{X} \quad X = 8,74\% \text{ de la población total}$$

## 2.5. Técnica del muestreo.

Se procederá a realizar un muestreo **No probabilístico de voluntarios** (Mormontoy, 1993) debido que, a pesar de que contamos con el marco muestral las unidades de estudio no tienen la misma probabilidad de participar en el muestreo porque la muestra o grupo de estudio esta conformado por todos los sujetos que voluntariamente se someten al trabajo de investigación y además participan hasta el final del mismo.

Asimismo la selección de unidades de estudio se realizará mediante un muestreo por encuesta electrónica, que se refiere únicamente a las unidades que respondieron la encuesta electrónica. Esta recolección de datos es similar a la información obtenida a través de entrevistas por teléfono (Scheaffer, 1987).

### 3. Estrategia

**3.1.** Organización: se solicitará el permiso correspondiente a las autoridades con la finalidad de que se nos otorguen las facilidades del caso para la aplicación de los instrumentos en la recolección de los datos

**3.2.** Validación del Instrumento. Se aplicara la prueba piloto para detectar las dificultades que se puedan presentar en la administración y calificación del instrumento empleado en la recolección de datos

**3.3.** Recursos

a. Humanos

a.1 Investigador: Maestría

a.2 Colaborador docente de la Asignatura

b. Recursos físicos: estarán conformados por la infraestructura y biblioteca de la UCSM

c. Recursos financieros: el presupuesto que demanda la investigación va a ser autofinanciado

### 4. Criterio para el Manejo de Resultados

**4.1.** A nivel de sistematización

La sistematización de los resultados se realizara de manera electrónica y manual.

Clasificación: la información obtenida a través de la aplicación de los instrumentos, será ordenada en sus respectivas matrices de registro y control.

Recuentos: se procederá utilizando matrices de conteo y tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales.

Codificación: se utilizara el sistema numeral para la codificación de las categorías de cada una de las variables.

Tratamiento Estadístico: se aplicara la estadística descriptiva

Tabulación: se utilizarán tablas de contingencias para describir las frecuencias y asimismo se utilizará el estadístico de prueba de chi cuadrado para comprobar las diferencias significativas así como para la relación de variables.

Graficación: se utilizarán diagramas de barras para representar las frecuencias relativas porcentuales.

- 4.2. A nivel de análisis de los datos: el procesamiento de la información se realizará mediante el software estadístico SPSS. Asimismo se utilizara el Excel de Microsoft para los gráficos.
- 4.3. A nivel de conclusiones: las conclusiones se derivaran de los resultados obtenidos, las mismas que serán formuladas teniendo en cuenta los indicadores y en relación con los objetivos.
- 4.4. A nivel de propuestas: se planteará a manera de sugerencias un programa que permita la prevención y la rehabilitación del uso indebido de drogas.

#### IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero
<b>Formulación presentación y aprobación del proyecto</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		
<b>Revisión de documentos bibliográficos e Internet</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		
<b>Recolección de datos</b>			<b>X</b>	
<b>Análisis y procesamiento de los resultados</b>			<b>X</b>	
<b>Elaboración Y presentación del informe final</b>				<b>X</b>

**V. BIBLIOGRAFIA.**

1. Alcoholism and Drug Addiction Research Foundation, *Opiates facts: opium, codeine, morphine, heroin*, Toronto, Canada, 1991.
2. Anicama, J. Un análisis funcional de la conducta adictiva, epidemiología, estrategias de prevención e investigaciones conductuales cognitivas. Conferencia en el Congreso, Internacional de CEDRO. Lima. CEDRO, Lima, 1998
3. Anicama, J. Calidad de Vida y Recaída en Adictos a Sustancias Psicoactivas de Lima Metropolitana. *Psicoactiva* 19, 7-27. Lima Perú, 2001
4. Arif, A. *Consecuencias adversas para la salud del uso indebido de la cocaína*, OMS, Ginebra, 1988.
5. ARSEC: *Cannabis: Manual de cultivo para el autoconsumo*, Asociación Ramón Santos para Estudios del Cannabis, Barcelona, España, 1999.
6. Azuela, Rodrigo y Arnaldo Vidal: *Análisis psicológico y social de la Cannabis*, tesis de licenciatura en psicología, UNAM, México, 1995.
7. Beck, A. *Terapia Cognitiva de la drogodependencia*. Barcelona. 1993
8. Becoña, E. *Mundial de Terapias Cognitivas y Conductuales*. Acapulco. México. (1995).
9. Bejarano, Z. & Pacheco, D. Relación entre Asertividad y Conducta Racional en pacientes De 18 A 55 años atendidos en el consultorio psicológico del Hospital I Luís Albrecht – ESSALUD. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Privada Cesar Vallejo Trujillo. Perú, 2001
10. Belloch, A. *Manual de Psicopatología*. Aravaca. Mc Graw-Hill Interamericana. Mexico, 1995
11. Belloch, A., Sandín, B. *Manual de psicopatología*. McGraw-Hill Interamericana. España. 1996
12. Bocanegra, C. *Las Creencias Irracionales. Estudio comparativo entre un grupo de sujetos consumidores de Pasta Básica de Cocaína y un grupo de sujetos no consumidores de drogas: Un enfoque Racional Emotivo*. *Psicoactiva* , Perú , 1991
13. Brailowsky, Simón: *Las sustancias de los sueños: Neuropsicofarmacología*, FCE-CONACYT, México, 1995.
14. Brau, Jean Luis: *Historia de las drogas*, Bruguera, España, 1973.

15. Castro de la Mata, R. y Rojas, M. Los Jóvenes en el Perú: Opiniones, Actitudes y Valores 1,997. Monografía de Investigación No. 16. Lima. CEDRO, 1998
16. CEDRO El problema de las drogas en el Perú. Lima, 1995.
17. CEDRO. CONTRADROGAS. Estudio sobre la percepción del consumo de drogas en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. Lima: Contradrogas. Lima, 2000
18. *Centro Mexicano de Estudios. Fármacos de abuso: Información farmacológica y manejo de intoxicaciones*, Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, México, s/f.
19. CIE 10, Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. Madrid. Mediator. España. 1992.
20. Comité Ciudadano en Defensa de los Derechos Humanos. *La psiquiatría traiciona y droga a nuestros hijos*, Los Ángeles, California, USA, 1999.
21. Connell Clarke, Robert: *Marijuana botany*, Ronin Publishing, Inc. USA, 1981.
22. Coppel, Robert: *Los narcóticos*, Bruguera, España, 1973.
23. DEVIDA (2005). I Encuesta sobre información hábitos y actitudes hacia el consumo de de sustancias psicoactivas en universitarios de Lima metropolitana. Lima – Perú.
24. Ellis, A. & Mcinerney, J. *Terapia Racional Emotiva con Alcohólicos y Toxicómanos*. Bilbao. Desclée de Brouwer, S.A. España. 1992
25. Escotado, Antonio: *Historia General de las Drogas*, Tomo III, Alianza, España, 1995.
26. Escotado, J. . *Aprendiendo de las drogas*. Madrid. Anagrama. España 1995.
27. *Estadísticas de substancias psicotrópicas para necesidades lícitas*, ONU, doc. E/INCB/W.15, 1978.
28. *Fármacos de abuso: Información farmacológica y manejo de intoxicaciones*, Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, México, s/f.
29. Fernández, Asunción: "Evolución histórica de los usos del LSD", en *Alucinógenos, la experiencia psicodélica*, Ediciones en Neurociencias, Barcelona,

- 1996.Fericgla, José María (comp.): *Los enteógenos y la ciencia*, Col. Cogniciones, Los libros de la liebre de marzo, Barcelona, 1999.
30. García Liñán, Carmen: *Opiáceos*, Árbol Editorial, México, 1990.
31. Goodman, Alfred *et all*: *Goodman y Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica*, 8va. edición, Panamericana, Argentina, 1991.
32. Graña, J Conductas Adictivas. Madrid. Debate, S. A. Madrid. 1994
33. Grinspoon, Lester y James Bakalar: *Marihuana, la medicina prohibida*, Paidós, España, 1998.
34. Guevara, G., Hernández, H. & Flores, T. (2001) Estilos de afrontamiento al estrés en pacientes drogodependientes. *Psicología y Sociedad UNMSM*. Perú , 2001
35. Hueda, C. & Vilchez, E. Conducta Racional y tipo De Locus De Control en pacientes con diagnostico de ansiedad entre 18 A 55 años del Hospital I Luís Albrecht – ESSALUD. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Privada Cesar Vallejo Trujillo. Perú. 2004
36. Iglis, Brian: *Marihuana y otras hierbas: Del consumo libre a la prohibición*, Tikal, España, 1994.
37. Iraurgi, I. & Gonzáles, F. Instrumentos de Evaluación en Drogodependencias. Madrid. Aula Médica. España. 2002
38. Jordi: *Farmacología y toxicidad de la MDMA (éxtasis)*, Ediciones en Neurociencias, Barcelona, 1997.
39. Kornblit, A. Nuevos Estudios Sobre Drogadicción. Argentina. Biblos. Argentina. 2004
40. Laurif, Phillip: *Las drogas*, Alianza, Madrid, 1989.
41. Leiva, M., et all: "Evolución del tráfico de las drogas de diseño",", en L. San, *et all*: *Alucinógenos, la experiencia psicodélica*, Ediciones en Neurociencias, Barcelona, 1996.
42. Lizárraga, I. Factores de Riesgo de Recaída del Drogodependiente. Tesis de Licenciatura. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú. 1997
43. Llorens, N.; Perelló, M. & Palmer, A. Estrategias de Afrontamiento: Factores de Protección en el consumo de Alcohol, Tabaco y Cannabis. *Adicciones* , Lima. 2004.
44. Lorenzo, P.; Ladero, J.; Leza, C. & Lizasoain, I. Drogodependencias. Madrid. Medica Panamericana S.A. España .2003.

45. Mac Graw Hill, Drogodependencia. En: Manual de Psicopatología, Madrid 2002
46. Núñez, L. Guía Básica sobre los Cannabinoides. Madrid. Sociedad Española de investigación sobre Cannabinoides (SEIC). España. 2002.
47. *Organización de las Naciones Unidas. "Las Naciones Unidas y la Fiscalización del uso indebido de drogas"*, Nueva York, 1990.
48. Paidós. Becoña, E. y Vázquez, F. (2001) Heroína, Cocaína y Drogas de Síntesis. Madrid. Síntesis. 1993
49. Paredes, E. (2004) Drogas: psicopatología del uso y abuso y dependencia de sustancias psicoactivas. Lima. Libro Amigo. Perú. 2004.
50. Rodríguez, A. La Psicopatía en la Dependencia a la Pasta Básica de Cocaína vista a través de la escala 4 del inventario Multifacético de la personalidad de Minnesota (MMPI). Un estudio comparativo entre un grupo de pacientes dependientes a la Pasta Básica y un grupo control. Memoria de tesis de Bachiller. Pontificia Universidad Católica del Perú. Perú. 1989
51. Torres, M. Valores Interpersonales en Pacientes Farmacodependientes a la Pasta Básica de Cocaína de la Seguridad Social. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Ricardo Palma. Lima. Perú. 1986.
52. Urbina, Laura: *Primer Manual de Nutrición Consciente*, Grupo Tepozcahuic A.C., México, 1997.
53. Washton, A. M. La adicción a la cocaína. Barcelona. Paidós. España 1995.
54. Weiss, R. D., Mirin, S. M. y Griffin, M. L. Trastornos por abuso y dependencia de drogas y psicopatología. En M. Casas (ed). Trastornos psíquicos en las toxicomanías. pp 19-31. Barcelona. Neurociencias. España. 1992

**Direcciones de Internet:**

1. Bañuls, E. Concepto y evaluación del craving: Aplicaciones en el trastorno por dependencia de cocaína. Psiquiatria.com Disponible en URL: <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/20317/> (recuperado el 11 de diciembre del 2005)
2. Brailowski, Simón: *Las sustancias de los sueños: neuropsicofarmacología*, FCE-CONACYT, México, 1995
3. C. Álamo, F. López-Muñoz, E. Cuenca: "Contribución de los antidepresivos y reguladores del humor al conocimiento de las bases neurobiológicas de

- los trastornos afectivos", *PSIQUIATRIA.COM* - Vol. 2, No. 3, Septiembre 1998.  
[http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num3/art\\_7.htm](http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num3/art_7.htm)
4. Chicharro, J. (2005). Variables indicadoras del tratamiento y evolución en pacientes drogodependientes. Su relación con rasgos de personalidad. *Psicología.com*,  
URL:<http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/150/22518/?++interactivo> (Recuperado el 2 de abril del 2006)
  5. Currie, J. (2001) *Practicas Optimas; Tratamiento y Rehabilitación de la Juventud con Problemas de Consumo de Drogas*. Canada. Focus Consultans para Canada's Drug Strategy Division Health. Canada. Ministerio de Salud. Disponible en URL: [http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt\\_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/drugs-drogués/bp\\_youth-mp\\_jeunes/bp\\_youth-mp\\_jeunes\\_sp.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/drugs-drogués/bp_youth-mp_jeunes/bp_youth-mp_jeunes_sp.pdf) (Recuperado el 6 de Junio del 2006)
  6. Fernández, J., Lorea, I. & López, J (2001) *El Soporte Teórico en los Programas de Deshabitación de Cocaína: Un Modelo Integrador*. Conductas Adictivas, Disponible URL:<http://www.conductasadictivas.org/conductas/html/anteriores/articulos/sopTeoricoDes01.htm> (Recuperado el 3 de febrero del 2006)
  7. LITIO: 18. López Blanco, Myriam "De la euforia a la tristeza", *Salud y medicina*, jueves, 10 de Julio de 1997, España: <http://www.el-mundo.es/salud/Snumeros/97/S255/S255psiquiatria.html>
  8. Mabit M. Jacques: "El cuerpo como instrumento de la iniciación shamánica", internet: <http://www.ayahuasca-wasi.com/>
  9. McClean, Rebecca: *Interview with a drug designer and his wife: Alexander and Ann Shulgin*, Internet: <http://.igubu.saix.net/biz/saconcerts/shul.html>
  10. McLellan (2003) *Tratamiento Contemporáneo del Abuso de Drogas: Análisis de las Pruebas Científicas*. Nueva York. Naciones Unidas Oficina contra la droga y el delito. Disponible en URL: [http://www.unodc.org/pdf/report\\_2002-11-30\\_1\\_es.pdf](http://www.unodc.org/pdf/report_2002-11-30_1_es.pdf) (Recuperado el 6 de febrero del 2006)
  11. Michael Crawford's Story: <http://www.bipolarworld.net/Stories/micraw.html>

12. Miller, Walter S.: "El Tonalamatl mixe y los hongos sagrados", *Espacios*, No. 20, año XIV, ICSH, México, 1996.
13. Ruiz Naupari, Juan: *Autoconocimiento: el verdadero propósito del chamanismo esencial*, [www.mind-surf.net/puerta9b.htm](http://www.mind-surf.net/puerta9b.htm)
14. Tarinas, Joaquim: "Análogos de la ayahuasca", *Revista Cádiz*, Especial 2000, Barcelona, España. *The ayahuasca alien connection*. ([www.deoxy.org/ayalien.htm](http://www.deoxy.org/ayalien.htm))
15. *The Future Synthetic Drugs of Abuse*, DEA, Internet: <http://hyperreal.com/drugarchives.html>
16. *The Spirit of Raving*, Internet: <http://hyperreal.com/raves/spirit/intro.html>
17. Toro Martínez, Esteban: "Tratamiento psiquiátrico del trastorno bipolar", *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, Año XI, vol. 9, N°1, julio de 2000 <http://www.alcmeon.com.ar/9/33/ToroMartinez.htm>
18. Vieta, Eduard, Francesc Colom y Anabel Martínez-Arán: *¿Qué es el trastorno bipolar?*, Barcelona, 2000. [http://fcmfajardo.sld.cu/cev2002/trabajos/10 de octubre/09litio/litio.htm](http://fcmfajardo.sld.cu/cev2002/trabajos/10_de_octubre/09litio/litio.htm)
19. Weiss, Brian: *Muchas vidas, muchos maestros*, Punto de lectura, Madrid, España, 2001.

**INFORMACIÓN, HÁBITOS Y ACTITUDES DE UNIVERSITARIOS RESPECTO A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

**CUESTIONARIO**

**INSTRUCCIONES:** El presente cuestionario tiene el propósito de obtener información de diversos temas y está dirigido a estudiantes de educación superior. Es importante que pienses con cuidado tus respuestas y contestes con la mayor sinceridad, porque lo que escribas es estrictamente confidencial

**MARCA CON UN ASPA SOLO UNA ALTERNATIVA**

**1. DATOS PERSONALES**

**¿Qué carrera estudias?**

- a. Área de Ciencias de la Salud  
b. Área de Ciencias Histórico Sociales  
c. Área de ciencias Jurídico Empresariales  
d. Área de Ingenierías

**2. ¿En qué año ingresaste?**

- a. 2005 o después  
b. 2004  
c. 2003  
d. 2002  
e. 2001 o antes

**3. ¿Qué semestre o año cursas?**

a. II	b. IV	c. VI	d. VIII	e. X a más
-------	-------	-------	---------	------------

**4. Distrito donde vives:**

- a. Cercado Cayma Yanahuara  
b. Miraflores M. Melgar Selva Alegre  
c. JL Bustamante y R. Paucarpata Characato  
d. Sachaca Tiabaya-Hunter – Socabaya  
e. Cerro Colorado – Yura – Uchumayo

**5. Procedencia :**

- a. Arequipa  
b. Tacna-Moquegua  
c. Cusco  
d. Ayacucho  
e. Ica

**6. Sexo:**

- a). Masculino  
b). Femenino

**7. Edad:**

- a. 15- 20  
b. 21-26  
c. 27-32  
d. 33-38  
e. 39-44

**8. Cómo es tu estado de salud en general?**

- a. Excelente  
b. Bueno  
c. Regular  
d. Malo

**9. ¿A qué te dedicas principalmente?**

- a. Sólo a estudiar  
b. A estudiar y trabajar

**10. ¿Con quién vives?**

- a. Sólo  
b. Padres  
c. Familiares  
d. Amigos  
e. Padrinos

**11. ¿Principalmente, qué aspecto te gustaría mejorar en ti mismo?**

- a. Apariencia Física  
b. Mi carácter forma de ser  
c. Relaciones interpersonales  
d. Rendimiento en estudio  
e. Rendimiento en trabajo

**12. ¿Cómo ves tu futuro personal de aquí a 5 años?**

- a. Muy bueno  
b. Bueno  
c. Regular  
d. Malo  
e. Muy malo

**13. Por lo general, ¿Cuál es el mayor problema que tienes habitualmente en tu vida cotidiana?**

- a. Emocional  
b. Familiar  
c. Relación y Comunicación  
d. Económico  
e. Salud

**14. Por lo general, ¿a qué persona en especial prefieres contar tus problemas o sentimientos cuando te sientes mal?**

- a. Padres  
b. Amigos  
c. Profesor  
d. Consejero o tutor  
e. Nadie

**15. ¿Cómo te consideras para resolver los problemas que se te presentan?**

- a. Muy bueno  
b. Bueno  
c. Regular  
d. Malo  
e. Muy malo

**16. Por lo general, ¿a qué te dedicas principalmente cuando tienes tiempo libre?**

- a. Ayudo en casa o hago deporte  
b. Estoy en mi cuarto sólo  
c. Salgo / Converso con mis amigos  
d. Estudio o trabajo  
e. TV/Radio / Internet - Reuniones

**CONSUMO DE TABACO**

**17. ¿A qué edad empezaste a fumar?**

- a. De 9 a 10 años  
b. 11 a 12 años  
c. 13 a 14 años  
d. 15 a 16 años  
e. 17 a 18 años

18. **¿Cuándo fue la última vez que fumaste cigarrillos?**  
 a. Durante la última semana  
 b. Durante los últimos 30 días  
 c. Hace más de un mes pero menos de un año  
 d. Económicos
19. **Por lo general, ¿cuántos cigarrillos fumas por día?**  
 a. Uno a tres  
 b. Cuatro a seis  
 c. De siete a nueve  
 d. De 10 a más  
 e. Ninguno
20. **¿Cuál es el principal motivo por el que fumas cigarrillos?**  
 a. Porque me gusta y relaja  
 b. Porque mis amigos fuman  
 c. Por decepción  
 d. Porque me da seguridad  
 e. No tengo motivos
21. **¿En que ocasiones principalmente fumas cigarrillos?**  
 a. Cuando tengo frío  
 b. Cuando bebo licor  
 c. Cuando tengo problemas  
 d. Cuando estudio  
 e. En ninguna ocasión
22. **¿Qué tipo de problemas te ocasiona fumar cigarrillos?**  
 a. Físicos (malestares)  
 b. Psicológicos  
 c. Rendimiento académico  
 d. Económicos  
 e. Ninguno
23. **¿Quiénes fuman en casa?**  
 a. Padre  
 b. Madre  
 c. Hermanos/as  
 d. Familiares  
 e. Ninguno
- CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS**
24. **¿Qué edad tenías cuando consumiste por primera vez alguna bebida alcohólica?**  
 a. Menor 10 años  
 b. 11 a 12 años  
 c. 12 a 14 años  
 d. 15 a 16 años  
 e. 17 a más
25. **¿Con quién estabas la primera vez que consumiste alguna bebida alcohólica?**  
 a. Sólo  
 b. Con amigos del barrio  
 c. Con familiares cercanos  
 d. Con compañeros de estudio o trabajo  
 e. Nunca he bebido
26. **¿Con qué frecuencia tomas alguna bebida alcohólica?**  
 a. Todos los días  
 b. Algunos días de semana  
 c. Fines de semana  
 d. Fin de mes  
 e. Nunca
27. **¿Cuál es la bebida alcohólica que consumes con más frecuencia?**  
 a. Cerveza Malta  
 b. Ron–Wisky  
 c. Pisco Vino  
 d. Aguardiente/cañazo/yongue  
 e. Ninguna
28. **¿Frecuentemente, dónde acostumbras tomar bebidas alcohólicas?**  
 a. En mi casa  
 b. En la calle, playa, parques  
 c. Alrededor de la Universidad  
 d. En casa de amigos  
 e. En ningún lugar
29. **¿Cuál es el principal motivo por el que tomas bebidas alcohólicas?**  
 a. Para darme valor y dar la contra  
 b. Para sobresalir destacar  
 c. Para olvidar mis problemas  
 d. Para pasarla bien  
 e. No tengo motivos
30. **¿En qué ocasiones principalmente consumes bebidas alcohólicas?**  
 a. Después de clases o cuando no viene el profesor  
 b. Después de exámenes  
 c. Fin de ciclo  
 d. En fiestas de la Universidad  
 e. En ninguna ocasión
31. **¿Qué tipo de problemas te ocasiona el ingerir alcohol?**  
 a. Malestares físicos  
 b. Psicológicos  
 c. Rendimiento académico  
 d. Económicos  
 e. Ninguno problema
- CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**
32. **¿Cuáles de los siguientes tipos de drogas es la más consumida en tu medio?**  
 a. Marihuana  
 b. Inhalantes  
 c. Cocaína  
 d. Extasis  
 e. Anfetaminas
33. **De acuerdo a lo que conoces en tu Universidad, ¿Cómo es el consumo de las drogas?**  
 a. Intenso  
 b. Moderado  
 c. Leve  
 d. No existe  
 e. No sé
34. **¿A qué edad probaste por primera vez algunas de las drogas psicoactivas?**  
 a. Menor 10 años  
 b. 11 a 12 años  
 c. 12 a 14 años  
 d. 15 a 16 años  
 e. 17 a más
35. **¿Cuándo fue la última vez que te ofrecieron alguna droga?**  
 a. Durante la última semana  
 b. Durante los últimos 30 días  
 c. Hace más de un mes pero menos de un año  
 d. Hace más de un año  
 e. Nunca me han ofrecido

36. **¿Cuál fue la motivación principal para probar droga por primera vez?**  
a. Problemas con padres    b. Problemas sentimentales    c. Pasarla bien    d. Curiosidad    e. No tuve motivo
37. **¿Dónde fue la primera vez que probaste droga?**  
a. En casa con amigos    b. En el colegio    c. En la Universidad    d. No probé    e. Sin motivo
38. **¿Si ya utilizas drogas donde te la ofrecen?**  
a. En mi casa en casa de mis amigos    b. Alrededor de la Universidad    c. En el interior de la Universidad  
d. En una reunión social    e. No utilizo drogas
39. **¿Con qué frecuencia consumes las drogas?**  
a. Todos los días    b. Algunos días de la semana    c. Durante los últimos 30 días  
d. Hace más de un año    e. Nunca
40. **¿En qué ocasiones consumes drogas?**  
a. Después de clases    b. Después de exámenes    c. Fin de ciclo  
d. En fiestas de la Universidad    e. Nunca





## MATRIZ DE SISTEMATIZACION

1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Área de Ingenierías	2005 o después	II	Tacna-Moquegua	Masculino	39-44	Excelente	Sólo a estudiar	Padrinos	Apariencia Física	Bueno	Relación y Comunicación	Amigos	Muy Bueno	Ayudo en casa o hago deporte	Menos de 12 años
Área de Ciencias de la Salud	2005 o después	II	Arequipa	Masculino	21-26	Excelente	Sólo a estudiar	Familiares	Relaciones interpersonales	Regular	Familiar	Nadie	Regular	TV/Radio / Internet - Reuniones	No fumo
Área de Ciencias de la Salud	2002	II	Arequipa	Masculino	27-32	Regular	A estudiar y trabajar	Padrinos	Relaciones interpersonales	Regular	Familiar	Padres	Malo	Salgo / Converso con mis amigos	13 a 14 años
Área de Ingenierías	2005 o después	VI	Arequipa	Masculino	21-26	Regular	A estudiar y trabajar	Padres	Rendimiento en estudio	Regular	Emocional	Amigos	Bueno	Estoy en mi cuarto sólo	15 a 16 años
Área de Ingenierías	2001 o antes	X a más	Arequipa	Femenino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Familiares	Relaciones interpersonales	Bueno	Emocional	Nadie	Regular	TV/Radio / Internet - Reuniones	No fumo
Área de Ingenierías	2004	X a más	Arequipa	Femenino	21-26	Excelente	Sólo a estudiar	Padres	Relaciones interpersonales	Regular	Emocional	Amigos	Bueno	Estoy en mi cuarto sólo	17 a 18 años
Área de Ingenierías	2005 o después	II	Arequipa	Femenino	15-20	Excelente	Sólo a estudiar	Padres	Relaciones interpersonales	Bueno	Emocional	Padres	Bueno	Ayudo en casa o hago deporte	17 a 18 años
Área de Ingenierías	2004	X a más	Arequipa	Masculino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Relaciones interpersonales	Bueno	Emocional	Amigos	Bueno	Salgo / Converso con mis amigos	No fumo
Área de Ingenierías	2001 o antes	X a más	Arequipa Tacna-Moquegua	Masculino	21-26	Bueno	A estudiar y trabajar	Padres	Apariencia Física	Bueno	Emocional	Amigos	Regular	Reuniones	No fumo
Área de Ingenierías	2002	X a más	Moquegua	Masculino	21-26	Bueno	A estudiar y trabajar	Padres	Relaciones interpersonales	Bueno	Comunicación	Amigos	Bueno	Salgo / Converso con mis amigos	No fumo
Área de Ciencias Histórico Sociales	2005 o después	IV	Arequipa	Masculino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Relaciones interpersonales	Muy Bueno	Emocional	Amigos	Bueno	Reuniones	No fumo
Área de Ciencias Histórico Sociales	2001 o antes	VIII	Arequipa	Masculino	21-26	Excelente	A estudiar y trabajar	Padres	Apariencia Física	Regular	Emocional	Nadie	Bueno	Estudio o trabajo	13 a 14 años
Área de Ingenierías	2004	X a más	Arequipa	Masculino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Rendimiento en estudio	Bueno	Emocional	Amigos	Regular	Reuniones	15 a 16 años
Área de Ingenierías	2002	VIII	Arequipa	Masculino	21-26	Excelente	Sólo a estudiar	Padres	Rendimiento en estudio	Muy Bueno	Emocional	Amigos	Bueno	Salgo / Converso con mis amigos	15 a 16 años
Área de Ingenierías	2004	X a más	Arequipa Tacna-Moquegua	Femenino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Apariencia Física	Bueno	Emocional	Nadie	Bueno	Reuniones	No fumo
Área de Ingenierías	2005 o después	VI	Moquegua	Masculino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Familiares	Rendimiento en estudio	Bueno	Comunicación	Padres	Bueno	Reuniones	15 a 16 años
Área de Ingenierías	2005 o después	II	Arequipa	Masculino	15-20	Excelente	Sólo a estudiar	Familiares	Relaciones interpersonales	Bueno	Emocional	Nadie	Bueno	Reuniones	No fumo
Área de Ingenierías	2004	VIII	Cusco	Femenino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Relaciones interpersonales	Bueno	Emocional	Nadie	Regular	Reuniones	15 a 16 años
Área de ciencias Jurídico Empresariales	2005 o después	VI	Arequipa	Masculino	15-20	Excelente	Sólo a estudiar	Familiares	Relaciones interpersonales	Regular	Comunicación	Nadie	Malo	Estoy en mi cuarto sólo	No fumo
Área de ciencias Jurídico Empresariales	2005 o después	VI	Arequipa	Masculino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Rendimiento en estudio	Muy Bueno	Emocional	Amigos	Regular	Reuniones	13 a 14 años
Área de Ingenierías	2004	X a más	Arequipa	Masculino	21-26	Bueno	A estudiar y trabajar	Familiares	Rendimiento en estudio	Bueno	Comunicación	Amigos	Bueno	Reuniones	No fumo
Área de Ciencias Histórico Sociales	2005 o después	II	Arequipa	Femenino	15-20	Excelente	Sólo a estudiar	Padres	Relaciones interpersonales	Muy Bueno	Emocional	Nadie	Bueno	TV/Radio / Internet - Reuniones	No fumo
Área de Ciencias de la Salud	2005 o después	IV	Arequipa	Femenino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Rendimiento en estudio	Bueno	Emocional	Padres	Regular	Reuniones	No fumo
Área de ciencias Jurídico Empresariales	2001 o antes	X a más	Arequipa Tacna-Moquegua	Femenino	21-26	Excelente	A estudiar y trabajar	Padres	Relaciones interpersonales	Muy Bueno	Económico	Padres	Bueno	Reuniones	No fumo
Área de Ingenierías	2005 o después	II	Moquegua	Masculino	15-20	Excelente	Sólo a estudiar	Solo	Rendimiento en estudio	Bueno	Emocional	Padres	Bueno	Reuniones	15 a 16 años
Área de Ingenierías	2003	X a más	Arequipa	Masculino	21-26	Bueno	A estudiar y trabajar	Padres	Relaciones interpersonales	Bueno	Comunicación	Amigos	Bueno	Estudio o trabajo	No fumo
Área de Ciencias de la Salud	2005 o después	II	Arequipa	Femenino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Rendimiento en estudio	Bueno	Emocional	Amigos	Regular	Estoy en mi cuarto sólo	No fumo
Área de Ingenierías	2005 o después	II	Cusco Tacna-Moquegua	Masculino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Solo	Relaciones interpersonales	Muy Bueno	Económico	Padres	Bueno	Estoy en mi cuarto sólo	No fumo
Área de Ciencias Histórico Sociales	2003	X a más	Moquegua Tacna-Moquegua	Masculino	21-26	Excelente	A estudiar y trabajar	Solo	Rendimiento en estudio	Bueno	Familiar	Nadie	Bueno	Reuniones	17 a 18 años
Área de ciencias Jurídico Empresariales	2005 o después	VIII	Moquegua	Femenino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Amigos	Apariencia Física	Muy Bueno	Comunicación	Padres	Bueno	Salgo / Converso con mis amigos	No fumo
Área de Ingenierías	2001 o antes	X a más	Arequipa	Masculino	27-32	Bueno	Sólo a estudiar	Familiares	Relaciones interpersonales	Bueno	Económico	Padres	Bueno	Ayudo en casa o hago deporte	15 a 16 años
Área de Ingenierías	2005 o después	VIII	Arequipa	Femenino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Rendimiento en estudio	Regular	Familiar	Nadie	Bueno	Reuniones	No fumo
Área de Ciencias de la Salud	2005 o después	IV	Arequipa	Masculino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Relaciones interpersonales	Regular	Emocional	Amigos	Malo	Estoy en mi cuarto sólo	17 a 18 años
Área de Ciencias de la Salud	2005 o	IV	Arequipa	Masculino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Relaciones interpersonales	Regular	Emocional	Amigos	Malo	Estoy en mi cuarto sólo	17 a 18 años

Área de Ciencias de la Salud	después 2005 o después	VI	Arequipa	Femenino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	ser Rendimiento en estudio	Bueno	Emocional	Amigos	Bueno	TV/Radio / Internet - Reuniones	No fumo
Área de Ingenierías	después 2005 o después	II	Arequipa	Masculino	15-20	Excelente	Sólo a estudiar	Padres	Rendimiento en estudio	Regular	Familiar	Amigos	Muy Bueno	Salgo / Converso con mis amigos	No fumo
Área de ciencias Jurídico Empresariales	después 2005 o después	VIII	Cusco	Femenino	15-20	Bueno	A estudiar y trabajar	Solo	Relaciones interpersonales	Bueno	Emocional	Amigos	Regular	TV/Radio / Internet - Reuniones	13 a 14 años
Área de Ciencias Histórico Sociales	después 2005 o después	VIII	Arequipa	Femenino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Apariencia Física	Bueno	Relación y Comunicación	Amigos	Bueno	TV/Radio / Internet - Reuniones	15 a 16 años
Área de Ingenierías	2004	X a más	Arequipa Tacna-	Masculino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Apariencia Física	Bueno	Económico	Nadie	Regular	Reuniones	15 a 16 años
Área de Ingenierías	2004	X a más	Moquegua	Masculino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Solo	Mi carácter forma de ser	Bueno	Relación y Comunicación	Amigos	Regular	TV/Radio / Internet - Reuniones	17 a 18 años
Área de ciencias Jurídico Empresariales	2003	X a más	Arequipa	Masculino	21-26	Bueno	A estudiar y trabajar	Padres	Apariencia Física	Bueno	Emocional	Amigos	Bueno	TV/Radio / Internet - Reuniones	15 a 16 años
Área de ciencias Jurídico Empresariales	después 2005 o después	II	Arequipa	Femenino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Amigos	Mi carácter forma de ser	Bueno	Emocional	Padres	Regular	TV/Radio / Internet - Reuniones	13 a 14 años
Área de Ciencias de la Salud	después 2005 o después	VI	Arequipa	Femenino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Rendimiento en estudio	Bueno	Relación y Comunicación	Amigos	Bueno	TV/Radio / Internet - Reuniones	No fumo
Área de ciencias Jurídico Empresariales	después 2005 o después	VIII	Arequipa	Masculino	21-26	Excelente	A estudiar y trabajar	Solo	Rendimiento en estudio	Bueno	Económico	Amigos	Regular	Estudio o trabajo	17 a 18 años
Área de Ciencias de la Salud	2001 o antes	VIII	Arequipa	Masculino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Solo	Rendimiento en estudio	Malo	Relación y Comunicación	Nadie	Regular	TV/Radio / Internet - Reuniones	No fumo
Área de Ingenierías	2004	X a más	Arequipa	Femenino	15-20	Bueno	A estudiar y trabajar	Padres	Rendimiento en trabajo	Bueno	Económico	Padres	Bueno	TV/Radio / Internet - Reuniones	17 a 18 años
Área de Ingenierías	2003	X a más	Arequipa	Masculino	21-26	Excelente	A estudiar y trabajar	Padres	Apariencia Física	Bueno	Salud	Nadie	Muy Bueno	TV/Radio / Internet - Reuniones	Menos de 12 años
Área de Ciencias de la Salud	después 2005 o después	VI	Arequipa	Masculino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Rendimiento en estudio	Regular	Familiar	Nadie	Bueno	Salgo / Converso con mis amigos	15 a 16 años
Área de Ingenierías	2003	II	Arequipa	Masculino	21-26	Bueno	A estudiar y trabajar	Solo	Rendimiento en estudio	Bueno	Relación y Comunicación	Nadie	Bueno	TV/Radio / Internet - Reuniones	17 a 18 años
Área de Ciencias de la Salud	después 2005 o después	II	Arequipa	Femenino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Solo	Mi carácter forma de ser	Bueno	Relación y Comunicación	Padres	Bueno	Estudio o trabajo	No fumo
Área de Ciencias de la Salud	después 2005 o después	IV	Arequipa	Masculino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Rendimiento en estudio	Bueno	Salud	Nadie	Bueno	Estoy en mi cuarto sólo	No fumo
Área de Ingenierías	después 2005 o después	VI	Arequipa	Masculino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Mi carácter forma de ser	Bueno	Emocional	Amigos	Bueno	TV/Radio / Internet - Reuniones	No fumo
Área de Ciencias de la Salud	2004	X a más	Arequipa	Masculino	21-26	Excelente	Sólo a estudiar	Padres	Apariencia Física	Bueno	Relación y Comunicación	Amigos	Bueno	Ayudo en casa o hago deporte	17 a 18 años
Área de ciencias Jurídico Empresariales	después 2005 o después	VI	Arequipa	Masculino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Rendimiento en trabajo	Bueno	Económico	Amigos	Bueno	TV/Radio / Internet - Reuniones	15 a 16 años
Área de Ciencias de la Salud	después 2005 o después	II	Arequipa	Femenino	15-20	Regular	Sólo a estudiar	Padres	Rendimiento en estudio	Regular	Relación y Comunicación	Nadie	Malo	TV/Radio / Internet - Reuniones	No fumo
Área de Ingenierías	2004	X a más	Arequipa	Masculino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Rendimiento en estudio	Bueno	Relación y Comunicación	Amigos	Bueno	Salgo / Converso con mis amigos	17 a 18 años
Área de Ingenierías	después 2005 o después	VI	Cusco	Masculino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Solo	Rendimiento en trabajo	Bueno	Económico	Padres	Regular	Estoy en mi cuarto sólo	No fumo
Área de Ingenierías	después 2005 o después	II	Arequipa	Femenino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Mi carácter forma de ser	Bueno	Emocional	Amigos	Bueno	TV/Radio / Internet - Reuniones	13 a 14 años
Área de Ciencias de la Salud	después 2005 o después	VIII	Arequipa	Masculino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Mi carácter forma de ser	Bueno	Emocional	Padres	Bueno	Ayudo en casa o hago deporte	15 a 16 años
Área de Ciencias Histórico Sociales	después 2005 o después	II	Arequipa Tacna-	Femenino	15-20	Excelente	Sólo a estudiar	Padres	Apariencia Física	Bueno	Emocional	Amigos	Regular	TV/Radio / Internet - Reuniones	17 a 18 años
Área de ciencias Jurídico Empresariales	después 2005 o después	VI	Moquegua	Femenino	15-20	Excelente	Sólo a estudiar	Familiares	Apariencia Física	Bueno	Emocional	Amigos	Bueno	Reuniones	No fumo
Área de ciencias Jurídico Empresariales	después 2005 o después	VIII	Cusco	Femenino	21-26	Bueno	A estudiar y trabajar	Padres	Rendimiento en estudio	Bueno	Emocional	Amigos	Bueno	Salgo / Converso con mis amigos	15 a 16 años
Área de Ingenierías	2003	X a más	Ica	Masculino	21-26	Regular	Sólo a estudiar	Familiares	Mi carácter forma de ser	Bueno	Económico	Nadie	Malo	Ayudo en casa o hago deporte	No fumo
Área de Ciencias Histórico Sociales	2003	VIII	Arequipa	Femenino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Apariencia Física	Bueno	Emocional	Amigos	Regular	TV/Radio / Internet - Reuniones	17 a 18 años
Área de Ciencias de la Salud	2001 o antes	X a más	Arequipa	Masculino	21-26	Bueno	A estudiar y trabajar	Padres	Rendimiento en estudio	Regular	Económico	Nadie	Regular	TV/Radio / Internet - Reuniones	17 a 18 años

Área de Ciencias Histórico Sociales	2005 o después	II	Arequipa	Femenino	15-20	Regular	A estudiar y trabajar	Padres	Relaciones interpersonales	Regular	Relación y Comunicación	Amigos	Regular	Ayudo en casa o hago deporte	No fumo
Área de Ingenierías	2005 o después	IV	Arequipa	Masculino	21-26	Bueno	A estudiar y trabajar	Padres	Relaciones interpersonales	Bueno	Relación y Comunicación	Amigos	Bueno	Reuniones	No fumo
Área de Ingenierías	2005 o después	VI	Arequipa	Masculino	21-26	Excelente	Sólo a estudiar	Familiares	Mi carácter forma de ser	Bueno	Relación y Comunicación	Padres	Regular	Reuniones	15 a 16 años
Área de Ingenierías	2005 o después	IV	Arequipa	Masculino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Familiares	Rendimiento en estudio	Bueno	Relación y Comunicación	Amigos	Regular	Ayudo en casa o hago deporte	15 a 16 años
Área de Ciencias de la Salud	2005 o después	VI	Arequipa	Masculino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Rendimiento en estudio	Bueno	Económico	Amigos	Bueno	Reuniones	13 a 14 años
Área de Ingenierías	2005 o después	II	Arequipa	Masculino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Apariencia Física	Bueno	Económico	Amigos	Bueno	Reuniones	No fumo
Área de Ciencias de la Salud	2004	VIII	Arequipa	Femenino	21-26	Regular	Sólo a estudiar	Padres	Apariencia Física	Regular	Emocional	Amigos	Regular	TV/Radio / Internet -	15 a 16 años
Área de Ingenierías	2005 o después	VI	Cusco	Masculino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Solo	Rendimiento en estudio	Bueno	Relación y Comunicación	Padres	Regular	Salgo / Converso con mis amigos	15 a 16 años
Área de Ingenierías	2001 o antes	VI	Cusco	Femenino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Familiares	Rendimiento en estudio	Bueno	Emocional	Padres	Bueno	Ayudo en casa o hago deporte	No fumo
Área de Ingenierías	2005 o después	II	Arequipa	Femenino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Rendimiento en estudio	Bueno	Familiar	Amigos	Bueno	Salgo / Converso con mis amigos	No fumo
Área de Ingenierías	2001 o antes	VIII	Arequipa	Masculino	27-32	Bueno	A estudiar y trabajar	Padres	Rendimiento en estudio	Regular	Económico	Amigos	Regular	Reuniones	17 a 18 años
Área de Ciencias de la Salud	2005 o después	VIII	Arequipa	Masculino	21-26	Excelente	Sólo a estudiar	Padres	Rendimiento en estudio	Bueno	Emocional	Padres	Muy Bueno	Salgo / Converso con mis amigos	No fumo
Área de Ingenierías	2005 o después	II	Arequipa	Masculino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Mi carácter forma de ser	Bueno	Emocional	Padres	Regular	Ayudo en casa o hago deporte	No fumo
Área de Ingenierías	2003	VIII	Arequipa	Masculino	21-26	Bueno	A estudiar y trabajar	Familiares	Rendimiento en estudio	Bueno	Económico	Amigos	Bueno	TV/Radio / Internet -	17 a 18 años
Área de Ciencias de la Salud	2005 o después	VI	Arequipa	Femenino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Rendimiento en estudio	Bueno	Emocional	Padres	Bueno	Reuniones	17 a 18 años
Área de Ingenierías	2001 o antes	X a más	Arequipa	Masculino	21-26	Bueno	A estudiar y trabajar	Padres	Rendimiento en estudio	Bueno	Económico	Amigos	Bueno	Ayudo en casa o hago deporte	15 a 16 años
Área de Ciencias de la Salud	2001 o antes	VIII	Arequipa	Masculino	21-26	Malo	A estudiar y trabajar	Solo	Mi carácter forma de ser	Malo	Emocional	Nadie	Regular	Estoy en mi cuarto sólo	13 a 14 años
Área de ciencias Jurídico Empresariales	2004	X a más	Arequipa	Masculino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Solo	Apariencia Física	Bueno	Familiar	Amigos	Bueno	Ayudo en casa o hago deporte	13 a 14 años
Área de Ciencias de la Salud	2004	VIII	Cusco	Masculino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Solo	Rendimiento en estudio	Regular	Emocional	Amigos	Bueno	Reuniones	17 a 18 años
Área de ciencias Jurídico Empresariales	2005 o después	VI	Arequipa	Masculino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Familiares	Apariencia Física	Bueno	Relación y Comunicación	Amigos	Regular	TV/Radio / Internet -	No fumo
Área de Ciencias de la Salud	2005 o después	II	Arequipa	Femenino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Amigos	Apariencia Física	Bueno	Económico	Amigos	Regular	Reuniones	17 a 18 años
Área de Ingenierías	2005 o después	VI	Tacna-Moquegua	Femenino	21-26	Regular	Sólo a estudiar	Solo	Rendimiento en estudio	Regular	Emocional	Nadie	Regular	TV/Radio / Internet -	17 a 18 años
Área de Ciencias de la Salud	2003	X a más	Cusco	Masculino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Familiares	Apariencia Física	Bueno	Económico	Nadie	Bueno	Salgo / Converso con mis amigos	No fumo
Área de ciencias Jurídico Empresariales	2005 o después	VIII	Arequipa	Masculino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Rendimiento en estudio	Bueno	Salud	Amigos	Bueno	TV/Radio / Internet -	No fumo
Área de Ingenierías	2003	X a más	Arequipa	Masculino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Apariencia Física	Bueno	Familiar	Nadie	Bueno	Reuniones	15 a 16 años
Área de Ciencias de la Salud	2005 o después	II	Arequipa	Masculino	27-32	Excelente	A estudiar y trabajar	Padres	Rendimiento en estudio	Bueno	Familiar	Amigos	Bueno	Ayudo en casa o hago deporte	No fumo
Área de ciencias Jurídico Empresariales	2005 o después	VIII	Arequipa	Femenino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Relaciones interpersonales	Bueno	Emocional	Nadie	Bueno	Estoy en mi cuarto sólo	No fumo
Área de Ciencias de la Salud	2005 o después	II	Arequipa	Femenino	15-20	Bueno	A estudiar y trabajar	Padres	Rendimiento en estudio	Bueno	Emocional	Padres	Regular	Estudio o trabajo	13 a 14 años
Área de ciencias Jurídico Empresariales	2005 o después	VI	Cusco	Femenino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Rendimiento en estudio	Bueno	Relación y Comunicación	Padres	Bueno	Estoy en mi cuarto sólo	No fumo
Área de ciencias Jurídico Empresariales	2005 o después	VI	Arequipa	Masculino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Apariencia Física	Bueno	Emocional	Amigos	Bueno	Salgo / Converso con mis amigos	17 a 18 años
Área de Ingenierías	2005 o después	VIII	Arequipa	Masculino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Familiares	Apariencia Física	Bueno	Salud	Amigos	Bueno	TV/Radio / Internet -	No fumo
Área de Ingenierías	2003	VIII	Tacna-	Masculino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Solo	Rendimiento en estudio	Bueno	Económico	Amigos	Bueno	Reuniones	No fumo

			Moquegua													
Área de Ingenierías	2003	VIII	Arequipa Tacna-Moquegua	Masculino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	estudio Rendimiento en estudio	Muy Bueno	Emocional	Amigos	Bueno	Reuniones Salgo / Converso con mis amigos	13 a 14 años	
Área de Ingenierías	2004	X a más	Arequipa Tacna-Moquegua	Femenino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Familiares	Rendimiento en estudio	Bueno	Emocional	Consejero o tutor	Bueno	Salgo / Converso con mis amigos	17 a 18 años	
Área de Ingenierías	2005 o después	IV	Arequipa	Masculino	21-26	Bueno	A estudiar y trabajar	Solo	Mi carácter forma de ser	Regular	Relación y Comunicación	Nadie	Regular	Estoy en mi cuarto sólo	No fumo	
Área de Ingenierías	2005 o después	IV	Arequipa	Masculino	15-20	Bueno	A estudiar y trabajar	Solo	Rendimiento en estudio	Bueno	Emocional	Padres	Regular	Reuniones TV/Radio / Internet -	No fumo	
Área de Ciencias Histórico Sociales	2003	X a más	Arequipa	Femenino	21-26	Bueno	A estudiar y trabajar	Padres	Apariencia Física	Muy Bueno	Emocional	Amigos	Regular	Reuniones TV/Radio / Internet -	17 a 18 años	
Área de Ingenierías	2005 o después	II	Arequipa Tacna-Moquegua	Femenino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Rendimiento en estudio	Muy Bueno	Emocional	Amigos	Regular	Ayudo en casa o hago deporte	13 a 14 años	
Área de Ingenierías	2005 o después	VI	Arequipa Tacna-Moquegua	Masculino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Solo	Rendimiento en estudio	Bueno	Relación y Comunicación	Amigos	Regular	Salgo / Converso con mis amigos	No fumo	
Área de Ingenierías	2004	VI	Arequipa	Masculino	21-26	Bueno	A estudiar y trabajar	Padres	Rendimiento en estudio	Regular	Relación y Comunicación	Amigos	Bueno	Reuniones Salgo / Converso con mis amigos	15 a 16 años	
Área de ciencias Jurídico Empresariales	2005 o después	VI	Arequipa Tacna-Moquegua	Masculino	21-26	Excelente	A estudiar y trabajar	Padres	Apariencia Física	Muy Bueno	Emocional	Amigos	Regular	Salgo / Converso con mis amigos	15 a 16 años	
Área de ciencias Jurídico Empresariales	2005 o después	IV	Arequipa Tacna-Moquegua	Masculino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Familiares	Rendimiento en estudio	Bueno	Emocional	Amigos	Regular	Salgo / Converso con mis amigos	17 a 18 años	
Área de ciencias Jurídico Empresariales	2005 o después	IV	Arequipa Tacna-Moquegua	Masculino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Familiares	Rendimiento en estudio	Regular	Emocional	Nadie	Regular	Estoy en mi cuarto sólo	No fumo	
Área de Ciencias Histórico Sociales	2003	X a más	Arequipa Tacna-Moquegua	Femenino	21-26	Bueno	A estudiar y trabajar	Padres	Rendimiento en estudio	Bueno	Emocional	Amigos	Regular	Reuniones Salgo / Converso con mis amigos	17 a 18 años	
Área de Ciencias Histórico Sociales	2005 o después	IV	Arequipa Tacna-Moquegua	Femenino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Amigos	Relaciones interpersonales	Regular	Emocional	Nadie	Malo	Salgo / Converso con mis amigos	No fumo	
Área de Ingenierías	2001 o antes	X a más	Arequipa	Masculino	27-32	Excelente	Sólo a estudiar	Padres	Apariencia Física	Bueno	Económico	Nadie	Bueno	Reuniones TV/Radio / Internet -	17 a 18 años	
Área de Ingenierías	2005 o después	II	Arequipa	Masculino	15-20	Excelente	Sólo a estudiar	Padres	Rendimiento en estudio	Muy Bueno	Emocional	Amigos	Bueno	Ayudo en casa o hago deporte	No fumo	
Área de Ciencias de la Salud	2005 o después	VI	Arequipa	Femenino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Rendimiento en estudio	Muy Bueno	Relación y Comunicación	Amigos	Regular	Reuniones TV/Radio / Internet -	15 a 16 años	
Área de Ciencias de la Salud	2005 o después	VIII	Arequipa	Masculino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Mi carácter forma de ser	Bueno	Emocional	Amigos	Bueno	Reuniones TV/Radio / Internet -	No fumo	
Área de Ingenierías	2003	X a más	Arequipa	Masculino	21-26	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Apariencia Física	Bueno	Emocional	Nadie	Bueno	Reuniones TV/Radio / Internet -	15 a 16 años	
Área de Ciencias de la Salud	2005 o después	IV	Arequipa	Femenino	21-26	Bueno	A estudiar y trabajar	Familiares	Rendimiento en estudio	Bueno	Emocional	Amigos	Bueno	Reuniones	13 a 14 años	
Área de Ciencias de la Salud	2005 o después	VI	Arequipa	Femenino	15-20	Excelente	A estudiar y trabajar	Familiares	Rendimiento en estudio	Bueno	Familiar	Nadie	Regular	Estoy en mi cuarto sólo	17 a 18 años	
Área de Ingenierías	2005 o después	IV	Arequipa	Masculino	21-26	Bueno	A estudiar y trabajar	Familiares	Rendimiento en estudio	Muy Bueno	Relación y Comunicación	Amigos	Bueno	Reuniones TV/Radio / Internet -	17 a 18 años	
Área de Ingenierías	2005 o después	IV	Arequipa	Masculino	21-26	Excelente	Sólo a estudiar	Padres	Apariencia Física	Bueno	Emocional	Amigos	Bueno	Reuniones TV/Radio / Internet -	15 a 16 años	
Área de Ingenierías	2005 o después	II	Arequipa	Masculino	21-26	Excelente	A estudiar y trabajar	Familiares	Mi carácter forma de ser	Muy Bueno	Económico	Amigos	Regular	Reuniones TV/Radio / Internet -	No fumo	
Área de Ciencias de la Salud	2001 o antes	II	Arequipa	Masculino	27-32	Bueno	A estudiar y trabajar	Padres	Mi carácter forma de ser	Bueno	Económico	Amigos	Regular	Reuniones TV/Radio / Internet -	17 a 18 años	
Área de Ciencias de la Salud	2005 o después	II	Arequipa	Femenino	15-20	Excelente	Sólo a estudiar	Padres	Rendimiento en estudio	Muy Bueno	Relación y Comunicación	Padres	Bueno	Reuniones TV/Radio / Internet -	No fumo	
Área de Ciencias de la Salud	2005 o después	IV	Arequipa	Masculino	15-20	Bueno	Sólo a estudiar	Padres	Mi carácter forma de ser	Bueno	Emocional	Amigos	Regular	Ayudo en casa o hago deporte	No fumo	
Área de Ciencias Histórico Sociales	2005 o después	II	Arequipa	Femenino	15-20	Excelente	Sólo a estudiar	Solo	Rendimiento en estudio	Muy Bueno	Emocional	Padres	Bueno	Reuniones TV/Radio / Internet -	15 a 16 años	

Nota: La matriz de sistematización completa (data) se adjunta en el CD.



El análisis de los datos se realizó primeramente mediante tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Asimismo para contrastar la comparación de las variables cualitativas según área académica, sexo y edad se realizó la prueba de chi cuadrado de homogeneidad con un nivel de significancia del 5%.

El análisis estadístico para demostrar la asociación estadística entre los factores y el consumo de tabaco, alcohol y las sustancias psicoactivas fue demostrado mediante el estadístico de prueba de chi cuadrado de independencia con un nivel de significancia del 5%.

El procesamiento de la información se realizó a través del software estadístico SPSS versión 15; asimismo, las gráficas fueron elaboradas mediante el Excel de Microsoft Windows para XP.

