



**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

**FACTORES DE RIESGO EN EL INCREMENTO DE CONSUMO DE MARIHUANA EN  
ADOLESCENTES PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO  
QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANCAYO 2021- 2025**

**Línea de investigación:**

Procesos sociales, periodismo y comunicación

Tesis para optar el Título de Segunda Especialidad en Terapia Familiar Sistémica

**Autora**

Huacachi Quispe, Teresita Jesús

**Asesor**

Porras Lavalle, Raúl Ernesto

ORCID 0000-0003-4371-0056

**Jurado**

Valcárcel Aragón, Mario Sabino

Fuentes Pizarro, Carmen del Pilar

Otoya Ramírez, Hilda Rosa

**Lima - Perú**




**2024**



# 26% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

## Fuentes principales

- 26%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 10%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Marcas de integridad

### N.º de alerta de integridad para revisión



#### Texto oculto

0 caracteres sospechosos en N.º de páginas

El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

FACTORES DE RIESGO EN EL INCREMENTO DE CONSUMO DE MARIHUANA  
EN ADOLESCENTES PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE  
CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANCAYO 2021- 2025

**Línea de investigación:**

Procesos sociales, Periodismo y Comunicación

Tesis para optar el Título de Segunda Especialidad en Terapia Familiar Sistémica

**Autora:**

Huacachi Quispe, Teresita Jesús

**Asesor:**

Porras Lavalle, Raúl Ernesto

ORCID 0000-0003-4371-0056

**Jurado:**

Valcárcel Aragón, Mario Sabino

Fuentes Pizarro, Carmen del Pilar

Otoya Ramírez, Hilda Rosa

**Lima – Perú**

**2024**

## ÍNDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>VII</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>VIII</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1. Descripción y formulación del problema .....</b>	<b>9</b>
1.1.1. Problema general.....	12
1.1.2. Problemas específicos .....	12
<b>1.2. Antecedentes .....</b>	<b>12</b>
1.2.1. Internacionales .....	12
1.2.2. Nacional .....	15
<b>1.3. Objetivos.....</b>	<b>17</b>
1.3.1. Objetivo general .....	17
1.3.2. Objetivo específico.....	17
<b>1.4. Justificación.....</b>	<b>18</b>
<b>1.5. Hipótesis .....</b>	<b>19</b>
1.5.1. Hipótesis general .....	19
1.5.2. Hipótesis específica.....	20
<b>II. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1. Bases teóricas y enfoque sobre el tema de investigación.....</b>	<b>21</b>
2.1.1. Teoría general de los sistemas.....	21
2.1.2. Teoría de las interacciones familiares .....	21
2.1.3. Teoría general de las actitudes .....	22
2.1.4. Teoría de Maslow .....	22

2.1.5. Teoría motivacional de la adicción .....	22
<b>2.2. Marco normativo .....</b>	<b>23</b>
<b>2.3. Marco conceptual .....</b>	<b>24</b>
<b>III. MÉTODO .....</b>	<b>26</b>
<b>3.1. Tipo de investigación .....</b>	<b>26</b>
<b>3.2. Ámbito temporal y espacial .....</b>	<b>26</b>
<b>3.3. Variables.....</b>	<b>26</b>
<b>3.4. Población y muestra .....</b>	<b>27</b>
3.4.1. Población.....	27
3.4.2. Muestra.....	27
<b>3.5. Instrumentos .....</b>	<b>27</b>
<b>3.6. Procedimientos.....</b>	<b>28</b>
<b>3.7. Análisis de datos .....</b>	<b>28</b>
<b>3.8. Consideraciones éticas.....</b>	<b>28</b>
<b>IV. RESULTADOS .....</b>	<b>29</b>
<b>4.1. Características de la Provincia de Huancayo.....</b>	<b>29</b>
4.1.1. Ubicación, extensión y población .....	29
4.1.2. Geografía.....	29
4.1.3. Ubicación .....	29

4.1.4.	Clima .....	30
4.1.5.	Población urbana .....	30
4.1.6.	Evolución demográfica .....	30
4.1.7.	Crecimiento urbano .....	31
4.1.8.	Salud.....	31
<b>4.2.</b>	<b>Breve descripción del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel A. Carrión” Huancayo .....</b>	<b>31</b>
4.2.1.	Misión.....	34
4.2.2.	Visión .....	34
4.2.3.	Valores .....	34
4.2.4.	Características del Departamento de Salud Mental del Hospital RDCQ. “Daniel a. Carrión”.....	35
<b>4.3.</b>	<b>Análisis estadístico.....</b>	<b>37</b>
<b>V.</b>	<b>DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>59</b>
<b>VII.</b>	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>63</b>
<b>VIII.</b>	<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>65</b>
<b>IX.</b>	<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>66</b>
<b>X.</b>	<b>ANEXOS .....</b>	<b>70</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Frecuencia de venta de marihuana en el barrio.....	36
Tabla 2	Frecuencia de violencia en el hogar.....	37
Tabla 3	Frecuencia de poner reglas y limites en el hogar y fuera de Él.....	38
Tabla 4	Frecuencia de que el consumo de marihuana crea problemas en el hogar...	39
Tabla 5	Frecuencia de que alguien en el hogar consume marihuana .....	40
Tabla 6	Frecuencia de tomar decisiones propias.....	41
Tabla 7	Frecuencia de que te obligaron a consumir marihuana .....	42
Tabla 8	Frecuencia de exclusión por no consumir marihuana.....	43
Tabla 9	Frecuencia de sentirse mal por consumir marihuana.....	44
Tabla 10	Frecuencia de comunicación con los padres o apoderado.....	45
Tabla 11	Frecuencia de tener miedo a ser juzgados por las personas.....	46
Tabla 12	Frecuencia de pedir ayuda para resolver el consumo de marihuana .....	47
Tabla 13	Frecuencia de darse por vencido fácilmente por tener problemas.....	48
Tabla 14	Prueba de Chi-cuadrado hipótesis específica 1 .....	50
Tabla 15	Tabla cruzada procedencia y consumo.....	51
Tabla 16	Prueba de chi-cuadrado hipótesis específica 2.....	52
Tabla 17	Tabla cruzada presión social y consumo.....	53
Tabla 18	Prueba de chi-cuadrado hipótesis 3.....	54
Tabla19	Prueba de chi-cuadrado hipótesis específica 4.....	56
Tabla 20	Cruzada autoestima y consumo.....	57

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Frecuencia de venta de marihuana en el barrio.....	36
Figura 2	Frecuencia de violencia en el hogar.....	37
Figura 3	Frecuencia de poner reglas y limites en el hogar y fuera de Él.....	38
Figura 4	Frecuencia de que el consumo de marihuana crea problemas en el hogar..	39
Figura 5	Frecuencia de que alguien en el hogar consume marihuana .....	40
Figura 6	Frecuencia de tomar decisiones propias.....	41
Figura 7	Frecuencia de que te obligaron a consumir marihuana.....	42
Figura 8	Frecuencia de exclusión por no consumir marihuana.....	43
Figura 9	Frecuencia de sentirse mal por consumir marihuana.....	44
Figura 10	Frecuencia de comunicación con los padres o apoderado.....	45
Figura 11	Frecuencia de tener miedo a ser juzgados por las personas.....	46
Figura 12	Frecuencia de pedir ayuda para resolver el consumo de marihuana .....	47
Figura 13	Frecuencia de darse por vencido fácilmente por tener problemas .....	48
Figura 14	Prueba de Chi-cuadrado hipótesis específica 1.....	50
Figura 15	Tabla cruzada procedencia y consumo.....	51
Figura 16	Prueba de chi-cuadrado hipótesis específica 2.....	52
Figura 17	Tabla cruzada presión social y consumo .....	53
Figura 18	Prueba de chi-cuadrado hipótesis 3.....	54
Figura 19	Prueba de chi-cuadrado hipótesis específica 4.....	56
Figura 20	Cruzada autoestima y consumo.....	57



## RESUMEN

El estudio actual se llevó a cabo con el fin de evaluar los factores de riesgo asociados al incremento del consumo de marihuana en adolescentes que son pacientes del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo en el periodo 2020-2025. Método: Según el enfoque, el estudio fue básico; de acuerdo al nivel, fue descriptivo; y el diseño fue descriptivo simple. La población estuvo compuesta por adolescentes de 13 a 19 años que consumen marihuana y acuden al hospital, y el tamaño de la muestra incluyó a 20 adolescentes de 13 a 19 años que consumen marihuana y reciben tratamiento en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo durante el año 2021. Para la recolección de datos, se utilizó la técnica de la entrevista y se empleó un cuestionario como instrumento para identificar los factores de riesgo que influyen en el consumo de marihuana. Los resultados mostraron que el 50% y el 30% de los encuestados indicaron la presencia de consumidores de marihuana en su entorno familiar. En conclusión, se confirma la existencia de una relación entre el consumo y los factores de riesgo. Se encontró que un 70% a veces venden marihuana en su barrio, el 25 % afirma que siempre venden marihuana en su barrio y 5% nunca, finalmente afirmamos que existe asociación significativa entre el consumo y hogar procedencia ( $\chi^2$  0,028); el consumo y presión social ( $\chi^2$  0,006); el consumo y abandono moral ( $\chi^2$  0,012) y; consumo y autoestima ( $\chi^2$  0,028).

*Palabras Clave:* consumo de marihuana, funcionalidad familiar, presión social, abandono moral, autoestima.

## ABSTRACT

The current study was conducted with the aim of evaluating the risk factors associated with the increase in marijuana use among adolescents who are patients at the Daniel Alcides Carrión Clinical Surgical Teaching Regional Hospital in Huancayo during the period 2020-2025. Method: According to the approach, the study was basic; according to the level, it was descriptive; and the design was simple descriptive. The population consisted of adolescents aged 13 to 19 years who use marijuana and attend the hospital, and the sample size included 20 adolescents aged 13 to 19 years who use marijuana and receive treatment at the Daniel Alcides Carrión Clinical Surgical Teaching Regional Hospital in Huancayo during the year 2021. For data collection, the interview technique was used, and a questionnaire was employed as an instrument to identify the risk factors influencing marijuana use. The results showed that 50% and 30% of the respondents indicated the presence of marijuana users in their family environment. In conclusion, the existence of a relationship between use and risk factors is confirmed. Additionally, it was found that 70% sometimes sell marijuana in their neighborhood, 25% claim that marijuana is always sold in their neighborhood, and 5% never. Finally, we confirm that there is a significant association between use and household of origin ( $\chi^2$  0.028); use and social pressure ( $\chi^2$  0.006); use and moral abandonment ( $\chi^2$  0.012); and use and self-esteem ( $\chi^2$  0.028).

*Keywords:* marijuana use, family functionality, social pressure, moral abandonment, self-esteem.

## I. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Descripción y formulación del problema

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas - ONU (2021), existen informes globales sobre el uso de drogas que indican que la prevalencia anual del consumo de cannabis a nivel mundial se sitúa entre el 5 y el 6%, afectando principalmente a la población a partir de los 14 años, con un cálculo de más de 238 millones de consumidores en el año 2021 (ONU, 2022).

Norteamérica presenta la mayor tasa de consumo, manteniéndose en un 5% en las últimas dos décadas. De manera similar, en Centroamérica, la tasa es cercana al 2.5%. Por otro lado, en Sudamérica, se ha observado una disminución en el consumo durante la última década, reduciéndose del 4% al 2.5% en los últimos 10 años (Méndez et al., 2021) También se puede apreciar que, en Europa, en la última década se ha registrado un incremento en la tasa de prevalencia de familias monoparentales, llegando al 16%, siendo el divorcio la causa principal de la monoparentalidad. Entre los países con las tasas más altas de monoparentalidad se encuentran el Reino Unido con un 24% y Finlandia con un 20% (Fondo de investigación de protección social –[FIPS], 2019)

Asimismo, podemos apreciar que, en nuestro país, en Perú, la tasa de consumo de marihuana entre adolescentes fue del 9%, siendo mayor en los hombres con un 9.5%, mientras que en las mujeres alcanzó el 6%. El inicio del consumo generalmente ocurre en la adolescencia, con un promedio de 15 años (Bueno et al., 2018)

Las estadísticas nos muestran una alta tasa de mortalidad corresponden a las drogas ilícitas, en algunas oportunidades estos adolescentes corren el riesgo de perder la libertad porque están insertos en distintos actos delictivos y así mismo al intentar cambio de vida no

son aceptados por empleos perdiendo oportunidades, de otro lado tienen alta tasa de contraer enfermedades mentales y abandono del sistema educativo.

De acuerdo con la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA, 2019), el consumo de drogas constituye un problema de alcance global que necesita ser entendido y abordado sobre la base de investigaciones científicas. Esto es particularmente relevante para la población adolescente, que requiere una atención prioritaria en nuestras políticas y acciones.

La información obtenida sobre el consumo de drogas ilícitas señala que este consumo se concentra en grupos juveniles y adultos, comprendidos entre 17 y 30 años, se observa que la marihuana es la sustancia ilegal más consumida, con una prevalencia del (5,8%) seguida por la pasta básica de cocaína (2,1%), los inhalantes y el clorhidrato de cocaína (1%), comprendidos entre 17 y 30 años, y que la marihuana es la droga ilícita con la más alta prevalencia de consumo (5,8%) seguida de la pasta básica de cocaína (2,1%), los inhalantes y el clorhidrato de cocaína (1%) (DEVIDA, 2019).

Por otro lado, el Instituto Nacional de Estadística e Investigación - INEI observó en la ciudad de Huancayo el fácil acceso a las drogas ilegales que están fabricadas de manera artesanal y están muy cerca a los jóvenes. Toda vez que en los últimos años o décadas el consumo de sustancia en jóvenes en el medio local se ha incrementado, debido a la fácil accesibilidad y disponibilidad tal es el caso en la ciudad de Huancayo la población de 13 a 16 años está registrando un consumo perjudicial de marihuana (INEI, 2023)

De modo que, las estadísticas nos muestran una alta tasa de mortalidad corresponden a las drogas ilícitas, en algunas oportunidades estos adolescentes corren el riesgo de perder la libertad porque están insertos en distintos actos delictivos y así mismo al intentar cambio

de vida no son aceptados por empleos perdiendo oportunidades, de otro lado tienen alta tasa de contraer enfermedades mentales y abandono del sistema educativo.

Por tal motivo, podemos apreciar que la procedencia de la mayoría de los adolescentes es de hogares disfuncionales a lo que se suma el entorno donde prima la delincuencia, actos vandálicos, la mayoría de los adolescentes presentan baja autoestima, sufriendo abandono moral y material de su contexto, carecen de un proyecto de vida.

En este contexto, es inquietante notar que la edad de inicio en el uso de sustancias está en ascenso, especialmente durante la pandemia actual. Por lo tanto, es crucial comprender que el consumo de drogas es un desafío social significativo que requiere evaluaciones periódicas para implementar medidas preventivas más efectivas desde los distintos ámbitos gubernamentales y comunitarios.

Por consiguiente, nuestra investigación permitirá que la información obtenida que serán valiosos para los líderes y expertos del hospital, así como para las entidades gubernamentales y no gubernamentales, en sus labores de planificación e intervención para beneficiar a los jóvenes de Huancayo.

Por ende, con el compromiso de reducir los riesgos asociados al aumento del consumo de marihuana en adolescentes mediante la implementación de programas de intervención individual y familiar disponibles en el departamento de salud mental del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, llevaré a cabo este estudio, formulando preguntas principales y secundarias.

### ***1.1.1. Problema general***

Identificar los elementos que contribuyen al aumento del uso de marihuana entre adolescentes atendidos en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2021-2025

### ***1.1.2. Problemas específicos***

¿Cómo se relaciona el entorno familiar con el consumo de marihuana?

¿De qué manera afecta la influencia social al consumo de marihuana entre adolescentes?

¿Cuál es el impacto del deterioro ético en el consumo de marihuana entre adolescentes?

¿Qué papel juega la autoestima en el consumo de marihuana entre adolescentes?

## **1.2. Antecedentes**

### ***1.2.1. Internacionales***

El estudio realizado por Tirado et al. (2009) tuvo como objetivo determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados al consumo y la dependencia de drogas entre estudiantes de una universidad colombiana. Utilizaron un método deductivo-inductivo con un enfoque cuantitativo, nivel básico y diseño descriptivo simple. La población y muestra consideradas fueron 1264 estudiantes, utilizando un instrumento validado para Colombia en la detección del uso de drogas.

Los resultados revelaron una prevalencia del 41,8%, siendo la marihuana la droga más consumida con un 36,3%, y una tasa de dependencia del 2%. Concluyeron que los factores de riesgo identificados incluyen déficit de atención con hiperactividad, depresión, ansiedad y la influencia de pares, docentes o familiares. Además, tener un proyecto de vida

definido a mediano plazo se identificó como un factor protector contra el consumo y la dependencia de drogas.

Espinel et al. (2015) realizaron un estudio titulado "Factores de riesgo que influyen en el consumo de drogas ilícitas en jóvenes", utilizando una metodología descriptiva aplicada a jóvenes de edades comprendidas entre 12 y 18 años. Emplearon encuestas como herramienta de medición para identificar los factores que predisponen al consumo de drogas ilícitas en este grupo.

Los resultados mostraron que el 88% de los jóvenes encuestados tenían conocimiento sobre las drogas ilícitas, lo cual es alentador ya que la mayoría no son fácilmente influenciados. No obstante, el 12% restante demostró un entendimiento limitado sobre este tema, lo que los hace vulnerables ante situaciones de consumo o venta de drogas ilícitas. Los autores concluyeron que el consumo de drogas en los jóvenes está directamente relacionado con la búsqueda activa de su identidad, lo que los impulsa a experimentar con estas sustancias y refuerza los factores de riesgo, complicando las estrategias de intervención.

Llor y Tigua (2015) llevaron a cabo un análisis descriptivo sobre los factores que inciden en el consumo de sustancias psicotrópicas entre adolescentes de 13 a 14 años en el Colegio Vicente Rocafuerte durante los años 2014-2015. Utilizaron un enfoque científico en una investigación de tipo no experimental, nivel aplicado y diseño descriptivo simple. La muestra consistió en 100 estudiantes de 8° y 9° grado seleccionados de manera aleatoria.

Se emplearon encuestas y entrevistas como técnicas de recolección de datos. Los resultados encontrados revelaron que los factores socioculturales, como la fácil disponibilidad de drogas y alcohol, fueron mencionados por el 50% de los participantes como influyentes en el uso de sustancias psicotrópicas. En cuanto a los factores familiares,

el 45% señaló experiencias de maltrato y violencia intrafamiliar, mientras que un 25% mencionó la falta de comunicación adecuada y expresiones afectivas. Respecto a los factores individuales, el 60% atribuyó el consumo al deseo de independencia, y el 70% de los factores psicológicos se relacionaron con la búsqueda de atención.

En conclusión, estos hallazgos subrayan la complejidad de los factores que influyen en el consumo de sustancias psicotrópicas entre adolescentes, destacando la necesidad de estrategias de intervención que aborden tanto los aspectos individuales como los contextuales.

Calisaya (2018) investigó los factores de riesgo y protección frente al consumo de drogas entre jóvenes en el municipio de La Paz, Bolivia. Utilizó grupos focales compuestos por jóvenes de 18 a 25 años para evaluar estos aspectos.

Los hallazgos revelaron que el entorno juega un papel crucial como factor de riesgo para el consumo y abuso de drogas, especialmente cuando existen normas permisivas o incumplimiento de las mismas respecto a la prohibición de drogas, junto con la facilidad de acceso y la presencia de estas sustancias. Además, se encontró que el modelo permisivo y los patrones de consumo de los padres representan un riesgo significativo en el ámbito familiar.

A nivel personal, factores como la presión del grupo, la experimentación a una edad temprana y la curiosidad fueron identificados como influyentes en el consumo de sustancias.

En conclusión, este estudio subraya la importancia de abordar tanto los factores contextuales como los personales al desarrollar estrategias efectivas para prevenir y mitigar el consumo de drogas entre los jóvenes.

Barragán (2010) encontró que los factores de disfuncionalidades familiares y el uso del tiempo libre son los más significativos en el inicio temprano del consumo de sustancias



ilícitas, con un 27%. Le siguen los factores de presión de grupos de amigos, con un 26%, y los factores de autoafirmación social, con un 20%.

### ***1.2.2. Nacional***

Gutiérrez (2015) llevó a cabo una investigación descriptiva no experimental sobre el "Nivel de conocimiento acerca del consumo de drogas en jóvenes estudiantes de una universidad en Lima Metropolitana". Utilizó una encuesta con preguntas cerradas dicotómicas aplicadas a 25 estudiantes.

Los resultados mostraron que el 76% de los encuestados tenían conocimiento sobre los riesgos asociados al consumo de drogas, mientras que el 24% restante manifestó no tener ningún conocimiento al respecto.

Perea (2004), en su investigación sobre la concertación multisectorial en la lucha contra las drogas, destaca que el consumo de drogas ilícitas está concentrado en grupos juveniles y adultos. Según sus estimaciones, el 9,9% de los jóvenes entre 17 y 19 años y el 5,5% de los adultos de 20 a 30 años han consumido marihuana en los últimos años. Además, señala que la marihuana tiene la prevalencia más alta de consumo (5,8%), seguida por la pasta básica de cocaína (2,1%), inhalantes y clorhidrato de cocaína (ambos con un 1,8%).

Perea también observa que el patrón de consumo de drogas ilícitas es menor en mujeres en comparación con los hombres.

En su estudio descriptivo no experimental sobre los factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa José Olaya Balandra en La Perla-Callao, Falcón (2019) aplicó una encuesta a 273 adolescentes. Los resultados indicaron que el nivel de factores de riesgo para el consumo entre los adolescentes es moderado, afectando al 50% de los encuestados. Estos factores incluyen riesgos

personales, sociales, económicos y culturales que podrían predisponerlos a desarrollar conductas nocivas para sí mismos y para otros, como el inicio en el consumo de sustancias psicoactivas.

Ramírez (2017) realizó una investigación descriptiva simple con un diseño no experimental de corte transversal, enfocada en 185 adolescentes del distrito de La Victoria. La muestra incluyó a 125 estudiantes de colegios locales, a quienes se les aplicó un cuestionario adaptado por Peñafiel en 2009 para medir los factores de riesgo asociados al consumo de sustancias.

Los hallazgos revelaron que los adolescentes en este distrito enfrentan un nivel moderado de factores de riesgo individuales relacionados con el consumo de drogas. Se destacó la vulnerabilidad de aquellos con ausencia de valores y entornos familiares disfuncionales, así como la fácil accesibilidad a las drogas debido a la microcomercialización en la zona.

El incremento de consumo de marihuana en adolescentes en Huancayo se evidencia el inicio de consumo desde los 13 años de edad, los cuales llegan al Hospital para la evaluación terapias de forma obligada por sus progenitores o docentes de los centros educativos, asistiendo algunos de forma irregular sin contar con el compromiso de sus progenitores, lo que no permite la culminación de las terapias y en consecuencia prosigues consumiendo. Por lo que es importante esta investigación entre los antecedentes de investigación tenemos:

Lengua (2017) destacó que las relaciones cotidianas conflictivas, que incluyen situaciones de violencia psicológica y física, pueden ser un factor desencadenante para que las personas adultas, especialmente los adolescentes que son más vulnerables, recurran al

consumo de sustancias adictivas como la marihuana, cocaína o fármacos antidepresivos. Esto puede servirles como una manera momentánea de evadir y olvidar la realidad.

Pons y Buelga (1994) resaltan la influencia de la familia como uno de los factores de riesgo más recurrentemente mencionados en investigaciones sobre adicciones. Se focalizan en problemas relacionados con el clima familiar y el consumo de sustancias adictivas por parte de padres e hijos. Su objetivo fue explorar la relación entre estas variables, utilizando una muestra que incluyó 196 clases de drogas disponibles en el mercado local, entre las cuales se destacan las bebidas alcohólicas como una de las más comercializadas.

### **1.3. Objetivos**

#### ***1.3.1. Objetivo general***

Examinar los elementos de riesgo que contribuyen al aumento del uso de marihuana en pacientes del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico - Daniel Alcides Carrión de Huancayo durante el período 2021-2025.

#### ***1.3.2. Objetivo específico***

- Explorar la correlación entre el entorno familiar de origen y el aumento en el consumo de marihuana.
- Demostrar la influencia de la presión social en el incremento de consumo de marihuana.
- Identificar la influencia del abandono moral en el incremento de consumo de marihuana.
- Identificar la influencia de la autoestima en el incremento de consumo de marihuana.

#### **1.4. Justificación**

Actualmente, son escasos los estudios sistemáticos que abordan los factores de riesgo que contribuyen al aumento del consumo de marihuana en adolescentes. Estos estudios sugieren que elementos familiares, escolares y del grupo de pares pueden influir en la disposición de los adolescentes a asumir riesgos durante esta etapa crucial del desarrollo. Existe también una extensa literatura que vincula aspectos individuales o de personalidad, como la búsqueda de sensaciones y la autoimagen, con estos comportamientos de riesgo.

En la actualidad, existe un problema significativo de consumo de drogas psicoactivas entre los adolescentes que asisten a colegios y universidades en la ciudad de Huancayo. Por esta razón, es imperativo llevar a cabo esta investigación con el fin de proponer actividades preventivas y promocionales en sectores específicos de la sociedad. El objetivo es reducir el consumo de drogas a una edad temprana.

Los hallazgos obtenidos en la investigación serán de vital importancia para empezar a intervenir de forma efectiva, con acciones que busquen como resultado final el reducir aquellos elementos de riesgo que llevan a los adolescentes al consumo de marihuana u otras sustancias psicoactivas, especialmente para aquellas personas o instituciones que se encuentran a cargo de adolescentes con la finalidad de diseñar un plan de intervención breve y efectivo para la rehabilitación de los pacientes adictos a marihuana y mejorar los vínculos afectivos con sus padres y demás integrantes de la familia y la sociedad.

Los nuevos conocimientos que se obtengan a partir de la información generada en esta investigación podrán servir como fundamento teórico para realizar nuevas investigaciones, que tengan como objetivo ampliar las teorías respecto a cómo el consumo de marihuana se genera a partir de factores que pueden ser abordados por los profesionales que buscan solucionar y erradicar este problema social, que afecta directamente a la

población juvenil. Asimismo, estos aportes ayudarían a identificar los puntos clave que deben considerarse para implementar acciones que contribuyan a mitigar esta problemática en la ciudad de Huancayo.

En este trabajo de investigación se emplearán métodos, procedimientos, técnicas e instrumentos validados con rigurosidad científica, asegurando un nivel de confiabilidad adecuado para su aplicación. Esto permite prever que, en futuros estudios, puedan ser eficaces y eventualmente estandarizados, representando así una contribución importante en esta área de investigación.

Metodológicamente el estudio se llevó a cabo con el objetivo de investigar la relación entre los factores de riesgo y el aumento del consumo de marihuana en pacientes adolescentes del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo 2021-2025, por lo que los resultados servirán para diseñar plan de intervención breve y efectivo para la rehabilitación de los pacientes adictos a marihuana y mejorar la situación familiar y mejorar la relación interpersonal, familia y sociedad. Esta investigación tiene el propósito de proponer programas de intervención individual y familiar, en dicho hospital, que es de rehabilitación en coordinación intersectorial salud educación, poder judicial, DEVIDA y otros.

## **1.5. Hipótesis**

### ***1.5.1. Hipótesis general***

Los factores de riesgo que influyen en el consumo de marihuana son el hogar de procedencia, presión social, abandono moral, autoestima en adolescentes pacientes del Hospital Carrión.

### ***1.5.2. Hipótesis específica***

- Existe asociación entre El hogar de procedencia y el consumo de marihuana en los en adolescentes pacientes del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo (2021-2025).
- La presión social influye significativamente en el consumo de drogas en adolescentes pacientes del Hospital (2021-2025).
- El abandono moral influye en el consumo de marihuana en adolescentes pacientes del Hospital (2021-2025).
- La autoestima influye en el consumo de marihuana en adolescentes pacientes del Hospital (2021-2025).

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Bases teóricas y enfoque sobre el tema de investigación

#### 2.1.1. *Teoría general de los sistemas*

Está vinculado al trabajo de Ludwig von Bertalanffy, un biólogo alemán. En los años 1920, surgió la Teoría General de Sistemas, que describe un conjunto de elementos interrelacionados que cumplen una o varias funciones y experimentan frecuentes cambios de estado. Estos elementos mantienen una relación con su entorno, de modo que cualquier cambio repentino en el entorno puede afectar el equilibrio del sistema y romper las relaciones establecidas entre ellos (Bertalanffy, 1951).

El siguiente fenómeno observable es la totalidad donde hay interacciones familiares y sociales cada uno con su conducta, no se considera de forma aislada, sino como todo un sistema dentro de sus interacciones dinámicas, este proceso también llamado circularidad, donde todos los elementos están interconectados entre sí, por medio de la información y comunicación, entonces se podría entender que las conductas de cada integrante de la familia influye de una manera compleja entre sí, como causa y efecto.

#### 2.1.2. *Teoría de las interacciones familiares*

Se trata de la interacción familiar y de la red interactiva que constituye. Se enfoca especialmente en las interacciones tríadicas, clasificadas según el énfasis puesto en el aspecto comunicacional, el aspecto vincular, o en los procesos psíquicos implicados en ellas (Fairlie & Frisancho, 1998).

Según Watzlawick (1973) nos señala que las interacciones familiares están relacionadas con el funcionamiento familiar, el cual se encuentra normado en el

cumplimiento de normas y reglas de convivencia fijados de mutuo acuerdo entre las partes, y que cualquiera de las partes debe respetar para continuar con sus acuerdos de forma armónica (p. 137).

### ***2.1.3. Teoría general de las actitudes***

Según Secord y Backman (1964) la actitud viene hacer aquella regularidad de pensamientos, predisposiciones y sentimientos de una persona para poder actuar hacia algún aspecto de su entorno.

La actitud es la predisposición que tiene una persona para responder de manera consciente de forma desfavorable o favorable hacia un objeto de actitud (Fishbein & Ajzen, 1975). El análisis de las actitudes representa una valiosa contribución para explorar, entender y comparar el comportamiento humano. Este enfoque se centra en resaltar la función educativa de la familia en el desarrollo moral, tanto a nivel individual como social (Briñol, et al. 2022).

### ***2.1.4. Teoría de Maslow***

Según Maslow (1970), quien fue un precursor de la psicología humanista, la autoestima se sitúa en el marco de la teoría de la autorrealización. Sostiene que cada individuo posee una naturaleza interna y menciona una jerarquía de necesidades humanas que incluye la vida, la inmunidad, la seguridad, el sentido de pertenencia, el afecto, el respeto, la autoestima y la autorrealización.

### ***2.1.5. Teoría motivacional de la adicción***

Koob y Le Moal (1997) presentan una de las teorías más ampliamente aceptadas hoy en día para explicar el inicio y la perpetuación de la adicción a las drogas de abuso: la teoría



de la espiral de desregulación del sistema de recompensa cerebral. Esta teoría sugiere que el desarrollo de una adicción implica una adaptación en la capacidad del cerebro para mantener la estabilidad frente a cambios en los sistemas motivacionales, explicando así los cambios asociados con este proceso.

Según este modelo, en la espiral del proceso adictivo existen 3 componentes principales: la preocupación por obtener la droga, la intoxicación o efecto agudo de la droga, y la abstinencia asociada a un estado emocional negativo (Koob y Le Moal, 1997)

## **2.2. Marco normativo**

La Norma Técnica de Salud para la atención integral de salud de los adolescentes, aprobada como NTS N° 157-MINSA/2019/gdiesp, tiene como objetivo actualizar los criterios técnicos y administrativos para la atención integral de salud de los adolescentes en Perú, cuyas edades van desde los 12 años hasta los 17 años 11 meses y 29 días. Esta normativa se aplica en todos los establecimientos de salud y aborda temas educativos como la prevención del consumo de tabaco, alcohol, drogas ilícitas y ludopatía. Además, incluye intervenciones preventivas dirigidas a adolescentes en riesgo de problemas psicosociales como depresión, ansiedad, intento de suicidio, psicosis, pandillaje, entre otros relacionados con el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas (Ministerio de Salud [Minsa], 2019)

En 2021, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables aprobó el Código del Niño y Adolescente mediante la ley N° 23337. Este código establece que el procedimiento de investigación tutelar se realiza en el ámbito administrativo bajo la responsabilidad del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (Mimdes), a través del Inabif en Lima, y bajo la jurisdicción del poder judicial en otras regiones del país. Se ha llevado a cabo un análisis de la normativa vigente y su implementación, junto con la revisión de expedientes recopilados en Lima, Cusco y Loreto. Este análisis destaca que el abandono de niños, niñas y

adolescentes constituye una situación en la que se han vulnerado muchos de sus derechos fundamentales, los cuales deben ser restituidos con la mayor prontitud posible.

Este enfoque sostiene que la intervención psicosocial dirigida a revertir la situación de abandono debe convertirse en un objetivo central de las políticas públicas de protección de la infancia y la adolescencia. Esto implica superar la visión tradicional benéfico-asistencialista, que no define claramente responsabilidades individuales, sociales ni estatales en la implementación de políticas públicas de protección infantil y adolescencia (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables-[MIMP], 2021).

### 2.3. Marco conceptual

- **Factores de riesgo:** se refieren a características o atributos individuales, familiares o sociales que facilitan o incrementan el consumo de sustancias psicoactivas (Sedano, 1999).
- **Factores de riesgo a nivel del individuo:** Se hacen referencia a atributos de personalidad como inseguridad, timidez, impulsividad y dificultades en la interacción social, así como a factores genéticos y biográficos como crisis personales, separación, pérdida o duelo. También se incluyen creencias y actitudes que favorecen el consumo de drogas, un desarrollo limitado de habilidades sociales e interpersonales, y la dificultad para resistir las presiones del grupo de amigos que consumen drogas (Navarro, 2008).
- **Consumo:** Correcto, la palabra "consumo" proviene del verbo "consumir", que a su vez tiene su origen en el latín "consumere". Este verbo está compuesto por el prefijo "con-" (que significa "juntamente", "globalmente" o "del todo") y el verbo "sumere" (que significa "tomar" o "asumir"). Por lo tanto, "consumo" se refiere a la acción y efecto de tomar o utilizar algo completamente (Alonso, 1999).

- **Hogar de procedencia:** Según el (INEI, 2015), se refiere al lugar de donde una persona habita y desarrolla su vida.
- **Presión social:** La influencia entre amigos y compañeros es fundamental para entender cómo comienza el consumo de drogas. Desde la perspectiva de "no pasa nada, solo Pruébalo", se crea un entorno social que minimiza los potenciales efectos devastadores del consumo de drogas (Martínez et al., 2020).
- **Abandono moral:** Entrega de una persona a un estado de ánimo determinado, intenso, o a algo que domina su voluntad (Fuentes & Morales, 2015).
- **Moral:** se define como el conjunto de reglas que surgen de manera individual o grupal y que regulan los actos de la vida cotidiana de los ciudadanos. Estas normas orientan a cada individuo, influyendo en sus acciones y en sus juicios sobre lo que es moral o inmoral, correcto o incorrecto, bueno o malo (Palacios, 2009)
- **Autoestima:** se define como la valoración, percepción o juicio positivo o negativo que una persona realiza sobre sí misma, basándose en la evaluación de sus pensamientos, sentimientos y experiencias (Rice, 2000).

### **III. MÉTODO**

#### **3.1. Tipo de investigación**

Por su finalidad: Es una investigación básica, toda vez que el interés es teórico. Por qué en nuestro estudio se describen los factores de riesgo en el incremento de consumo de marihuana en adolescentes, asimismo se buscó mejorar el cambio de actitudes, asumiendo las intervenciones familiar e individual.

Por su alcance temporal: Esta investigación es longitudinal prospectivo de tendencia, porque el estudio se dará del 2021 al 2025.

Por su profundidad, es correlación, porque las variables están asociadas mediante un patrón predecible para un grupo de personas que acuden al hospital. Tal como lo indica Hernández y Mendoza (2018) señalan que una investigación descriptiva correlacional, es aquella que no se realizan manipulación de variables, ya que se encuentran orientados a describir de forma detallada el comportamiento de las variables (Hernández y Mendoza, 2018) Por su carácter es mixta cuantitativa y cualitativo.

#### **3.2. Ámbito temporal y espacial**

Para el estudio de la investigación por su naturaleza temporal desde el 2021 al 2025. La investigación examina el factor de riesgo asociado al aumento del uso de cannabis en adolescentes de 13 a 19 años que son atendidos en el centro hospitalario de Huancayo.

#### **3.3. Variables**

Variable independiente

- Factores que aumentan el riesgo de consumir marihuana.

Variable dependiente

a- Lugar de procedencia

b- Presión social

c- Abandono moral

d- Autoestima

### **3.4. Población y muestra**

#### ***3.4.1. Población***

Pacientes Adolescentes de 13 a 19 años que consumen marihuana y acuden al hospital.

#### ***3.4.2. Muestra***

Pacientes adolescentes de 13 a 19 años que consumen marihuana y acuden al Hospital “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo durante el 2021 de agosto a diciembre (20 adolescentes).

### **3.5. Instrumentos**

La metodología empleada consistirá en entrevistas, utilizando como instrumento un cuestionario. El propósito del cuestionario es obtener información sobre los factores que contribuyen al aumento en el consumo de marihuana. La entrevista fue estructurada en dos partes, el primero tenemos a los datos personales y grado de instrucción y como segunda parte se encuentran las preguntas abiertas y cerradas para recoger datos para las causas.

### **3.6. Procedimientos**

Primera fase: Gabinete 1, Revisión de la literatura, Preparación y diseño del proyecto, Planificación para recolección de datos, Diseño y validación de instrumentos e Inscripción de proyecto

Segunda fase de campo: Personal de apoyo para la aplicación de instrumentos, Preparación de la entrevista telefónica, Preparación de cuestionario virtual

Tercera fase: Sistematizar los instrumentos, Vaciar los datos a Excel, Procesamiento de datos, Prueba de hipótesis, Preparación de informe final y sustentación

### **3.7. Análisis de datos**

A partir de las tablas los resultados de la sistematización se utilizarán estadística descriptiva y niveles de correlación aplicando un software estadístico SPSS

### **3.8. Consideraciones éticas**

Solicitar autorización del Hospital “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo. Consentimiento informado. Cumplir con el compromiso de confidencialidad y respeto a la dignidad de la persona y Cumplir el anonimato de los informantes.

## IV. RESULTADOS

### 4.1. Características de la Provincia de Huancayo

#### 4.1.1. *Ubicación, extensión y población*

Ubicada a una altitud de 3271 metros sobre el nivel del mar en el Valle del Mantaro, Huancayo se destaca por ser una de las ciudades más elevadas del Perú y la décima a nivel mundial. La ciudad se extiende por terrenos pertenecientes a cinco distritos de la provincia: Huancayo, El Tambo, Chilca, Pilcomayo, Huancan y San Agustín, situados en la margen izquierda del río Mantaro.

En el corazón de Huancayo se entrelazan los riachuelos 'Shullcas', que marcan el límite natural entre los distritos de Huancayo y El Tambo, y 'Chilca', que separa Chilca de Huancayo. Huancayo fue declarado 'Pueblo' por Don Jerónimo de Silva el 1 de junio de 1572, en honor a la Santísima Trinidad, bajo el nombre de 'Santísima Trinidad de Huancayo

#### 4.1.2. *Geografía*

Huancayo se encuentra en el corazón del Perú, en la cordillera de los Andes, rodeada por tres sistemas claramente distintos: la cordillera occidental, central y oriental.

#### 4.1.3. *Ubicación*

El centro de Huancayo se sitúa en el Valle del Mantaro, en la margen izquierda del río del mismo nombre. Hacia el norte, la ciudad se extiende por los distritos de San Agustín de Cajas y San Jerónimo. En la parte central se encuentran los distritos de Huancayo y El Tambo. Hacia el este y oeste se extienden el distrito de Pilcomayo y los barrios de San Carlos y Palian, pertenecientes al distrito de Huancayo. Al sur, se encuentran los distritos de Chilca, Huancán y Sapallanga.

La ciudad está completamente atravesada de norte a sur por la Calle Real, conocida como el antiguo Qhapaq Ñan, que constituye la principal arteria comercial de Huancayo y concentra gran parte de su actividad comercial.

#### **4.1.4. Clima**

La latitud de Huancayo (12° LS) sugiere un clima cálido, pero debido a la presencia de la Cordillera de los Andes y la altitud de la ciudad (3250 m s. n. m.), el clima experimenta grandes variaciones. Huancayo tiene un clima templado subhúmedo, caracterizado por fluctuaciones a lo largo del año, con temperaturas que oscilan entre los 28°C en los días más cálidos y los -5°C en las noches más frías. Las temperaturas más bajas se registran durante las madrugadas de los meses de junio a agosto. Las precipitaciones anuales son moderadas, lo cual contribuye a la fertilidad del valle huanca.

#### **4.1.5. Población urbana**

Según el Plan de Desarrollo Urbano 2015-2025 de Huancayo, el 'Área Central Metropolitana de la Ciudad de Huancayo' abarca el espacio urbano conurbado y las zonas de influencia directa de los distritos de San Agustín de Cajas, Pilcomayo, El Tambo, Huancayo, Chilca y Huancán. En otros contextos temáticos se incluyen también distritos como Sapallanga, Sicaya y otros. Según el censo de 2017, los tres distritos centrales albergaban 378,203 habitantes en ese año

#### **4.1.6. Evolución demográfica**

En los últimos años, Huancayo ha experimentado un notable fenómeno de migración masiva, con la llegada de migrantes provenientes de departamentos cercanos y también de regiones más distantes como Cerro de Pasco, Huancavelica, Huánuco, Ancash, Cuzco y



Apurímac. Este fenómeno ha resultado en un crecimiento constante de la población de la ciudad. En los años ochenta, Huancayo tenía aproximadamente 200,000 habitantes. Según el Censo de 2007 realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, la población se estimaba en alrededor de 540,000 habitantes. Para el año 2017, la población había alcanzado los 845,615 habitantes.

#### ***4.1.7. Crecimiento urbano***

En los últimos años, Huancayo ha experimentado un notable crecimiento en el sector inmobiliario. Según datos del Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento de noviembre de 2014, la ciudad contaba con una oferta de 21 inmobiliarias que incluían conjuntos habitacionales, edificios residenciales y multifamiliares, urbanizaciones y condominios. Estos desarrollos se concentraban principalmente en los distritos de Huancayo y El Tambo, con presencia también en Pilcomayo.

#### ***4.1.8. Salud***

En Huancayo se encuentran varios hospitales públicos destacados, como el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” y el Hospital Regional “Docente Materno-Infantil 'El Carmen'”. Además, la ciudad alberga el Hospital Nacional 'Ramiro Prialé-Prialé', de nivel IV, que pertenece al seguro social Essalud.

### **4.2. Breve descripción del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel A. Carrión” Huancayo**

El 23 de agosto de 1958, se inauguró el Hospital Regional Centro Medio de Salud 'Daniel Alcides Carrión' en una ceremonia que contó con la presencia del Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, así como de destacados médicos como Francisco Sánchez Moreno y el director de salubridad Raúl Flores Gonzales, junto con el alcalde provincial de

Huancayo, Jerónimo Silva Arrieta. Ese mismo día, el hospital comenzó a brindar atención a la comunidad, que esperaba con gran expectativa la apertura de este importante centro de salud.

Los servicios del Hospital Regional Centro Medio de Salud 'Daniel Alcides Carrión' iniciaron con medicina general, cirugía pediátrica, odontología y obstetricia. Posteriormente, se ampliaron para incluir consultorios externos, hospitalización, radiología y servicio de emergencia las 24 horas del día. En ese entonces, Huancayo contaba únicamente con el Hospital 'El Carmen', el cual resultaba insuficiente para satisfacer las necesidades de la población, ya que disponía de tan solo 120 camas.

La construcción del antiguo Hospital Daniel Alcides Carrión comenzó el 20 de julio de 1945, bajo la dirección del departamento de obras del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social. El hospital se edificó sobre un terreno de cuatro hectáreas, dos de las cuales fueron donadas por el filántropo huancaíno Leandro Lora. Las otras dos hectáreas se adquirieron mediante una compra por un total de S/.10,000.00 soles de la época, fondos que se complementaron con S/.4,000.00 soles aportados por la colonia china de Huancayo y S/.6,000.00 soles donados por el entonces senador Manuel Piélagó.

La construcción del hospital fue adjudicada en 1945 a la firma constructora José A. y Alberto Sacco M.Q., reconocida por su experiencia en obras hospitalarias en aquel tiempo. Durante la segunda fase de construcción del Hospital Daniel A. Carrión, estuvo a cargo del ingeniero Sánchez Ayala.

La construcción del Hospital Daniel Alcides Carrión enfrentó importantes desafíos debido a la falta de fondos y al incumplimiento de los presupuestos asignados. Estos obstáculos llevaron a la paralización intermitente de la obra en varias ocasiones, siendo la última y más prolongada de cinco años. Finalmente, en 1954 se completó la infraestructura

del hospital, aunque aún carecía del equipamiento adecuado y del personal necesario para iniciar su funcionamiento.

Ante estas dificultades, la Sociedad de Beneficencia de Huancayo fue crucial al aportar inicialmente S/ 2,600,000. Esto incluyó las instalaciones mecánicas como calderos, grupos electrógenos, cocina, lavandería, planchadora, entre otros. Sin embargo, el costo total, que incluyó equipamiento quirúrgico y mobiliario de oficina, alcanzó los S/ 8,000,000.

Para satisfacer las necesidades actuales de la población huancaína, el hospital ofrece una amplia gama de servicios que incluyen cardiología, otorrinolaringología, traumatología, urología, neumología y oftalmología. Además, cuenta con especialidades como gastroenterología, cirugía plástica, cirugía laparoscópica, endocrinología, ecografía, oncología, electrocardiograma, odontoestomatología, medicina física y rehabilitación, psicología, psiquiatría, y reumatología, así como servicios de emergencia.

El 01 de febrero de 2011, el hospital fue designado como Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión-Huancayo. Debido al rápido crecimiento poblacional en Huancayo y la región Junín, las autoridades planearon la construcción de una moderna instalación hospitalaria en 2014, sobre un terreno propio de aproximadamente 24,500 m<sup>2</sup>. Esta obra, que beneficiaría a la población huancaína y a la macro región centro (Junín, Huancavelica, Ayacucho y Cerro De Pasco), se concretó con su inauguración el 19 de julio de 2016, con la presencia de autoridades regionales y del ex presidente Ollanta Humala Tasso. Con una inversión de 194 millones de soles, actualmente el hospital está clasificado como nivel III-E.

#### **4.2.1. Misión**

Somos un Hospital Regional de Nivel III-e de referencia que ofrecemos atención integral, comprometidos en prevenir los riesgos, proteger de los daños, recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes, garantizando plena accesibilidad y brindando atención a las personas con calidad y calidez, en consonancia con las políticas del sector.

#### **4.2.2. Visión**

Ser un hospital especializado y acreditado con alta capacidad de resolución, contando con talento humano de excelencia, comprometido en proporcionar atención oportuna con calidad y calidez, utilizando tecnología avanzada y destacándose en la docencia e investigación.

#### **4.2.3. Valores**

**Trabajo en equipo:** Colaboramos con una visión compartida, respetando y valorando nuestras diferencias, fortaleciendo las relaciones interpersonales y priorizando el éxito colectivo por encima del logro individual.

**Responsabilidad:** Fomentamos relaciones de confianza en la realización de nuestras tareas, enfocándonos en alcanzar los resultados esperados. Adoptamos un rol activo en nuestro trabajo diario y comprendemos la importancia de nuestras acciones tanto individuales como colectivas.

**Ética:** Mantenemos una conducta transparente, honesta y respetuosa, valorando la dignidad de todas las personas con las que interactuamos.

Compromiso: Asumimos nuestras tareas con dedicación hacia la institución, enfocando nuestro esfuerzo en brindar atención de calidad a nuestros pacientes y sus familias.

Eficiencia: Alcanzamos nuestros objetivos mediante el uso de procesos y métodos de trabajo que optimizan nuestro desempeño, garantizando la mejor utilización de los recursos disponibles.

#### **4.2.4. Características del Departamento de Salud Mental del Hospital RDCQ. “Daniel a. Carrión”**

El 27 de julio de 2004, mediante la RM N° 771-2004/MINSA, se estableció la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz, cuyo objetivo funcional es estructurar la salud para fomentar el desarrollo físico, mental y social de la población, proteger y recuperar la salud, y rehabilitar las capacidades de las personas en condiciones de equidad y plena accesibilidad.

Se conforma el Equipo técnico de salud mental con R.D N| 147-2006/HOSP-DAC-HYO/OP con fecha 24 de abril del 2006 integrado por:

Médico Psiquiatra : Rosa Mercedes Patricia Sobrevilla Ricci

Psicólogo : María Azucena Vásquez Chávez  
Javier Bautista Soto

Enfermera : Victoria Gladys Machicado Borda

Asistente Social : Teresita Huacachi Quispe

Asesor del Programa DEVIDA: Ps. Carlos Frias Liau-Hing.

El 26 de noviembre del 2006 se hace entrega del módulo de Salud Mental que es construido y implementado por DEVIDA. Recibiendo capacitación el personal para la atención de pacientes con algún tipo de adicción y las otras enfermedades de salud mental.

El 2014 es denominado como Departamento de Psicología y Neuro Psiquiatría bajo la Jefatura del Ps. Javier Bautista Soto. El 2017 se da la denominación del Departamento de Salud Mental con RD N° 035-2017-HRDCQ-DAC-HYO, y se da la encargatura de la Jefatura a la Psiquiatra.

En el departamento de salud mental se atienden casos de ansiedad, depresión psicosis adicciones y otros trastornos clínicos que son atendidos por psiquiatras, psicólogos especialista en cognitivo conductual, sistémico familiar, procesamiento para el tratamiento de MDR, quienes atienden a los pacientes de forma individual, grupal, familiar, comunitario servicios, psicoterapia, taller en adicciones , memoria, relajación, taller de psicosis, esquizofrenia, es así que el departamento de salud mental pone énfasis en el bienestar emocional, psíquico y social enfocado en la autorrealización del paciente.

Características de los pacientes incluyen procedencia de familias disfuncionales o disgregadas, manifestación de inseguridad, timidez, impulsividad, dificultades en la interacción social, baja tolerancia a la frustración y baja autoestima. Además, pueden estar influenciados por rasgos genéticos, factores biográficos como crisis personales, separaciones, pérdidas o duelos, creencias y actitudes que promueven el consumo de drogas, escaso desarrollo de habilidades sociales e interpersonales, y dificultad para resistir presiones del grupo de amigos hacia el consumo de drogas.

Cuestionario sobre factores de riesgo en el incremento de consumo de marihuana en adolescentes pacientes. (Ver anexo 2)

### 4.3. Análisis estadístico

**Tabla 1**

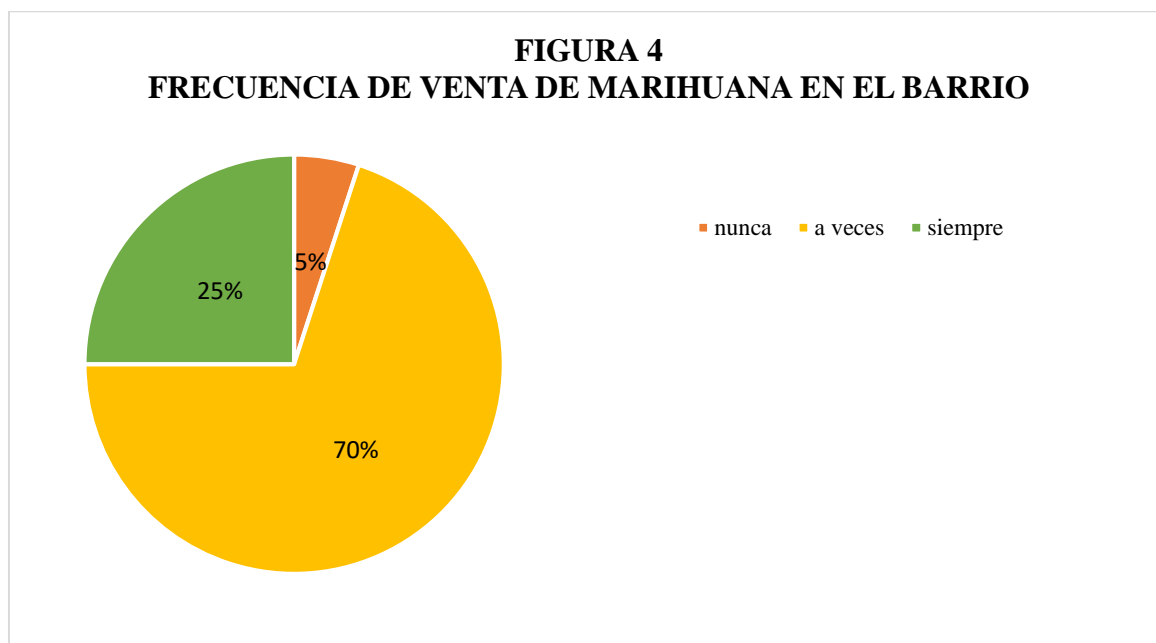
*Frecuencia de venta de marihuana en el barrio*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	1	5%
	A veces	14	70%
	Siempre	5	25%
	Total	20	100%

*Nota. Base de datos del cuestionario, IBM SPSS Vs. 26*

**Figura 1.**

*Frecuencia de venta de marihuana en el barrio*

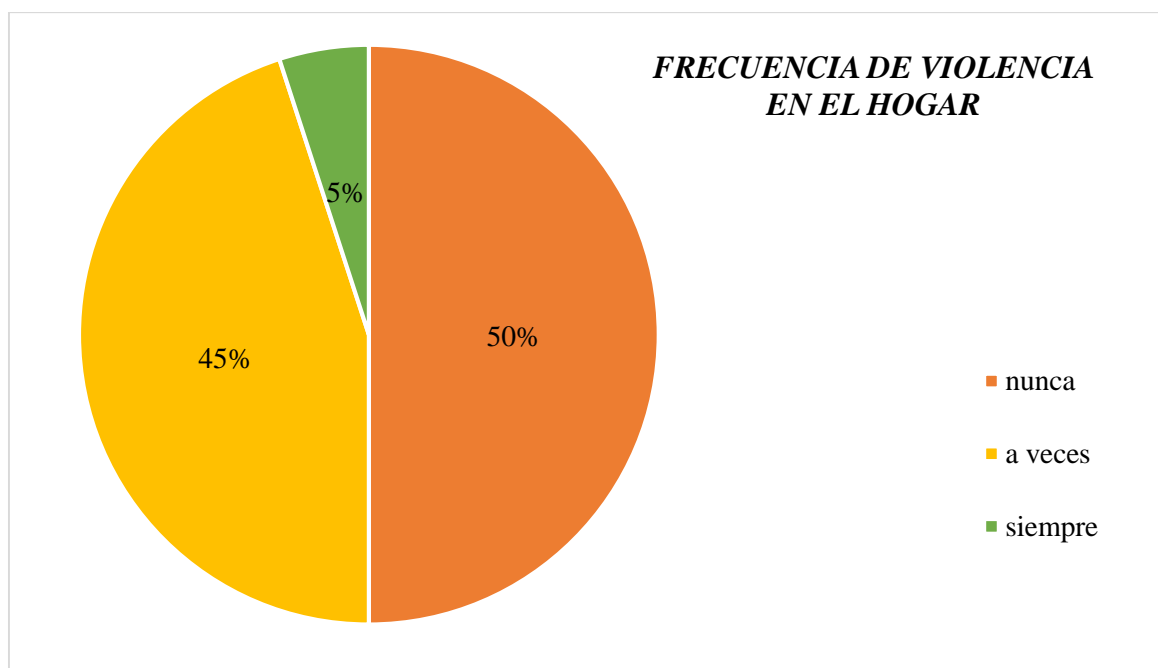


*Nota:* Frecuencia de venta de marihuana en el barrio

En el gráfico, según los resultados de los encuestados podemos determinar que en un 70 % a veces venden marihuana en su barrio, el 25 % afirma que siempre venden marihuana en su barrio y 5% nunca.

**Tabla 2.***Frecuencia de violencia en el hogar*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	nunca	10	50,0
	a veces	9	45,0
	siempre	1	5,0
	Total	20	100,0

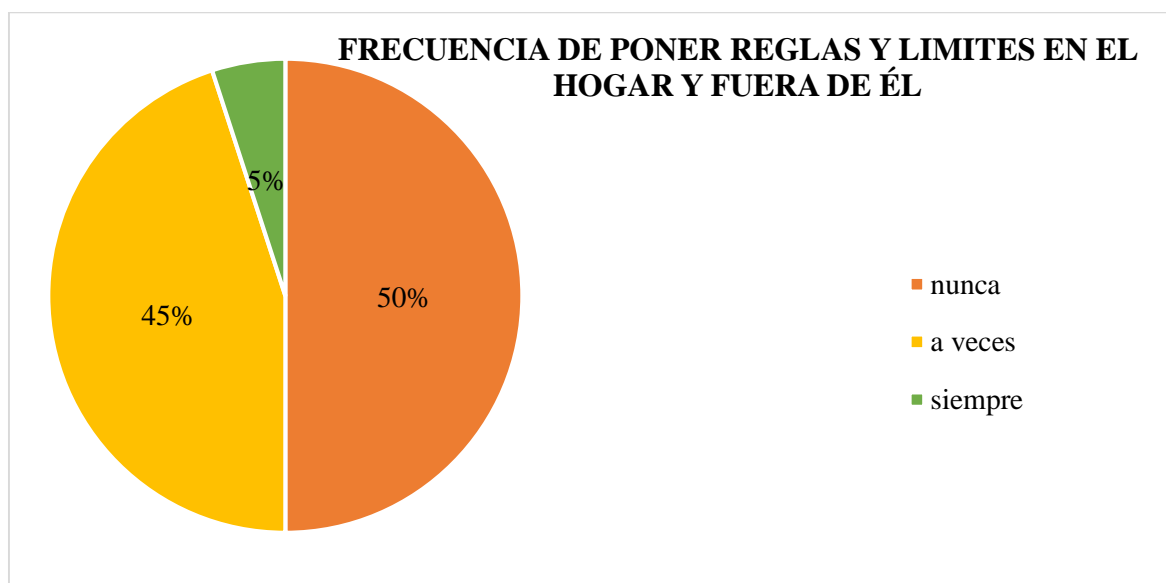
*Nota. Base de datos del cuestionario, IBM SPSS Vs. 26***Figura 2.***Frecuencia de violencia en el hogar**Nota: Obtenido de la base de datos*

Del total de encuestados, el 50% afirma que nunca hubo violencia en su hogar, al contrario de ello solo el 5% si afirma que siempre se dio violencia en su hogar, y un 45 % menciona que a veces se daban situaciones de violencia dentro de su hogar.



**Tabla 3.***Frecuencia de poner reglas y limites en el hogar y fuera de Él*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	10	50,0
	A veces	9	45,0
	Siempre	1	5,0
	Total	20	100,0

*Nota. Base de datos del cuestionario, IBM SPSS Vs. 26***Figura 3.***Frecuencia de poner reglas y limites en el hogar y fuera de Él**Nota: Obtenido de la base de datos*

Del total de encuestados, el 50% considera que nunca sus padres o apoderados pone límites en su hogar y fuera de ella, un total de 45% considera que a veces los padres o apoderados establecen límites, y el 5% considera que sus padres o apoderados siempre establecen límites dentro y fuera de su hogar, y un total de 45% considera que a veces los padres o apoderados establecen límites.

**Tabla 4.**

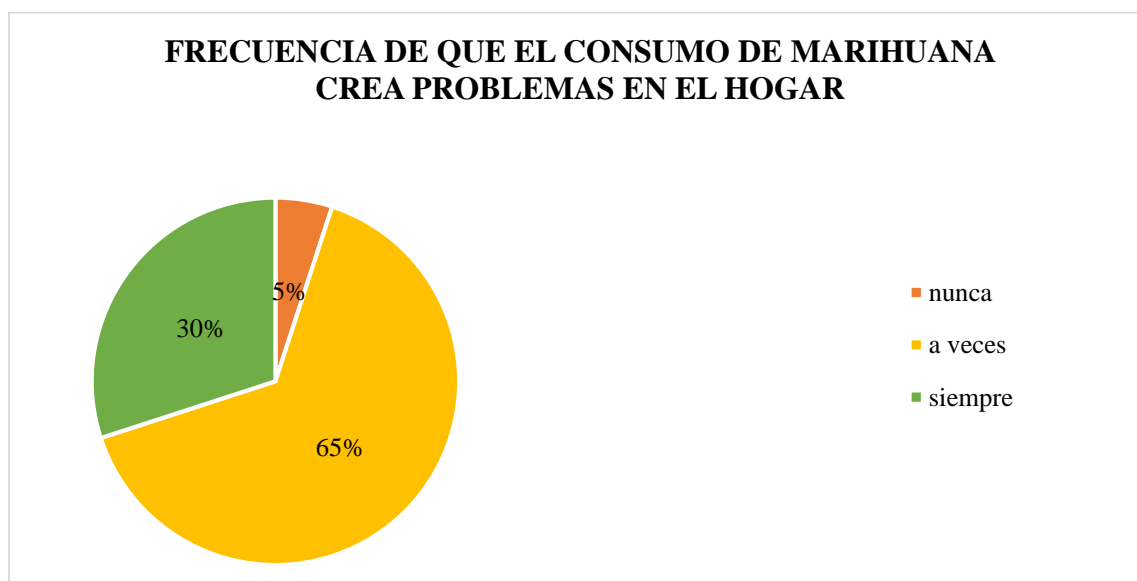
*Frecuencia de que el consumo de marihuana crea problemas en el hogar*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	1	5,0
	A veces	13	65,0
	Siempre	6	30,0
	Total	20	100,0

*Nota. Base de datos del cuestionario, IBM SPSS Vs. 26*

**Figura 4.**

*Frecuencia de que el consumo de marihuana crea problemas en el hogar*

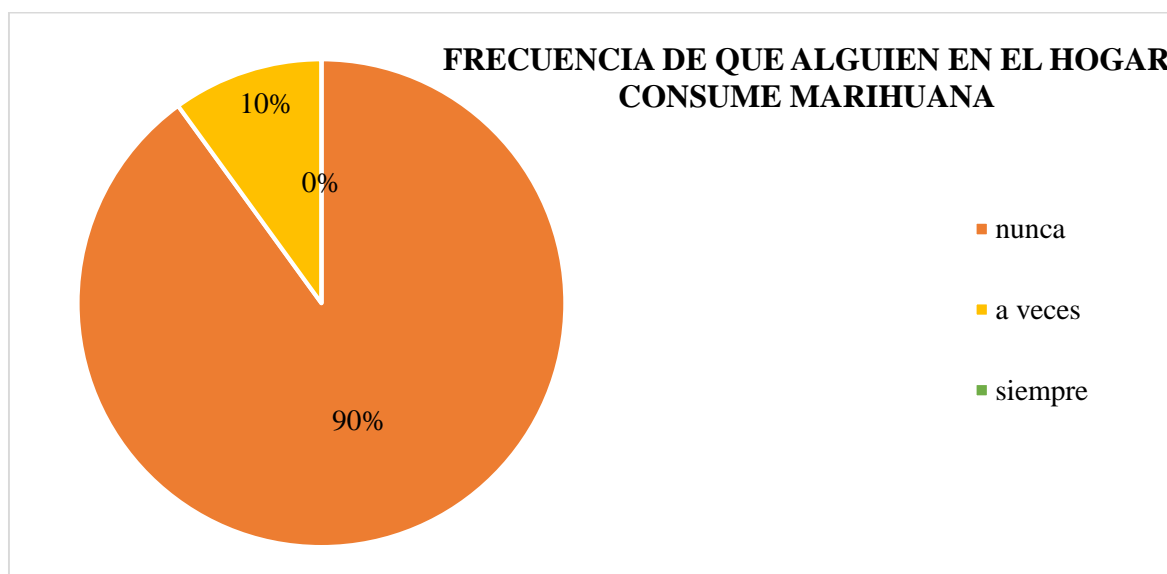


*Nota:* Obtenido de la base de datos

Del total de encuestados, un total de 65% considera que a veces el consumo de marihuana ha creado problemas con sus padres o apoderados, mientras que un 30% considera que siempre le genera problemas con sus padres o apoderados, solo un 5% nunca el consumo de marihuana le ha creado problemas con sus padres o apoderados.

**Tabla 5.***Frecuencia de que alguien en el hogar consume marihuana*

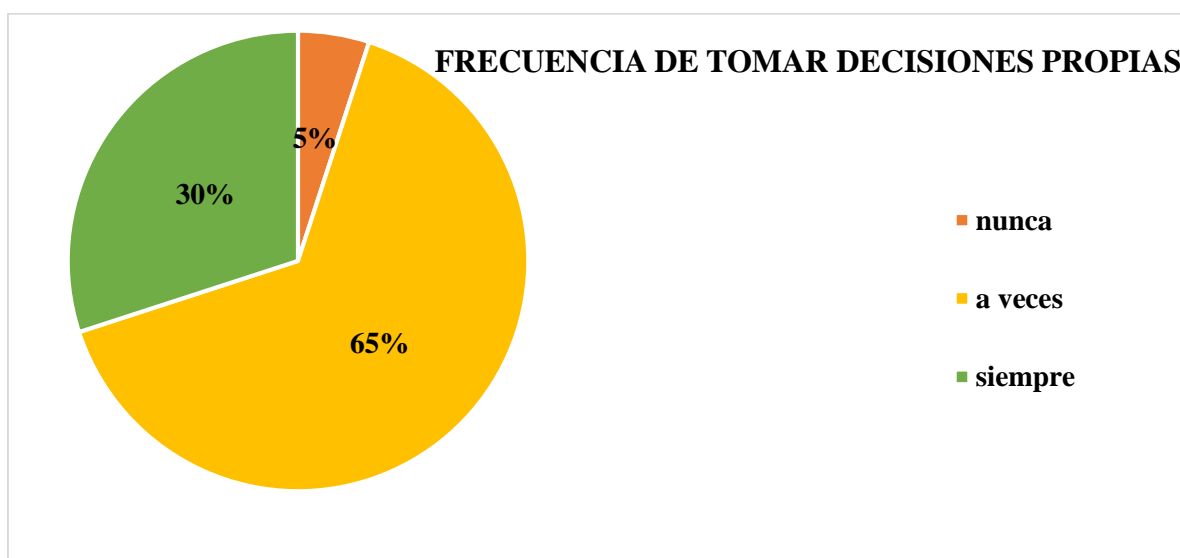
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	18	90,0
	A veces	2	10,0
	Total	20	100,0

*Nota. Base de datos del cuestionario, IBM SPSS Vs. 26***Figura 5.***Frecuencia de que alguien en el hogar consume marihuana**Nota: Obtenido de la base de datos*

Del total de encuestados, el 90% afirma que en su hogar nunca consumen marihuana, mientras que el 10% fue en hogar suelen consumir marihuana a veces.

**Tabla 6.***Frecuencia de tomar decisiones propias*

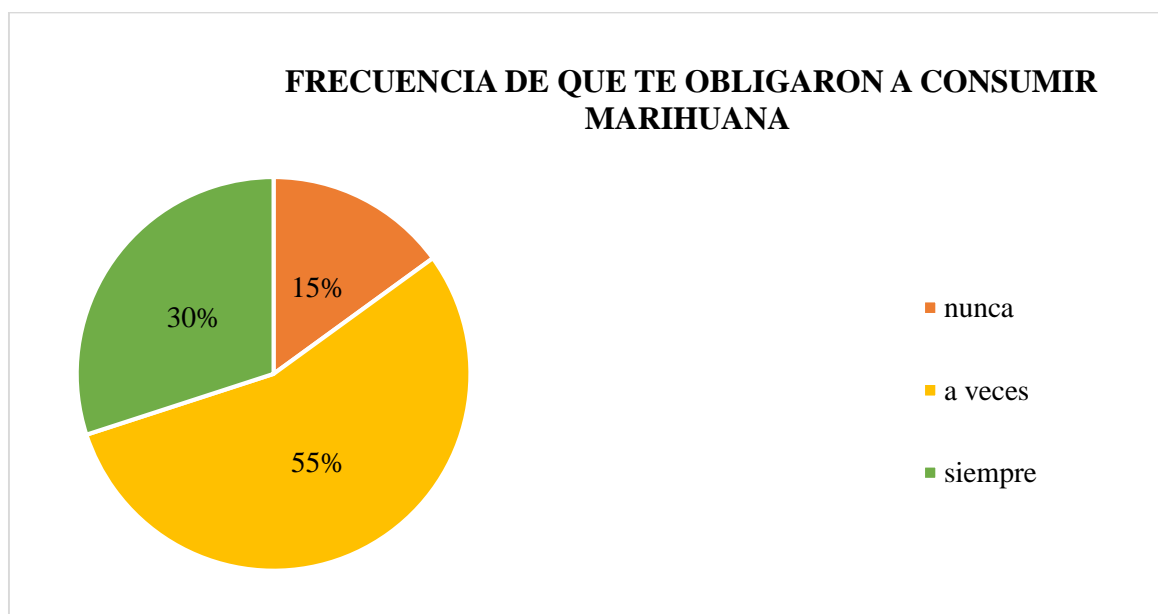
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	1	5,0
	A veces	13	65,0
	Siempre	6	30,0
	Total	20	100,0

*Nota. Base de datos del cuestionario, IBM SPSS Vs. 26***Figura 6.***Frecuencia de tomar decisiones propias**Nota: Obtenido de la base de datos*

Según el gráfico, podemos determinar que del total de encuestados el 30% siempre toma sus propias decisiones, el 65% toma sus propias decisiones a veces, y solo un 5% nunca llega a tomar sus propias decisiones.

**Tabla 7.***Frecuencia de que te obligaron a consumir marihuana*

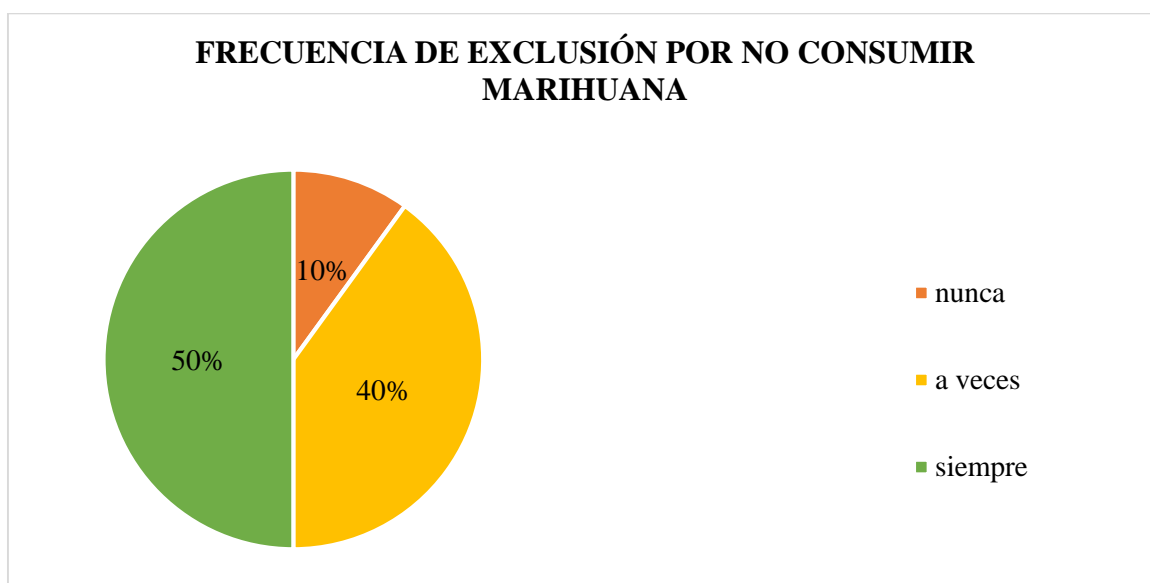
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	3	15,0
	A veces	11	55,0
	Siempre	6	30,0
	Total	20	100,0

*Nota. Base de datos del cuestionario, IBM SPSS Vs. 26***Figura 7.***Frecuencia de que te obligaron a consumir marihuana**Nota: Obtenido de la base de datos*

Del total de encuestados, el 55% afirma que a veces le obligaron a consumir marihuana, 30% siempre le obligaron a consumir marihuana y solo un 15% nunca le han obligado a consumir marihuana.

**Tabla 8.***Frecuencia de exclusión por no consumir marihuana*

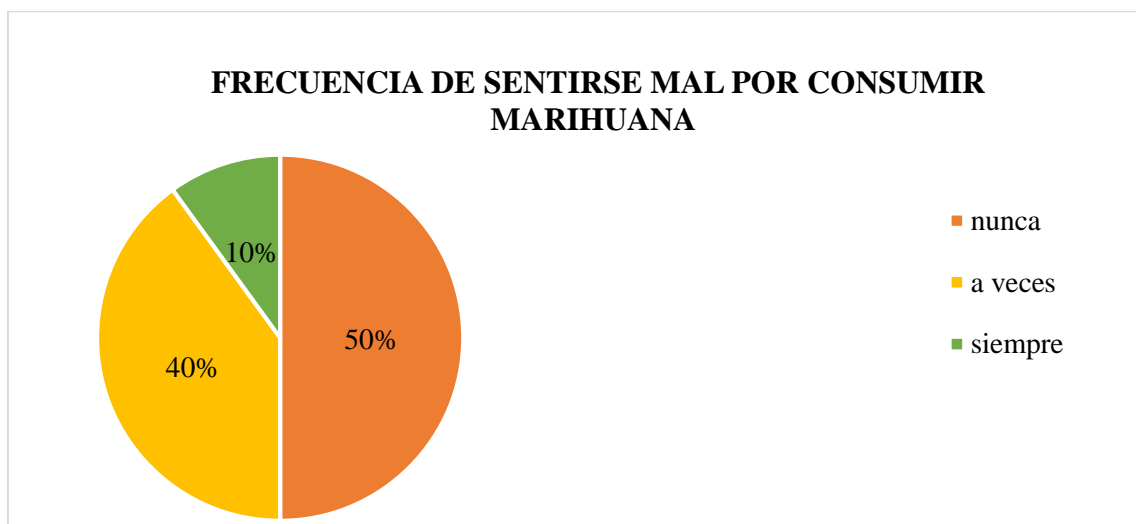
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	2	10,0
	A veces	8	40,0
	Siempre	10	50,0
	Total	20	100,0

*Nota. Base de datos del cuestionario, IBM SPSS Vs. 26***Figura 8.***Frecuencia de exclusión por no consumir marihuana**Nota: Obtenido de la base de datos*

La mitad del total de encuestados afirman que siempre que se niegan a consumir marihuana son excluidos del grupo, un 40% afirma que a veces son excluidos del grupo cuando no consumen marihuana, y solo el 10% nunca son excluidos de sus grupos por negarse a consumir marihuana.

**Tabla 9.***Frecuencia de sentirse mal por consumir marihuana*

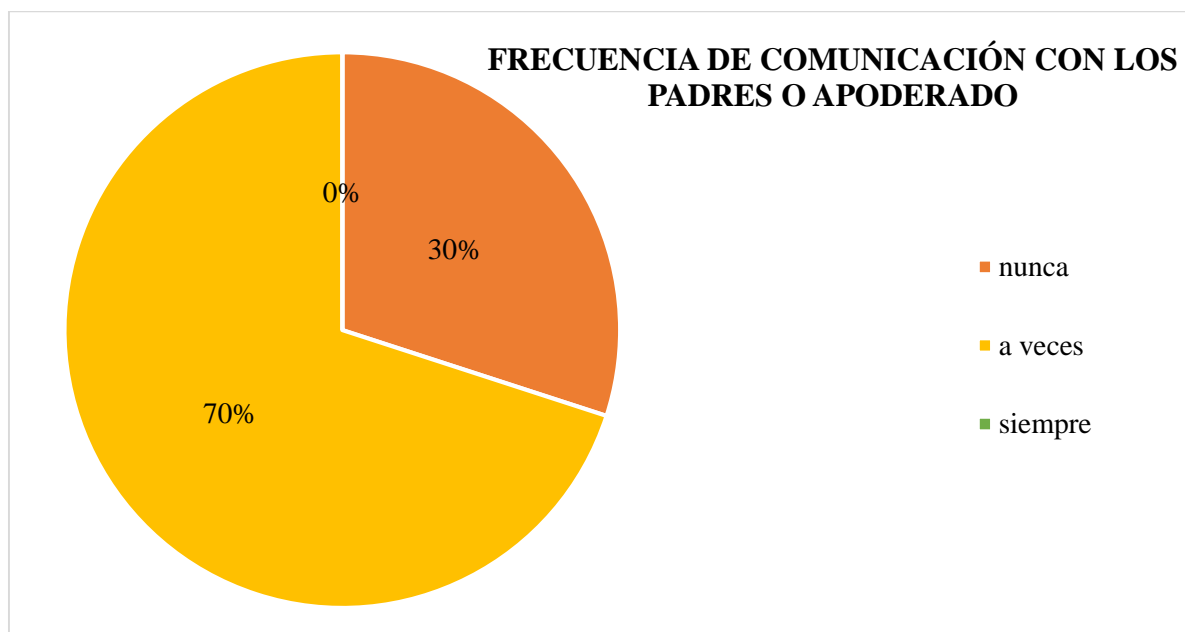
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	10	50,0
	A veces	8	40,0
	Siempre	2	10,0
	Total	20	100,0

*Nota. Base de datos del cuestionario, IBM SPSS Vs. 26***Figura 9.***Frecuencia de sentirse mal por consumir marihuana**Nota:* Obtenido de la base de datos

La mitad del total de encuestados nunca se ha sentido culpable o mal por consumir marihuana, el 40% a veces se ha sentido culpable o mal por consumir marihuana, y solo el 10% siempre se ha sentido culpable por consumir marihuana.

**Tabla 10.***Frecuencia de comunicación con los padres o apoderado*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	6	30,0
	A veces	14	70,0
	Total	20	100,0

*Nota. Base de datos del cuestionario, IBM SPSS Vs. 26***Figura 10.***Frecuencia de comunicación con los padres o apoderado**Nota: Obtenido de la base de datos*

Del total de encuestados, el 70% a veces puede comunicarse con sus padres apoderados, mientras que solo el 30% nunca puede comunicarse con sus padres o apoderados.



**Tabla 11.**

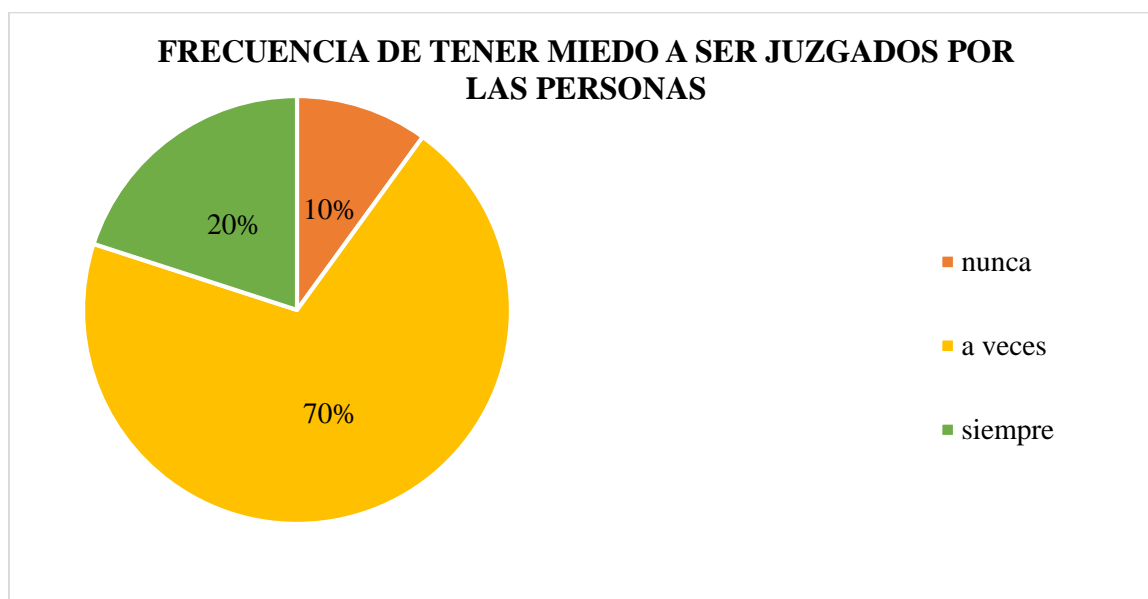
*Frecuencia de tener miedo a ser juzgados por las personas*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	2	10,0
	A veces	14	70,0
	Siempre	4	20,0
	Total	20	100,0

*Nota. Base de datos del cuestionario, IBM SPSS Vs. 26*

**Figura 11**

*Frecuencia de tener miedo a ser juzgados por las personas*

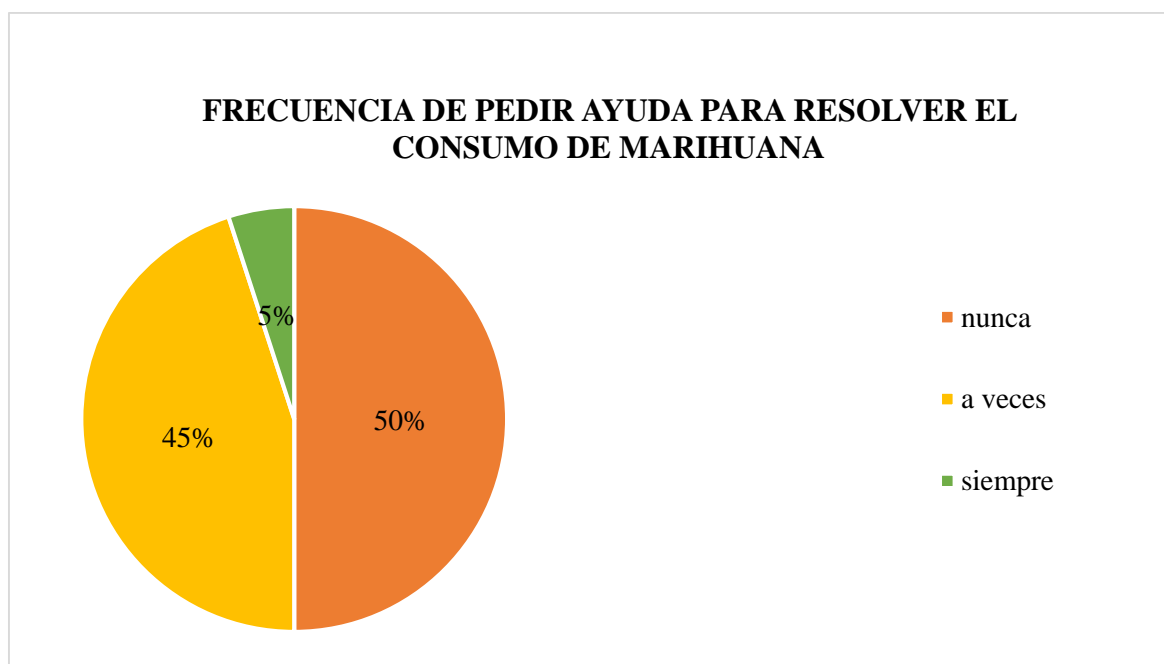


*Nota: Obtenido de la base de datos*

Del total de encuestados el 70% a veces tiene dificultades para interactuar con las personas, el 20% siempre tiene dificultades para interactuar con las personas, y solo un 10% nunca tiene dificultades para interactuar con las personas.

**Tabla 12.***Frecuencia de pedir ayuda para resolver el consumo de marihuana*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	10	50,0
	A veces	9	45,0
	Siempre	1	5,0
	Total	20	100,0

*Nota. Base de datos del cuestionario, IBM SPSS Vs. 26***Figura 12.***Frecuencia de pedir ayuda para resolver el consumo de marihuana**Nota: Obtenido de la base de datos*

La mitad de los encuestados nunca ha pedido que le ayuden a resolver sus problemas con el consumo de marihuana, el 45% a veces ha pedido que le ayuden a resolver sus problemas con el consumo de marihuana, y solo el 5% siempre pide ayuda para resolver sus problemas de consumo de marihuana

**Tabla 13.**

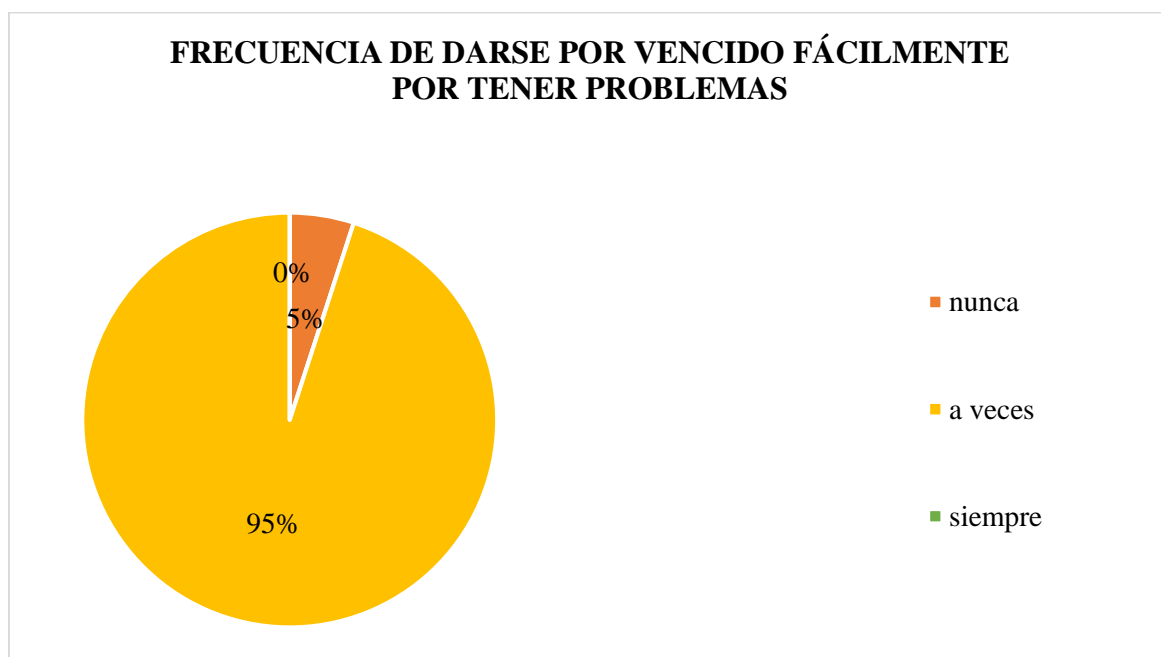
*Frecuencia de darse por vencido fácilmente por tener problemas*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	1	5,0
	A veces	19	95,0
	Total	20	100,0

*Nota. Base de datos del cuestionario, IBM SPSS Vs. 26*

**Figura 13.**

*Frecuencia de darse por vencido fácilmente por tener problemas*



*Nota: Obtenido de la base de datos*

El 95% de los encuestados a veces a estado en un tratamiento de uso de marihuana, y solo el 5% de los encuestados nunca a estado en un tratamiento de uso de marihuana.

#### 4.4. Contrastación de hipótesis

##### A. Planteamiento de hipótesis N.º 1

###### 1. Planteamiento de hipótesis:

Ho: No existe asociación entre El hogar de procedencia y el consumo de marihuana en los en adolescentes pacientes del Hospital Carrión.

Ha: Existe asociación entre El hogar de procedencia y el consumo de marihuana en los en adolescentes pacientes del Hospital Carrión.

###### 2. Nivel de significancia o riesgo:

El nivel de significancia fue de 0.05 o 5% de riesgo.

###### 3. Utilización del estadígrafo de prueba:

Al tratarse de variables categóricas analizadas en una tabla cruzada para las variables consumo y hogar de procedencia, se hizo uso de la prueba de  $\chi^2$  para conocer la relación que existe entre ambas, esta compara las frecuencias observadas.

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

###### Donde:

$\chi^2$ : chi cuadrado

Fo: Frecuencias observadas

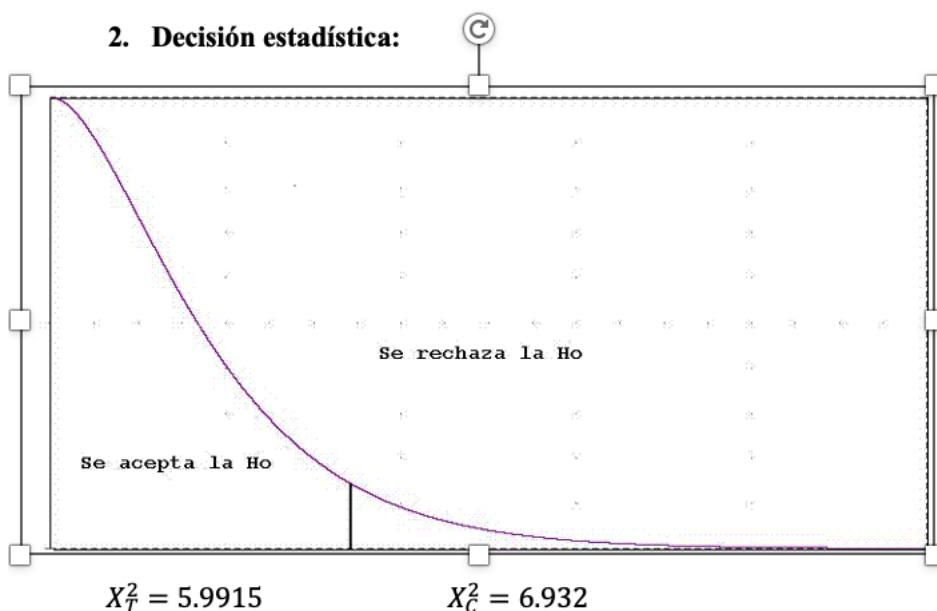
Fe: Frecuencias esperadas.

**Tabla 14***Prueba de Chi-cuadrado hipótesis específica 1*

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,179 <sup>a</sup>	2	,028
Razón de verosimilitud	9,597	2	,008
Asociación lineal por lineal	2,754	1	,097
<b>N de casos válidos</b>	<b>20</b>		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,40.

*Nota. Prueba de chi cuadrado hipótesis 1.*



### **Conclusión:**

Toma de decisiones: con un nivel de significancia del 5%, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, lo que sugiere que existe una asociación entre el lugar de procedencia y el consumo de marihuana en los adolescentes pacientes del hospital Carrón. Esta hipótesis fue probada utilizando la prueba estadística Chi cuadrado y analizada con el software SPSS. Se adjuntan las evidencias correspondientes para respaldar este hallazgo

## 6. Conclusión estadística:

Existe una conexión entre el consumo y el domicilio de origen.

**Tabla 15**

*Tabla cruzada procedencia y consumo*

<b>Tabla cruzada procedencia y consumo</b>				
		Consumo		Total
		1	2	
Hogar de procedencia	Nunca	0	6	6
	A veces	8	5	13
	Siempre	0	1	1
Total		8	12	20

*Nota.* Tabla cruzada de procedencia y consumo

### A. Planteamiento de hipótesis 2

#### 1. Planteamiento de hipótesis 2

Ho: La presión social no influye significativamente en el consumo de drogas en adolescentes pacientes del Hospital Carrión.

Ha: La presión social influye significativamente en el consumo de drogas en adolescentes pacientes del Hospital Carrión.

#### 2. Nivel de significancia o riesgo:

El nivel de significancia fue de 0.05 o 5% de riesgo.

#### 3. Utilización del estadígrafo de prueba:

Al tratarse de variables categóricas analizadas en una tabla cruzada para las variables consumo y hogar de procedencia, se hizo uso de la prueba de  $\chi^2$  para conocer la relación que existe entre ambas, esta compara las frecuencias observadas.

**Tabla 16***Prueba de chi-cuadrado hipótesis específica 2*

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	df	Significación asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	10,394 <sup>a</sup>	2	,006
Razón de verosimilitud	12,887	2	,002
Asociación lineal por lineal	5,390	1	,020
N de casos válidos	20		

a. 5 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,60.

*Nota.* Prueba de chi cuadrado hipótesis 2.

### **3. Decisión estadística:**

#### **Conclusión**

Toma de Decisiones: con un nivel de significación del 5%, se rechaza la hipótesis nula y acepta la hipótesis alterna, es decir “Si existe Asociación entre la presión social y el consumo de marihuana en los adolescentes pacientes del hospital Carrón”, la hipótesis ha sido probado mediante la prueba estadística Chi cuadrado y procesada en el Software SPSS, para lo cual se adjunta las evidencias

#### **Conclusión estadística:**

Existe relación entre el consumo y la presión social.

**Tabla 17.***Tabla cruzada presión social y consumo*

		CONSUMO		Total
		1	2	
PRESIÓN SOCIAL	nunca	1	3	4
	a veces	0	7	7
	siempre	7	2	9
Total		8	12	20

*Nota.* Tabla cruzada presión social y consumo.

### C. Hipótesis específica 3

#### 1. Planteamiento de hipótesis 2

Ho: El abandono moral no influye en el consumo de marihuana en adolescentes pacientes del Hospital Carrión.

Ha: El abandono moral influye en el consumo de marihuana en adolescentes pacientes del Hospital Carrión.

#### 2. Nivel de significancia o riesgo:

El nivel de significancia fue de 0.05 o 5% de riesgo.

#### 3. Utilización del estadígrafo de prueba:

Al tratarse de variables categóricas analizadas en una tabla cruzada para las variables consumo y abandono moral, se hizo uso de la prueba de  $\chi^2$  para conocer la relación que existe entre ambas, esta compara las frecuencias observadas.

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

Conclusión



**Tabla 18***Prueba de chi-cuadrado hipótesis 3*

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	df	Significación asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	8,889 <sup>a</sup>	2	,012
Razón de verosimilitud	11,644	2	,003
Asociación lineal por lineal	,000	1	1,000
N de casos válidos	20		

5 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,60.

*Nota. Prueba de chi cuadrado Hipótesis 3.*

Toma de Decisiones: con un nivel de significancia del 5%, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa que establece que existe una asociación entre el abandono moral y el consumo de marihuana en los adolescentes pacientes del hospital Carrón. Esta relación ha sido probada utilizando la prueba estadística Chi cuadrado y los resultados han sido procesados con el software SPSS. Se adjuntan las evidencias correspondientes para respaldar este hallazgo

**Conclusión estadística:**

Existe relación entre el consumo y la presión social.

## A. Hipótesis específica 4

### 1. Planteamiento de hipótesis 2

Ho: La Autoestima no influye en el consumo de marihuana en adolescentes pacientes del Hospital Carrión.

Ha: La Autoestima influye en el consumo de marihuana en adolescentes pacientes del Hospital Carrión.

### 2. Nivel de significancia o riesgo:

El nivel de significancia fue de 0.05 o 5% de riesgo.

### 3. Utilización del estadígrafo de prueba:

Al tratarse de variables categóricas analizadas en una tabla cruzada para las variables consumo y abandono moral, se hizo uso de la prueba de  $\chi^2$  para conocer la relación que existe entre ambas, esta compara las frecuencias observadas.

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

#### Donde:

$\chi^2$ : chi cuadrado

Fo: Frecuencias observadas

Fe: Frecuencias esperadas.



#### 4. Lectura del valor:

Ho: La autoestima no influye en el consumo de marihuana en adolescentes pacientes del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo 2021-2025.

Ha: La autoestima influye en el consumo de marihuana en adolescentes pacientes del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo 2021-2025.

**Tabla 38.**

*Pruebas de chi-cuadrado Hipótesis 4*

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	df	Significación asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	7,179 <sup>a</sup>	2	0,028
Razón de verosimilitud	9,597	2	0,008
Asociación lineal por lineal	,091	1	0,763
N de casos válidos	20		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,20.

#### 5. Decisión estadística

##### Conclusión

Toma de Decisiones: con un nivel de significación del 5%, se rechaza la hipótesis nula y acepta la hipótesis alterna, es decir “Si existe Asociación entre la autoestima y el consumo de marihuana en los adolescentes pacientes del hospital Carrón”, la hipótesis ha sido probado mediante la prueba estadística Chi cuadrado y procesada en el Software SPSS, para lo cual se adjunta las evidencias.

**Tabla 20***Cruzada autoestima y consumo*

		Consumo		Total
		1	2	
Autoestima	Nunca	0	4	4
	A veces	8	5	13
	Siempre	0	3	3
Total		8	12	20

*Nota:* Obtenido de la base de datos

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la investigación que se realizó en 20 pacientes adolescentes que consumen marihuana del Hospital “Daniel Alcides Carrión” se encontró que el 30% siempre tiene en su entorno consumidores de marihuana y 10% tienen familiares que consumen marihuana, lo que se considera un factor de riesgo importante, al igual que Calisaya (2018) considero un factor de riesgo el consumo de marihuana de personas del entorno. Ludwig en la teoría general de los sistemas dice que el entorno influye en las personas.

Se encontró que el 25 % de los consumidores siempre encuentran quien les venda marihuana, y el 70% a veces encuentra quien le venda marihuana; cerca al barrio. Según Ramírez (2017) y Calisaya (2018), considera un factor de riesgo importante el acceso fácil de comprar drogas. Al igual que Lengua 2017. En la Teoría motivacional de la adicción que habla de los componentes de la adicción donde el primero es el conseguir la droga, y a estos pacientes el un 95% tiene facilidad de conseguir la droga en su barrio.

En esta investigación se encontró que el 65% de los pacientes compran marihuana con el dinero que le dan sus padres o apoderados, el 30 % a veces compra marihuana con el dinero que le dan los padres. Falcon considero un factor de riesgo el que los adolescentes tengan dinero para comprar marihuana. Y en la teoría motivacional de la adicción el tener dinero para comprar la marihuana es un componente principal del proceso adictivo.

Se encontró que el 50 % a veces se ha involucrado en actividades ilegales para obtener marihuana. Lo cual se considera un componente de la adicción según la teoría motivacional de la adicción.

En el estudio se vio que el 50% de pacientes sufre de violencia dentro del hogar. Loor, y Tigua 2015; Lengua 2017 y; Pons y Buelga 1994 consideran un factor de riesgo la violencia familiar en el consumo de marihuana. Lo que concuerda con la teoría de Ludwig

en la teoría general de sistemas que los cambios bruscos en el entorno generan desequilibrio en la familia, lo que conllevaría a los adolescentes al consumir marihuana. Se encontró relación entre el consumo y el hogar de procedencia. ( $\chi^2 = 0,028$ )

En cuanto a hogar de procedencia. Se encontró que el 85% de los pacientes se encuentran mejor con otras personas que con los miembros de su familia, lo que se podría relacionar con la falta de comunicación en la familia, violencia en la familia ausencia afectiva; lo mismo encontraron Llor y Tigua 2015; Legua 2017 y; Pons y Buelga 1994; que concuerda con la teoría de las interacciones familiares.

En este trabajo se encontró que el 55% de los padres o apoderados no están atentos a los estudios, programas y páginas web que visitan sus hijos, se considera un factor de riesgo; que concuerda con la investigación de Pons y Buelga 1994.

En el 50% de los hogares de estos pacientes no hay normas ni reglas, lo mismo que encontraron Llor y Tigua (2015) y Calisaya (2018) y consideran un factor de riesgo importante. En la teoría general de actitudes nos permite entender la importancia de la función formadora de la familia.

Se encontró que en el 95% de pacientes el consumir marihuana genera problemas en el hogar. Lo que concuerda con la teoría de Ludwig que al haber un desequilibrio se rompen las relaciones y se generan problemas.

Se encontró relación entre el consumo y la presión social ( $\chi^2=0,006$ ). En cuanto a la presión social, Se halló que el 65% de los pacientes a veces toman sus propias decisiones, al 30% siempre le obligan a consumir marihuana y al 65% a veces lo obligan a consumir marihuana, al 90% lo excluyen por no consumir marihuana. Resultados similares a Calisaya 2018 y Barragán 2010. Se encontró que el 40% de los pacientes a veces se siente culpable y el 50% no se siente culpable por consumir marihuana. En el 45% de los pacientes nunca se

demuestran afecto, influye para que estos pacientes consuman marihuana esto concuerda con la investigación de Loor y Tigua 2015 y; Pons y Buelga 1994; Esto se relaciona con la teoría de las interacciones familiares y la teoría general de los sistemas.

Se encontró relación entre el consumo y el abandono moral ( $\chi^2 = 0,012$ ). Con respecto a abandono moral, El 80% de los pacientes mencionan no tener problemas con el consumo de marihuana, lo cual se puede entender que no son conscientes de su adicción. El 70 % de estos pacientes a veces mantienen comunicación con los padres o apoderados y el 30% no se comunica con los padres, lo cual es preocupante, ya que según la teoría general de las actitudes es fundamental la familia por la función formadora que debe cumplir y esos pacientes se consideran vulnerables según la teoría de las interacciones familiares, donde la comunicación es un aspecto muy importante en la familia. El 15% de los pacientes siempre presenta lagunas mentales y alucinaciones después de consumir marihuana y el 40% a veces; lo que concuerda con la teoría motivacional de la adicción en el 2do componente del proceso adictivo que es la intoxicación o efecto agudo de la droga. De estos pacientes el 25% tiene peleas, accidentes o mal resultado académico como resultado del consumo de marihuana y el 40% a veces. El 10% de los pacientes mencionó llegar a veces al hospital por sobredosis de marihuana. Lo que se relaciona con la intoxicación o el efecto agudo de la marihuana de la teoría de Koob.

Se encontró relación entre el consumo y la autoestima ( $\chi^2 = 0,028$ ) Con respecto a autoestima el 70 % tiene dificultad de interactuar con personas nuevas por miedo a ser juzgados, el 20 % siempre. Loor y Tigua 2015 en su investigación consideran un factor de riesgo tener baja autoestima. El 25% de los pacientes siempre se refugia en el consumo de marihuana cuando tiene problemas y 35% a veces. Como una forma de escape de los problemas, resultado similar al que encontró Lengua 2017. El 75 % de estos pacientes

menciona aceptarse a veces como con y el 25% nunca se aceptan como son. Lo cual se relaciona con la teoría de Maslow y la autoestima.

El 50% de los pacientes no piden ayuda para resolver su problema con consumo de marihuana, el 45% a veces pide ayuda. El 95 % de los pacientes se da por vencido fácilmente ante los problemas lo que se entiende que están vulnerables. El 70% deja de hacer lo que planeaba por consumir marihuana, por lo que Loo y Tigua baja autoestima y falta de control de su propia vida que concuerda con la teoría de Maslow. En el 60 % de estos pacientes tienen familiares o amigos que muestran preocupación por su consumo, y en el 35% nunca; En la teoría general de las actitudes se menciona la importancia de la familia para el desarrollo moral que nos ayuda a entender el problema de los pacientes consumidores.



## VII. CONCLUSIONES

- A. El presente estudio, factores de riesgo en el incremento de consumo de marihuana en adolescentes pacientes del Hospital, se identificó el consumo como un riesgo el 25% con un entorno con consumo, el 75% con acceso fácil a la adquisición en su barrio lo que conlleva a que se involucren en actividades ilegales, lo que genera a sufrir violencia física, psicológica en su hogar y fuera de ella.
- B. Se identificó que hay asociación entre el hogar de procedencia y el incremento de consumo de marihuana en adolescentes pacientes, el 85% se relacionaron mejor con otras personas que con la familia, en un 55% refieren, que sus padres no están atentos de las actividades de sus hijos, en un 50% carecen de normas, reglas límites en un 95% crean problemas en el hogar y fuera de ella lo que se relaciona con la familia disfuncional, con entorno familiar con consumo, y accesibilidad a la marihuana.
- C. Se demuestra la influencia de la presión social en el incremento de consumo de marihuana, los adolescentes en un 65% toman sus propias decisiones en forma negativa, el 65% son obligados a consumir marihuana, el 90% cuando no aceptan el consumo son excluidos o rechazados del grupo, el 50% no sienten culpa frente al consumo y el 50% no se muestran afecto entre la familia, lo que demuestra la presión social en el incremento de consumo de marihuana.
- D. Se identificó la influencia del abandono moral, el 80% de los adolescentes mencionan no tener problemas con el consumo lo que permite evaluar al paciente en la etapa pre contemplativa que sigue en terapia con la motivación prestada por el familiar directo, el 30% no tiene comunicación con los padres, el 15% tiene lagunas mentales, el 25% tiene problemas o accidentes y el 10% llegó al hospital por un

accidente o intoxicación se identificó el abandono moral con la falta total del apoyo emocional, comunicacional y conductual por de la familia del adolescente.

- E. Se identificó la influencia de la autoestima en el incremento de consumo de marihuana en adolescente pacientes, el 70% tuvo dificultad de interactuar con otras personas por el rechazo a ser juzgados, el 25% se refugian el consumo cuando tienen problemas o forma de escape, el 25% no se aceptan como son, el 50% no pide ayuda para solucionar sus problemas, el 95% se da por vencido fácilmente ante los problemas y el 70% deja de hacer sus obligaciones lo que género que los adolescentes tienen una baja autoestima y falta de control de su propia vida.

## VIII. RECOMENDACIONES

- A. Recomendar al gerente del departamento de salud mental para implementar el área de adicciones para la intervención con trabajo en equipo de pacientes con consumo de marihuana que presentan factores de riesgo individual, familiar de trabajo en equipo y ser rehabilitados
- B. Recomendar a las familias el trabajo de intervención terapéutica con la comunicación asertiva, capacidad de escucha, demostrar afecto, atención y preocupación con quien y donde anda. Fomentar la autoestima en los pacientes, plantear proyecto de vida, enseñar a decir no
- C. Intervención multidisciplinaria en las familias para identificar las señales de presión de grupo, estableciendo normas y reglas de convivencia, límites
- D. Se sugiere ser integrante de la Mesa de Concertación de lucha contra las drogas para plantear el trabajo con los distintos medios de comunicación sobre los factores de riesgo que conducen al consumo de marihuana para disminuir el consumo.

## IX. REFERENCIAS

- Alonso, J. (1999). *Comportamiento del consumidor*. [https://scholar.google.com.pe/scholar?q=Alonso,+J.+\(1999\).+Comportamiento+d+el+consumidor.&hl=es&as\\_sdt=0&as\\_vis=1&oi=scholart](https://scholar.google.com.pe/scholar?q=Alonso,+J.+(1999).+Comportamiento+d+el+consumidor.&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart)
- Barragán, M. (2010). *Factores de riesgo que consideran los escolares inciden en el consumo de drogas ilícitas en adolescentes*. Colombia.: (Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Javeriana). Repositorio Institucional <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/>.
- Barragán, M. (2010). *Factores de riesgo que consideran los escolares inciden en el consumo de drogas ilícitas en adolescentes*. . Colombia. : (Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Javeriana). Repositorio Institucional <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9680/tesis19-7.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.
- Bertalanffy, L. (1951). "Teoría general del sistema – Un nuevo enfoque de la unidad de la ciencia" (Simposio). *Biología humana*, 23(18), 303-361.
- Briñol, P., Horcajo, J., Becerra, A., Falces, C., y Sierra, B. (2022). Cambio de actitudes implícitas. . *Psicothema*, 14, (6), 771-775.
- Bueno, L., Guerrero, J., y Pedrajas, R. (2018). *Prevalencia de consumo de marihuana en es mediante de secundaria de instituciones educativas estatales de Ventanilla*. . *Rev Enferm Hered*. 8(1):17-23. .
- Callisaya, J. (2018). Factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas en jóvenes del municipio de La Paz. . *Drugs and Addictive Behavior*, 3(1), 52-74. Doi: <https://doi.org/10.21501/24631779.2635>.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. (2019). Durante el 2021, el 30 % de las llamadas a la línea gratuita 1815 fueron realizadas por problemas relacionados con esta droga. Lima.: *Revista Peruana digital*. <https://www.gob.pe/institucion/devida/noticias/588761-devida-especialistas-de-habla-franco-recomiendan-evitar-el-consumo-de-marihuana>.

- Espinel, L., Mejía, D., Fajardo, B., Pérez, D., y Núñez, A. (2015). *Factores de riesgo que causan el consumo de las drogas ilícitas en los jóvenes (Diplomado)*. . Colombia.: Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades, Colombia. <https://stadium.unad.edu.co/preview/UNAD.ph>.
- Fairlie, A., y Frisancho, D. (1998). Teoría de las interacciones familiares. . *IPSI Revista de Investigación en Psicología*, 1(2), 41 - 74.
- Falcon, J. (2019). *Investigación: Factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes de la Institución Educativa “José Olaya Balandra” en La Perla-Callao, 2018*. [Tesis de grado, Universidad Inca Garcilazo de la Vega. Facultad de Psicología y Trabajo Social. Lima Perú] Repositorio Institucional: [http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/4368/TRABSUFICIE\\_NCIA\\_FALCON\\_JHOSELYN.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/4368/TRABSUFICIE_NCIA_FALCON_JHOSELYN.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- Fishbein, M., y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitudes, intention and behaviour. An introduction to theory and research*. Massachussets: Addison Wesley.
- Fondo de investigación de protección social. (2019). *Revisión de la protección de las familias monoparentales por parte de la seguridad social*. Madrid.: FPPS. Artículo en internet. <http://www.seg-social.es/wDsvvcmyCoimect/wss/265d3063e2bb4e04aebd21205b74edc4/PF0931.pdf?MOD=AJPERES&CYID>.
- Fuentes, G., y Morales, M. (2015). *Revisión teórica del concepto de abandono: Una mirada multidisciplinaria*. México. [https://www.researchgate.net/publication/341283831\\_Revision\\_teorica\\_del\\_concepto\\_de\\_abandono\\_Una\\_mirada\\_multidisciplinaria/link/5eb8b4604585152169c57942/download](https://www.researchgate.net/publication/341283831_Revision_teorica_del_concepto_de_abandono_Una_mirada_multidisciplinaria/link/5eb8b4604585152169c57942/download).
- Gutiérrez, A. (2015). *Nivel de conocimiento acerca del consumo de drogas en jóvenes estudiantes de una Universidad de Lima Metropolitana. VI Simposio Jornada de Investigación*. Lima, Perú.: Universidad Norbert Wiener, Recuperado en: [https://intranet.uwiener.edu.pe/univwiener/portales/centroinvestigacion/documentacion/VI\\_SIMPOSIO\\_JORNADA\\_DE\\_INVESTIGACION\\_2015.pdf](https://intranet.uwiener.edu.pe/univwiener/portales/centroinvestigacion/documentacion/VI_SIMPOSIO_JORNADA_DE_INVESTIGACION_2015.pdf).

- INEI. (2015). *Características del Hogar*. Lima, Perú.: Recuperado en: <https://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0838/libro14/cap05.pdf>.
- INEI. (2023). *Instituto Nacional de Estadística e Informática. Tráfico de Drogas*. Huancayo: <https://m.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/drug-dealing/>.
- Koob, G., y Le Moal, M. (1997). Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation. . *Science* 27(8), 52-58.
- Lengua, S. (2017). Deterioro de las relaciones familiares facilita aparición de adicciones en adolescentes. *Revista su Salud*, 2(6)1-12
- Loor, P., y Tigua, J. (2015). *Factores que influyen en el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes de 13 a 14 años de edad en la réplica del Colegio Vicente Roca Fuerte, 2014 - 2015*. (Tesis de licenciatura, Universidad de Guayaquil, Ecuador). Repositorio Institucional: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/9345>.
- Martínez, G., Báez, P., y Torres, C. (2020). Relación Entre Presión Social y Autoconcepto Físico En Jóvenes Victorenses. . *Psicología y Salud* 31(1),113–121.
- Maslow, A. (1970). *Las necesidades humanas y su relación con los cuidadores*.
- Méndez, M., Ruiz, A., Prieto, B., y Romano, A. (2021). El cerebro y las drogas, sus mecanismos neurobiológicos. *Salud Mental* 33(45), 14-56.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2021). *Ley N° 27337.- Aprueba el Nuevo Código de los Niños y Adolescentes*. Lima, Perú. <https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dga/nuevo-codigo-ninos-adolescentes.pdf>.
- MINSA. (2019; pp. 47-50). *Norma técnica de salud para la atención integral de salud de los adolescentes*. Lima, Perú.: Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral Etapa de Vida Adolescente y Joven. Recuperado en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4942.pdf>.
- Navarro, D. (2008). *Factores de riesgo y factores protectores individual y familiar*. [Tesis De grado, Universidad Nacional del Santa, Nuevo Chimbote. Repositorio Institucional UNAC

[http://biblioteca.uns.edu.pe/saladocentes/archivovoz/publicacionez/factores\\_de\\_riesgo\\_y\\_protectores\\_.pdf](http://biblioteca.uns.edu.pe/saladocentes/archivovoz/publicacionez/factores_de_riesgo_y_protectores_.pdf).

ONU. (2022). *Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Informe Mundial sobre las las Drogas*. Viena, Austria.: Naciones Unidas UNOC. (Citado 23 de febrero 2023). <https://www.iuiodc.org/docmnents/data-and-analvsis/WDR2022WDR2022Spanishweb.pdf>.

Palacios, C. (2009). *La moral: un concepto, muchas interpretaciones, en Contribuciones a las Ciencias Sociales*. . Recuperado en: [www.eumed.net/rev/cccss/03/cpt.htm](http://www.eumed.net/rev/cccss/03/cpt.htm).

Perea, C. (2004). *Concertación Multisectorial en la lucha contra las drogas*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad Psicología, Lima Perú] Repositorio Institucional UNMSM [https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/perea\\_chc/perez\\_cc.pdf](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/perea_chc/perez_cc.pdf).

Pons, J., y Buelga, S. (1994). *Familia y conductas desviadas: el consumo de alcohol. El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid.: Plan Nacional sobre Drogas.

Ramírez, S. (2017). *Factores de riesgo de consumo de drogas en adolescentes del barrio El Porvenir del distrito de La Victoria*. .[Tesis de maestría, Universidad César Vallejo, Perú] Repositorio Institucional UCV <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/16168>.

Rice, P. (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid.: Prentice Hall.

Secord, P., y Backman, C. (1964). *Social psychology*. . McGraw-Hill.

Sedano, J. (1999). Los factores de riesgo. La Habana, Cuba.: *Rev Cubana Med Gen Integr*.15(4), 1-14. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251999000400018](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400018).

Tirado, A., Álvarez, M., Velásquez, J., Gómez, L., Ramírez, C., y Vargas, A. (2009). Prevalencia y factores de riesgo para el consumo y dependencia de drogas en estudiantes de una universidad de Medellín, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 30(1):38-446. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a05.pdf> .

Watzlawick, P. (1973). *Teoría de la comunicación humana*. Buenos Aires.: Tiempo Contemporáneo.

## **X. ANEXOS**



### Anexo A: Matriz de consistencia

#### FACTORES DE RIESGO EN EL INCREMENTO DE CONSUMO DE MARIHUANA EN ADOLESCENTES PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANCAYO 2021- 2025

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
Que factores de riesgo influyen en el incremento de consumo de marihuana en adolescentes pacientes del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo 2021- 2025	“Analizar los factores de riesgo en el incremento de consumo de marihuana en adolescentes pacientes del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo 2021-2025”	Existen factores de riesgo que influyen en el incremento del consumo de marihuana son el hogar de procedencia, presión social, abandono moral, autoestima. en adolescentes pacientes del Hospital Carrión.	<p><u>Consumo</u> <u>Variable 1</u> <b>Hogar de procedencia</b> Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tipo de familia</li> <li>Familia funcional</li> <li>Familia extensa</li> <li>Familia monoparental</li> <li>Familia unipersonal</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Entorno familiar con consumo</li> <li>Hay antecedentes de consumo en la familia</li> </ul> <p><u>Variable 2</u> <b>Presión social</b> Dimensiones: <b>Presión de grupo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se deja influenciar por el entorno social</li> </ul> <p><b>Afectividad</b> El estado mental influye con el consumo de marihuana</p> <p><u>Variable 3</u> Abandono moral Dimensiones: Comunicación familiar</p> <p><b>Perdida del juicio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Crees tener problemas con el consumo de marihuana</li> <li>Puedes comunicarte con las personas</li> </ul> <p><b>Vulnerabilidad</b></p>	<p><b><u>TIPO DE INVESTIGACIÓN</u></b> Investigación aplicada, porque buscar mejorar el cambio de actitudes, asumiendo las intervenciones familiar e individual.</p> <p><b><u>NIVEL DE INVESTIGACIÓN</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Por su alcance temporal:</li> <li>Esta investigación es longitudinal prospectivo del 2021 al 2025.</li> <li>Por su profundidad, es correlación, Porque las variables están asociadas mediante un patrón predecible para un grupo de personas que acuden al hospital.</li> <li>Por su carácter es mixta cuantitativa y cualitativo.</li> </ul> <p><b><u>POBLACIÓN:</u></b> Pacientes Adolescentes de 13 a 19 años que consumen marihuana y acuden al hospital</p> <p><b><u>MUESTRA:</u></b> Pacientes adolescentes de 13 a 19 años que consumen marihuana y acuden al Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo durante el 2021 desde agosto a diciembre, 20 adolescentes. Entrevista <b><u>TÉCNICA:</u></b> Entrevista y Cuestionario</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• tienes alguna enfermedad</li> <li>• Te aceptas tal como eres</li> </ul>	
	Identificar la relación que existe entre el hogar de procedencia y el incremento de consumo de consumo de marihuana en adolescentes pacientes del Hospital Carrión” de Huancayo 2021-2025”	Existe asociación entre El hogar de procedencia y el consumo de marihuana en los en adolescentes pacientes del Hospital Carrión.	<u>Variable 1</u> Funcionalidad familiar	
	Demostrar la influencia de la presión social en el incremento de consumo de marihuana en adolescentes pacientes del Hospital Carrión” de Huancayo 2021-2025”	La presión social influye significativamente en el consumo de drogas en adolescentes pacientes del Hospital Carrión.	: <u>Variable 2</u> Presión social	
	Identificar la influencia del abandono moral en el incremento de consumo de marihuana en adolescentes pacientes del Hospital Carrión” de Huancayo 2021-2025”	El abandono moral influye en el consumo de marihuana en adolescentes pacientes del Hospital Carrión.	<u>Variable 3</u> Abandono moral ¿crees tener problemas con el consumo de marihuana?	
	Identificar la influencia de la autoestima el incremento de consumo de marihuana en adolescentes pacientes del Hospital “Carrión” de Huancayo 2021-2025”	La autoestima influye en el consumo de marihuana en adolescentes pacientes del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo 2021-2025.	<u>Variable 4</u> Autoestima	

### Anexo B: Instrumentos de medición

#### CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO EN INCREMENTO DE CONSUMO:

Edad..... ( ) Edad de inicio de consumo .....

Grado de instrucción: Primaria ( ) Secundaria ( ) Técnica ( )  
Universitaria ( )

Estado civil: soltero ( ) Casado ( ) Conviviente ( ) separado ( )

Ocupación: Estudiante ( ) Empleado ( ) otros ( )

Lugar de procedencia: Huancayo ( ) Distritos ( ) Otros departamentos ( )

Vive con padres ( ) Vive con tíos o abuelos ( ) Vive con solo padre o madre ( ) Vive solo ( )

**Instructivo:** Por favor conteste todas las preguntas que se presentan a continuación con absoluta seriedad y sinceridad. Marque con una X la respuesta que usted considere apropiada, la información que usted proporcione es estrictamente confidencial.

PREGUNTAS		PREGUNTAS		
		Nunca	A veces	Siempre
<b>FACTORES DE RIESGO CONSUMO</b>				
1	¿En tu entorno social hay consumidores de marihuana?			
2	¿En tu barrio venden marihuana?			
3	¿Con el dinero que te dan tus padres compras de marihuana?			
4	¿Te has involucrado en actividades ilegales con tal de obtener marihuana?			
5	¿En tu hogar hay violencia?			
<b>HOGAR DE PRECEDENCIA</b>				
6	¿Se sienten más unidos entre los miembros de la familia que con otros que no son de la familia?			

7	En general ¿tu padre, madre o apoderado se fija o conoce los programas que ves en la televisión o páginas de internet que visitas?			
8	¿Tu padre, madre o apoderado ponen reglas, limites en tu hogar y fuera de ella?			
9	¿Tu padre, madre o apoderado están atentos a lo que haces en tus estudios?			
10	¿Con que frecuencia el consumo de marihuana ha creado problemas con tus padres?			
11	¿En tu hogar alguien consume marihuana?			
<b>PRESIÓN SOCIAL</b>				
12	¿Tomas tus propias decisiones?			
13	¿Te han obligado a consumir marihuana?			
14	¿Te excluyen del grupo cuando no aceptas consumir marihuana?			
15	¿Alguna vez te has sentido mal o culpable por hacer uso de marihuana?			
16	¿En tu hogar se demuestran afecto?			
<b>ABANDONO MORAL</b>				
17	¿Crees tener problemas con el consumo de marihuana?			
18	¿Puedes comunicarte con tus padres o apoderado?			
19	¿Has tenido lagunas mentales o alucinaciones como resultado de tu consumo de marihuana?			
20	¿Has tenido problemas debido a tu consumo (peleas, accidentes, mal resultado académico)?			
21	¿Has llegado al hospital con algunas de estas enfermedades (VIH o TBC), y sobredosis por consumir marihuana?			
22	Durante los fines de semana, ¿tu padre, madre o apoderado controlan tu hora de llegada en la noche?			

AUTOESTIMA				
23	¿te cuesta conocer gente nueva porque te da miedo que te juzguen?			
24	¿Cuándo hay violencia en tu hogar te refugias en el consumo de marihuana?			
25	¿Te aceptas como eres?			
26	¿Has pedido a alguien que te ayude a resolver tu problema de consumo de marihuana?			
27	¿me doy por vencido fácilmente frente a un problema?			
28	¿Con que frecuencia dejo de hacer lo que se esperaba de usted por su consumo?			
29	¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha demostrado preocupación por tu consumo?			

## Anexo C: Juicio de expertos

### FICHA DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

#### I. INFORMACIÓN DEL INSTRUMENTO

- Nombre del instrumento: Cuestionario de factor de riesgo
- Autores del instrumento: La que suscribe se basa Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III (FACES III), University Minnesota.
- Adaptación: Escala superior de la salud estudio descriptivo trabajo fin de grado, ASGIST Estrategia sanitaria nacional de salud mental y cultura de paz Lima, Perú-2016

#### II. INFORMACIÓN DEL EXPERTO

- Nombres y apellidos: *German Felix Palomino Vega*
- Título profesional: *Lic. Psicología*
- Grado académico: *Magister en Educación Superior*
- Especialización o experiencias: *Psicoterapia t.c.e*
- Cargo actual: *Docente Universidad continental*
- Institución donde labora: *Universidad Continental*
- Dirección domiciliar: *Av. Jorge Chavez*
- Lugar y fecha: *Huancayo 16/08/2021* Teléfono actual: *948 06 3733*

#### III. INDICACIONES

Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems del instrumento anexo, marque con una X en la casilla que considere conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional indicando si cuenta o no con los requisitos mínimos, en cuanto a:

- Pertinencia:** El grado de correspondencia entre el enunciado del ítem y lo que se pretende medir.
- Claridad conceptual:** Hasta qué punto el enunciado del ítem no genera confusión o contradicción.
- Redacción:** Si la sintaxis, ortografía y la terminología utilizadas son apropiadas.
- Escala y codificación:** Si la escala empleada en cada ítem es apropiada y la misma ha sido debidamente codificada.
- Formato:** La forma como se presentan los ítems y el instrumento en general.

La escala de evaluación es:

1. Inaceptable    2. Deficiente    3. Regular    4. Bueno    5. Excelente

Dimensiones	Subdimensiones	Criterios/Indicadores	Escala					Observación por ítem
			1	2	3	4	5	
Factor de riesgo	Consumo Medioambiente	1. ¿En tu entorno social hay consumidores de marihuana?				X		
		2. ¿En tu barrio venden marihuana?				X		
		3. ¿Con el dinero que te dan tus padres compras de marihuana?				X		
		4. ¿Se has involucrado en actividades ilegales con tal de obtener marihuana?					X	
		5. ¿En tu hogar hay violencia?					X	
Hogar de procedencia	Tipo de familia	6. ¿Se sienten más unidos entre los miembros de la familia que con otros que no son de la familia?					X	

		hora llegas a tu casa en la noche?				X	
Autoestima	Tipos de autoestima	23. ¿Te cuesta conocer gente nueva porque te da miedo que te juzguen??				X	
		24. ¿Cuándo hay violencia en tu hogar te refugias en el consumo de marihuana?				X	
		25. ¿Te aceptas como eres?				X	
		26. ¿Has pedido a alguien que te ayude a resolver tu problema de consumo de marihuana?				X	
		27. ¿Me doy por vencido fácilmente frente a un problema?				X	
		28. ¿Con que frecuencia dejas de hacer lo que planeabas por tu consumo?				X	
		29. ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha demostrado preocupación por tu consumo?				X	

Observaciones adicionales:

.....  
 .....

Dictamen:

Autorizo aplicación del instrumento (X)

No autorizo aplicación del instrumento ( )

  
 Apellidos y Nombres: **Carolina Fátima Palacios Vique**  
 Psicóloga  
 C.R. 31366  
 BNI N° .....

## FICHA DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

## I. INFORMACIÓN DEL INSTRUMENTO

- Nombre del instrumento: Cuestionario de factor de riesgo
- Autores del instrumento: La que suscribe se basa Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales II (FACES II), University Minnesota.
- Adaptación: Escala superior de la salud estudio descriptivo trabajo fin de grado, ASSIST Estrategia sanitaria nacional de salud mental y cultura de paz Lima, Perú-2016

## E. INFORMACIÓN DEL EXPERTO

- Nombres y apellidos: JAVIER LUIS BAUTISTA SOTO
- Título profesional: LIC. EN PSICOLOGIA
- Grado académico: MAGISTER
- Especialización o experiencias: TERAPIA SISTEMICA FAMILIAR
- Cargo actual: DECANO DEL COLEGIO DE PSICOLOGOS
- Institución donde labora: H.R.V.C.A " DANIEL A. CARRION " HUANCAYA
- Dirección domiciliar: J.P. SEBASTIAN LOPEZ 110 EL TAMBO - HYO
- Lugar y fecha: 01 SEPTIEMBRE 2011 Teléfono actual: 964 936 008

## II. INDICACIONES

Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems del instrumento anexo, marque con una X en la casilla que considere conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional indicando si cuenta o no con los requisitos mínimos, en cuanto a:

- **Pertinencia:** El grado de correspondencia entre el enunciado del ítem y lo que se pretende medir.
- **Claridad conceptual:** Hasta qué punto el enunciado del ítem no genera confusión o contradicción.
- **Redacción:** Si la sintaxis, ortografía y la terminología utilizadas son apropiadas.
- **Escala y codificación:** Si la escala empleada en cada ítem es apropiada y la misma ha sido debidamente codificada.
- **Formato:** La forma como se presentan los ítems y el instrumento en general.

La escala de evaluación es:

1. Inaceptable | 2. Deficiente | 3. Regular | 4. Bueno | 5. Excelente

Dimensiones	Subdimensiones	Criterios/indicadores	Escala					Observación por ítem
			1	2	3	4	5	
Factor de riesgo	Consumo Medioambiente	1. ¿En tu entorno social hay consumidores de marihuana?					X	
		2. ¿En tu barrio venden marihuana?					X	
		3. ¿Con el dinero que te dan tus padres compras de marihuana?					X	
		4. ¿Se has involucrado en actividades ilegales con tal de obtener marihuana?					X	
		5. ¿En tu hogar hay violencia?					X	
Hogar de procedencia	Tipo de familia	6. ¿Se sienten más unidos entre los miembros de la familia que con otros que no son de la familia?					X	





## FICHA DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

## INFORMACIÓN DEL INSTRUMENTO

- Nombre del instrumento: Cuestionario de factor de riesgo
- Adores del instrumento: La que suscribe se basa Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES-III), University Minnesota.
- Adaptación: Escala superior de la salud estudio descriptivo trabajo fin de grado, ASSIST Estrategia sanitaria nacional de salud mental y cultura de paz Lima, Perú-2016

## INFORMACIÓN DEL EXPERTO

- Nombres y apellidos: *Victoria Judith Anderson Fochi*
- Título profesional: *Dr. En Enfermería*
- Grado académico: *Post. Gestión Pública y Saludabilidad*
- Especialización o experiencias: *Especialista Salud Pública y Comunitaria / Desarrollo Humano*
- Cargo actual: *Ejecutiva en ESMTSS*
- Institución donde labora: *H.P.O.C.A. "Daniel A. Carrión"*
- Dirección domiciliar: *Calle 1<sup>ra</sup> de Haya N.º 706 El Tambo*
- Lugar y fecha: *Haya 14 de Setiembre 2021* Teléfono actual: *962703535*

## I. INDICACIONES

Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems del instrumento anexo, marque con una X en la casilla que considere conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional indicando si cuenta o no con los requisitos mínimos, en cuanto a:

- **Pertinencia:** El grado de correspondencia entre el enunciado del ítem y lo que se pretende medir.
- **Claridad conceptual:** Hasta qué punto el enunciado del ítem no genere confusión o contradicción.
- **Redacción:** Si la sintaxis, ortografía y la terminología utilizadas son apropiadas.
- **Escala y codificación:** Si la escala empleada en cada ítem es apropiada y la misma ha sido debidamente codificada.
- **Formato:** La forma como se presentan los ítems y el instrumento en general.

La escala de evaluación es:

1. Inaceptable    2. Deficiente    3. Regular    4. Bueno    5. Excelente

Dimensiones	Subdimensiones	Criterios/Indicadores	Escala					Observación por ítem
			1	2	3	4	5	
Factor de riesgo	Consumo Medioambiente	1. ¿En tu entorno social hay consumidores de marihuana?					X	
		2. ¿En tu barrio venden marihuana?					X	
		3. ¿Con el dinero que te dan tus padres compras de marihuana?					X	
		4. ¿Se has involucrado en actividades ilegales con tal de obtener marihuana?					X	
		5. ¿En tu hogar hay violencia?					X	
	Tipo de familia	6. ¿Se sienten más unidos entre los miembros de la					X	



Universidad Nacional  
Federico Villarreal

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

		TBC?, y sobredosis por consumir marihuana?							
		22. Durante los fines de semana ¿tu padre, madre o apoderado controlan a qué hora llegas a tu casa en la noche?					X		
Autoestima	Tipos de autoestima	23. ¿Te cuesta conocer gente nueva porque te da miedo que te juzguen??					X		
		24. ¿Cuándo hay violencia en tu hogar te refugias en el consumo de marihuana?					X		
		25. ¿Te aceptas como eres?					X		
		26. ¿Has pedido a alguien que te ayude a resolver tu problema de consumo de marihuana?						X	
		27. ¿Me doy por vencido fácilmente frente a un problema?						X	
		28. ¿Con que frecuencia dejas de hacer lo que planeabas por tu consumo?						X	
		29. ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha demostrado preocupación por tu consumo?						X	

Observaciones adicionales:

*Se autoriza aplicación del instrumento para cumplimiento de requisitos exigidos por la Universidad para el desarrollo de Tesis*

Dictamen:

Autorizo aplicación del instrumento (X)

No autorizo aplicación del instrumento ( )

Apellidos y Nombres.....  
DNI N° .....

## FICHA DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

## I. INFORMACIÓN DEL INSTRUMENTO

- Nombre del instrumento: Cuestionario de factor de riesgo
- Autores del instrumento: Lo que suscribe se basa Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales II (FACES II), University Minnesota.
- Adaptación: Escala superior de la salud estudio descriptivo trabajo fin de grado, ASSIST Estrategia sanitaria nacional de salud mental y cultura de paz Lima, Perú-2016

## II. INFORMACIÓN DEL EXPERTO

- Nombre y apellidos: *Gloria Esperanza Santa María Chumbor*
- Título profesional: *Ingeniero en Enfermería*
- Grado académico: *Maestría en Enfermería*
- Especialización o experiencias: *Especialista en Emergencias y Desastres*
- Cargo actual: *Coordinadora de la Unidad de Gestión de Riesgos y Desastres*
- Institución donde labora: *Hospital Regional Docente Gloria Bertrugues Dávila Cusco*
- Dirección domiciliar: *Jr. Obispo Valdivia 148 - El Tambor*
- Lugar y fecha: *Uyo: 16-09-2021* Teléfono actual: *945253970*

## III. INDICACIONES

Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems del instrumento anexo, marque con una X en la casilla que considere conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional indicando si cuenta o no con los requisitos mínimos, en cuanto a:

- **Pertinencia:** El grado de correspondencia entre el enunciado del ítem y lo que se pretende medir.
- **Claridad conceptual:** Hasta qué punto el enunciado del ítem no genera confusión o contradicción.
- **Redacción:** Si la sintaxis, ortografía y la terminología utilizadas son apropiadas.
- **Escala y codificación:** Si la escala empleada en cada ítem es apropiada y la misma ha sido debidamente codificada.
- **Formato:** La forma como se presentan los ítems y el instrumento en general.

La escala de evaluación es:

1. Inaceptable | 2. Deficiente | 3. Regular | 4. Bueno | 5. Excelente

Dimensiones	Subdimensiones	Criterios/Indicadores	Escala					Observación por ítem
			1	2	3	4	5	
Factor de riesgo	Consumo Medioambiente	1. ¿En tu entorno social hay consumidores de marihuana?				X		
		2. ¿En tu barrio venden marihuana?				X		
		3. ¿Con el dinero que te dan tus padres compras de marihuana?					X	
		4. ¿Se has involucrado en actividades ilegales con tal de obtener marihuana?				X		
		5. ¿En tu hogar hay violencia?					X	
Hogar de procedencia	Tipo de familia	6. ¿Se sienten más unidos entre los miembros de la familia que con otros que no son de la familia?					X	

		hora llegas a tu casa en la noche?				X		
Autoestima	Tipos de autoestima	23. ¿Te cuesta conocer gente nueva porque te da miedo que te juzguen??					X	
		24. ¿Cuándo hay violencia en tu hogar te refugias en el consumo de marihuana?				X		
		25. ¿Te aceptas como eres?					X	
		26. ¿Has pedido a alguien que te ayude a resolver tu problema de consumo de marihuana?					X	
		27. ¿Me doy por vencido fácilmente frente a un problema?					X	
		28. ¿Con qué frecuencia dejas de hacer lo que planeabas por tu consumo?					X	
		29. ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha demostrado preocupación por tu consumo?					X	

Observaciones adicionales:

.....

.....

Dictamen:

Autorizo aplicación del instrumento ( )      No autorizo aplicación del instrumento ( )

Apellidos y Nombres.....  
DNI N°.....