



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

FACTORES ASOCIADOS CON EL “OFRECIMIENTO DE CANNABIS” EN LA
CONDUCTA DE INICIACIÓN DEL CONSUMO EN ESCOLARES PERUANOS EN
EL ESTUDIO NACIONAL DE DEVIDA 2020

Línea de investigación:

Salud Mental

Tesis para optar el Grado Académico de Maestro en Salud Pública

Autor

Cruz Díaz, José Eduardo

Asesor

Díaz Dumont, Jorge
(ORCID: 0000-0003-0921-338X)

Jurado

La Rosa Botonero, José Luis
Quezada Ponte, Elisa
Astocondor Fuertes, Ana María

Lima - Perú

2022

Referencia:

Cruz, J. (2022). *Factores asociados con el "ofrecimiento de cannabis" en la conducta de iniciación del consumo en escolares peruanos en el estudio nacional de DEVIDA 2020* [Tesis de maestría en la Universidad Nacional Federico Villarreal]. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6348>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

FACTORES ASOCIADOS CON EL “OFRECIMIENTO DE CANNABIS”
EN LA CONDUCTA DE INICIACIÓN DEL CONSUMO
EN ESCOLARES PERUANOS EN EL ESTUDIO NACIONAL DE DEVIDA 2020

Línea de Investigación:
Salud Mental

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

Autor
Cruz Díaz, José Eduardo

Asesor
Díaz Dumont, Jorge
ORCID: 0000-0003-0921-338X

Jurado
La Rosa Botonero, José Luis
Quezada Ponte, Elisa
Astocondor Fuertes, Ana María

Lima - Perú
2022

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	6
1.1.	Planteamiento del problema	8
1.2.	Descripción del problema.....	10
1.3.	Formulación del problema	12
-	Problema general	12
-	Problemas específicos	12
1.4.	Antecedentes	12
1.5.	Justificación de la investigación.....	16
1.6.	Limitaciones de la investigación	18
1.7.	Objetivos	18
-	Objetivo general.....	18
II.	MARCO TEÓRICO	19
2.1.	Marco conceptual	19
III.	MÉTODO.....	43
3.1.	Tipo de investigación	43
3.2.	Población y muestra	43
3.2.1.	Población.....	43
3.2.2.	Muestra.....	43
3.3.	Operacionalización de variables.....	44
3.4.	Instrumentos	47
3.5.	Procedimientos	48
3.6.	Análisis de datos.....	50
IV.	RESULTADOS	51
4.1.	Análisis e interpretación.....	51
V.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	59
VI.	CONCLUSIONES	62
VII.	RECOMENDACIONES	63
VIII.	REFERENCIAS	64
IX.	ANEXOS.....	78

TABLAS

Tabla 1.	Cuadro de operacionalización de variables.	47
Tabla 2.	Incidentes del último año y no consumidores	51
Tabla 3.	Incidentes del último año y no consumidores por sexo.....	52
Tabla 4.	Incidentes del último año y no consumidores por año de estudios ...	53
Tabla 5.	Estudiantes que han tenido Ofrecimiento de Cannabis	54
Tabla 6.	Estudiantes que tienen amigos con consumo problemático de drogas ilegales	55
Tabla 7.	Estudiantes que tienen familiares con consumo problemático de drogas ilegales.....	55
Tabla 8.	Prueba de Chi Cuadrado	56
Tabla 9.	Variables en la ecuación	58

ANEXOS

Anexo 1.	Matriz de Consistencia	78
Anexo 2.	Consentimiento Informado	79
Anexo 3.	Cuestionario de la VI Encuesta Nacional De Estudiantes De Secundaria 2017.....	80
Anexo 4.	Carta de Compromiso de uso de base de datos	95
Anexo 5.	Contenido de las bases de datos entregadas	96

RESUMEN

El consumo de drogas ilegales representa un importante riesgo para el proceso de maduración de los adolescentes. El objetivo del presente estudio es identificar la asociación de los antecedentes de consumo problemático de drogas ilegales en el entorno familiar y amical de los adolescentes y el ofrecimiento de cannabis en la conducta de iniciación del consumo de la sustancia. Se utilizó la base de datos de la Encuesta Nacional de Consumo en Población Escolar de DEVIDA. Se realizó un análisis multivariado de regresión logística para determinar las asociaciones entre la variable respuesta de incidencia anual de consumo de cannabis y las variables predictoras. Los resultados permitieron identificar la importancia de las variables predictoras en el análisis bivariado destacando que el ofrecimiento aumenta las odss de inicio de consumo de cannabis en 36 veces, mientras que los antecedentes de consumo familiar o amical generan una odss de 3 a 4 veces más respectivamente. El análisis de regresión logística no identifica que estos factores incrementen su impacto de manera conjunta, sin embargo, mantienen valores altos de predicción en especial el ofrecimiento que genera 26 veces más probabilidad de inicio en interacción con las otras variables. Los resultados de este estudio ofrecen hallazgos de especial importancia para el diseño de intervenciones de control de la disponibilidad de drogas y programas preventivos en el ámbito escolar.

Palabras clave: consumo de drogas, factores de riesgo, ofrecimiento de cannabis, antecedentes de consumo de drogas, adolescencia.

ABSTRACT

The use of illegal drugs represents a significant risk for the maturation process of adolescents. The objective of this study is to identify the association of the antecedents of problematic use of illegal drugs in the family and friends and the offering of cannabis in the behavior of initiation of the consumption of the substance. The database of the National Survey of Consumption in School Population of DEVIDA was used. A multivariate logistic regression analysis was performed to determine the associations between the response variable of annual incidence of cannabis use and the predictor variables. The results made it possible to identify the importance of the predictive variables in the bivariate analysis, highlighting that the offer increases the odds of starting cannabis use by 36 times, while the history of family or friend use generates an odds of 3 to 4 times more respectively. The logistic regression analysis does not identify that these factors jointly increase their impact, however, they maintain high prediction values, especially the offer that generates 26 times more probability of initiation in interaction with the other variables. The results of this study offer findings of special importance for the design of interventions to control the availability of drugs and preventive programs in the school environment.

Keywords: drug use, risk factors, offering cannabis, history of drug use, adolescence.

I. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha generado suficiente evidencia que confirma los graves problemas que suscita la presencia del fenómeno globalizado del consumo de drogas en el mundo. Los organismos mundiales que lideran la forma de enfrentar este grave problema, vienen proponiendo importantes cambios en los mecanismos de implementación de políticas públicas para resolver las consecuencias del uso y abuso de sustancias. En el presente siglo se ha producido un viraje en la lucha mundial contra las drogas, desde un mayor peso en las políticas con un enfoque de seguridad pública, focalizado en los hechos de violencia alrededor del tráfico de sustancias, hacia un enfoque de salud pública, en el que se prioriza los daños a la salud de los consumidores. Diversos documentos de política pública internacional, producidos por los principales organismos multilaterales, promueven el desarrollo de acciones de reducción de la demanda de drogas, sin descuidar el control de la oferta de drogas (Organización de los Estados Americanos, 2013; Organización Panamericana para la Salud, 2007).

De manera general los sistemas sanitarios en el mundo no han desarrollado de manera homogénea estrategias sanitarias de salud mental lo suficientemente efectivas. Tal déficit también se ve reflejado en el impacto observado en materia de problemas sanitarios relacionados al uso de drogas, a pesar, que en los últimos años el impacto de estas enfermedades ha sido mucho mayor y va en crecimiento (Atun et al., 2015; Whiteford et al., 2013; World Health Organization, 2014). Este panorama de desatención de los problemas sanitarios generados por el uso y abuso de drogas, alcanza a los países de ingresos altos y se refleja en las brechas presupuestarias, de recursos humanos y de dispositivos asistenciales especializados en tratar los problemas derivados del abuso de drogas. En los países de ingresos medios y bajos los déficits se expresan de una manera más acentuada y generan

brechas mucho más marcadas en relación al presupuesto destinado al sector salud, en específico al de salud mental y la problemática del consumo de drogas. Las debilidades estructurales impactan en un bajo número de profesionales en salud mental y camas psiquiátricas por habitantes entre otras deficiencias (Defensoría del Pueblo, 2009; Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Como parte de las principales acciones que los países desarrollan para enfrentar el creciente consumo de sustancias psicoactivas, se encuentran las acciones de prevención y tratamiento del consumo de drogas, estas acciones se organizan en los países de nuestra región, a través de la organización de los presupuestos públicos nacionales y de los organismos de cooperación internacional. Las acciones de prevención y tratamiento obedecen al diseño de estrategias políticas que permiten la implementación de acciones basadas en directrices de consenso.

La prevención del consumo de drogas es uno de los componentes prioritarios y en base a sus lineamientos se desarrollan las acciones de primera línea, por lo general, con acciones en las poblaciones de mayor vulnerabilidad como la población escolar. En las escuelas, se desarrollan principalmente programas preventivos de tipo universal, es decir, que tienen por objetivo alcanzar al mayor número de individuos en los espacios escolares, para fortalecer las competencias que permitan un desarrollo alejado del consumo de drogas.

Los programas de prevención del consumo de drogas se diseñan en base a enfoques teóricos y metodológicos orientados a disminuir los factores negativos que predisponen a los adolescentes al consumo de drogas y por otro lado fortalecer los aspectos positivos que evitan el uso de drogas. En tal sentido, cobra particular relevancia los estudios e investigaciones que permitan identificar estas características, fundamentales para la mejora en el diseño de las intervenciones con mayor efectividad.

1.1. Planteamiento del Problema

En el Perú, las enfermedades psiquiátricas en conjunto representan el grupo de enfermedades con mayor carga, alcanzando el 12% del total de la carga estimada por todas las enfermedades, con el alcoholismo encabezando la lista (Velásquez, 2009). De otro lado, la adicción a drogas ilegales llega a representar cerca de 50,000 años de vida vividos con discapacidad (Ministerio de Salud, 2014).

Desde un enfoque de salud pública, la principal consecuencia sanitaria del consumo de drogas es su letalidad, es decir, su capacidad de producir muertes de manera directa por sobredosis. Entre las afectaciones indirectas, se encuentra los accidentes fatales, las agresiones y los suicidios, que, entre los jóvenes, constituyen un riesgo elevado de mortalidad (Babor et al., 2010). Otro importante riesgo a la salud del uso de drogas es la progresión a patrones de consumo problemáticos que pueden llevar a conductas adictivas como el abuso y la dependencia. La adicción, dentro de la clasificación internacional de enfermedades (CIE 10), se encuentra considerada como una enfermedad crónica no transmisible, es decir, no solo es considerada una enfermedad con un curso prolongado y para el cual no se tienen previsto alcanzar la cura completa, sino que también, es una enfermedad con un pronóstico de baja adherencia, lo que dificulta alcanzar los objetivos terapéuticos en las intervenciones (Oficina Contra la Droga y el Delito, 2002; Brorson et al., 2013; Cruz Díaz et al., 2016).

Los estudios epidemiológicos sobre consumo de drogas en el Perú identifican prevalencias de consumo de sustancias ilegales por debajo de la media regional en Latinoamérica, no obstante, los valores absolutos dan cuenta de miles de personas involucradas en consumo actual y consumo reciente, por tanto, con necesidades de intervenciones preventivas y de tratamiento (Organización de los Estados Americanos, 2013). Algunas de las tendencias globales que se constatan en nuestra realidad son: 1. El incremento en el consumo de alcohol, un incremento también de los episodios de consumo de esta

sustancia en el grupo de escolares. 2. El consumo de alcohol y tabaco de mujeres equiparado al de los hombres, especialmente en la población joven. 3. Tendencia al incremento de mujeres en consumo de drogas ilegales, especialmente en el caso de cannabis en jóvenes y adolescentes (CEDRO, 2015; DEVIDA, 2010; DEVIDA, 2012a).

La extensa evidencia científica desarrollada en las últimas décadas permite señalar con claridad que la población joven y adolescente es la más vulnerable y viene incrementando progresivamente el riesgo de iniciar el consumo de sustancias a temprana edad. La adolescencia es la etapa de vida donde se generan cambios vitales que van a repercutir en el proceso de maduración, las conductas de consumo de sustancias pueden afectar la culminación de este proceso (Meier et al., 2016). Todo evento que afecta el proceso de desarrollo de los miembros de una sociedad, debe entenderse como un evento que no solo afecta al individuo sino a toda la sociedad en su conjunto.

No se podido establecer con claridad y consenso las causas del consumo de sustancias, existiendo diferentes modelos teóricos y enfoques de investigación que intentan resolver este cuestionamiento. Uno de los más utilizados, por sus implicancias prácticas para el desarrollo de programas de prevención, es el enfoque de factores de riesgo y protección. Bajo este enfoque se ha desarrollado una amplia evidencia estableciendo la importancia de muchos factores involucrados en las diferentes fases del consumo de sustancias. No obstante, al tratarse de un fenómeno complejo y multicausal en el que juega un rol importante la interacción de los factores, se hace necesario profundizar en el estudio de la interacción de los factores, cuya influencia en el individuo puede expresarse en un nivel proximal, distal o inmediato (Petraitis et al., 1995).

La presencia de personas consumidores en el entorno de los adolescentes, así como el ofrecimiento de sustancias, son reconocidas como importantes factores de riesgo. Una interpretación directa nos llevaría a postular la idea que la presencia de ambos factores

incrementaría, por acumulación, el riesgo de consumo. La evidencia acumulada, en general, analiza la presencia de factores de riesgo por separado. Un análisis del comportamiento de estas variables interactuando, puede llevarnos a establecer el real peso de cada factor y su dinámica en la conducta de iniciación de uso de determinada sustancia.

1.2. Descripción del Problema

El consumo de sustancias psicoactivas en el mundo, representa uno de los principales problemas de salud pública. La mayoría de países desarrolla estrategias nacionales incorporadas a sus políticas públicas para implementar programas para la prevención de su uso. Las estadísticas mundiales de consumo de drogas señalan claramente que es en la adolescencia, la etapa de vida en donde se inicia el consumo de drogas. Por tanto, los adolescentes se constituyen en la población más vulnerable en la medida que su uso afecta un periodo crítico del desarrollo del sistema nervioso central (Rice & Barone, 2000). En esta etapa de vida pueden afectarse no solo el desarrollo de funciones neuronales, sino como consecuencia de ello, afectar el desempeño académico en la escuela, problemas sociales, legales y de salud sexual reproductiva (Nsimba & Masseur, 2012; Meyers & Dick, 2010).

El cannabis es la sustancia ilegal de mayor difusión en la mayoría de poblaciones estudiadas. En los últimos años, su uso ha sido objeto de algunas modificaciones en el marco jurídico que la regula y en algunos países se ha flexibilizado su uso por razones medicinales, estos cambios han traído como consecuencia una baja en la percepción de riesgo, y en algunos países, un incremento de su consumo (United Nations Office on Drugs and Crime, 2019). Este riesgo también se produce en nuestro país, con la reciente legalización de su uso con fines medicinales, a esto se suma que no existe un monitoreo permanente de su consumo en las poblaciones escolares, que es donde se debería medir con mayor énfasis los cambios, tras el establecimiento de cambios en las regulaciones.

El estudio de las causas que desencadenan el inicio del consumo da cuenta de muchos

factores de riesgo implicados, así como de factores de protección involucrados en la abstención del consumo. Los estudios de factores de riesgo son abordados con investigaciones que recogen información de estos factores de manera retrospectiva, menos comunes son los estudios de cohorte o longitudinales. El uso común de esta metodología no permite determinar con precisión si el factor aludido estaba presente antes de la aparición de la conducta. Una forma de vencer esa dificultad, ha sido el desarrollo de estudios retrospectivos que incorporan preguntas específicas sobre la presencia de los factores de riesgo previo al inicio del consumo de las sustancias.

Otra dificultad para el análisis e interpretación de la evidencia disponible, es que buena parte de los estudios se han desarrollado en países de ingresos altos, en los que el contexto e indicadores de consumo difieren de manera sustancial con nuestra realidad. La investigación desarrollada en nuestro país ha replicado estudios con los factores de riesgo más generales encontrando confirmación de estas tendencias. Sin embargo, pocos estudios han analizado la interacción de estos factores.

En este marco, la investigación sobre la interacción de los factores de riesgo es insuficiente y en nuestro medio ese déficit es más acentuado. Es importante ampliar el conocimiento de la intervención de estos factores cuyo conocimiento resulta particularmente interesante en la actual coyuntura de flexibilización del marco regulatorio del cannabis, que como se ha podido observar produce un riesgo importante de producir un mayor consumo en la población. Un mejor conocimiento de los factores implicados en el consumo de esta sustancia, contribuirá en la mejora de las acciones de prevención, particularmente en las escuelas que son la principal población objetivo de este tipo de programas.

1.3. Formulación del Problema

Problema general

¿Cuál es la relación que existe entre los antecedentes de consumo problemático de sustancias ilegales en familiares o amigos con el ofrecimiento de cannabis en la conducta de iniciación de consumo en escolares peruanos?

Problemas específicos

- ¿Cuáles es la relación de los antecedentes de consumo problemático de un familiar con el ofrecimiento de cannabis en la conducta de iniciación de consumo en escolares peruanos?
- ¿Cuáles es la relación de los antecedentes de consumo problemático de un amigo con el ofrecimiento de cannabis en la conducta de iniciación de consumo en escolares peruanos?

1.4. Antecedentes

Entender las causas del consumo de drogas ha merecido una extensa preocupación de la comunidad científica desde hace más de medio siglo. Buena parte de la investigación iniciada en los Estados Unidos, se ha dirigido a medir la presencia de factores de riesgo implicados en la conducta de uso de las sustancias. Los estudios para identificar los factores de riesgo han sido replicados en diferentes países hasta la actualidad.

Cada país presenta similitudes, pero también diferentes características de consumo de drogas en sus poblaciones. El consumo de drogas, es un fenómeno dinámico definido en cierta medida por la tipología de las sustancias usadas, los patrones de consumo, así como del contexto de uso. Siendo el consumo de drogas un fenómeno dinámico, en consecuencia, el estudio de sus factores de riesgo requiere una atención permanente por parte de los

investigadores para permanecer actualizados frente a esta cambiante situación.

Antecedentes Internacionales

El fenómeno del consumo de drogas es muy heterogéneo, esta característica básica dificulta el desarrollo de revisiones sistemáticas que permitan identificar factores de riesgo universales. No obstante, el importante avance científico en la materia, se sigue considerando que la investigación para dilucidar la etiología del consumo de drogas es insuficiente. El estudio de los factores de riesgo ha desarrollado un avance que nos lleva actualmente a poder establecer clasificaciones, estas incluyen dimensiones como el riesgo individual, interpersonal y contextual (Hawkins et al., 1992)

La investigación sobre los factores de riesgo ha permitido identificar que existe una contraparte de estos factores, los cuales incrementan la probabilidad de no ocurrencia de la conducta de consumo de sustancias, por tal razón han sido denominadas: factores de protección (Sloboda et al., 2012). Los estudios en este campo coinciden en identificar que las poblaciones más vulnerables son los jóvenes y adolescentes. Hawkins et al. (1992) identificaron 17 factores relacionados a la iniciación del consumo de sustancias en el mismo estudio se identificó que ciertos factores tenían un rol protector frente al consumo de drogas (Hawkins et al., 1992).

Los estudios más recientes en el campo de los factores de riesgo para el consumo de sustancias vienen confirmando muchos de los hallazgos de las etapas iniciales de la investigación.

El consumo de drogas puede iniciarse en la adolescencia temprana y puede progresar a consumos más intensos en cuanto a frecuencia y cantidad. Así como se han identificado factores de riesgo implicados en el inicio de uso de la sustancia, la progresión en el consumo responde también a factores de riesgo que cobran relevancia en las diferentes etapas de consumo (Becoña Iglesias, 2002). De hecho, en los procesos de recuperación de las personas

en tratamiento por uso de sustancias, la identificación de factores de riesgo de recaídas ha merecido la atención de los investigadores.

El inicio temprano de cannabis provoca daños en el desarrollo neuronal y un deterioro persistente hasta la edad adulta (Gorey et al., 2019; Levine et al., 2017). Del mismo modo impacta en el desarrollo de conductas disfuncionales que pueden llegar hasta problemas con la justicia (Green et al., 2016). Por otro lado, se han identificado impactos negativos en otros indicadores sanitarios como accidentes automovilísticos, incremento de visitas a salas de urgencia, incluidas las hospitalizaciones (Hammond et al., 2020).

En este marco de confirmación de muchos factores de riesgo también se ha podido apreciar que una variable decisiva es el ofrecimiento de la sustancia y que a mayor persistencia predispone a un mayor riesgo de inicio de consumo (Siegel et al., 2015). Sin embargo, existen otras variables de tipo protector que favorecen el rechazo al ofrecimiento de consumo de cannabis entre ellas destaca la buena relación paterno filial (Burdzovic et al., 2016).

Antecedentes

Poca investigación específica se ha desarrollada en nuestro país en torno a identificar qué factores pueden ser más relevantes y en qué momento del ciclo de vida cobran importancia, entendiendo que un factor, dependiendo de ciertas condiciones, puede ser un factor de riesgo o por el contrario un factor de protección. Aunque sin declararse dentro del enfoque de factores de riesgo, un estudio realizado en nuestro medio analizó algunas variables denominadas en su estudio como “psicosociales”, se consiguió identificar la presencia del antecedente de un familiar alcohólico en los pacientes con ese mismo diagnóstico (Neyra et al., 2006).

Utilizando la base de datos del estudio en población escolar hecho por la Comisión

Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas de Perú en el 2005, se analizaron algunos factores asociados al consumo de drogas, encontrando que los antecedentes de fracaso escolar, la indisciplina y la disfunción familiar guardaban relación con el consumo de drogas en la etapa escolar. Por otro lado, la participación en familia por parte de los hijos se valoró como factor protector frente al consumo de drogas (Gutiérrez et al., 2009)

Otro estudio en nuestro medio, realizado en la población escolar de educación secundaria, identificó como factores de riesgo al ofrecimiento de drogas y a otros factores asociados a las relaciones familiares (Musayón et al., 2005). Un estudio que investigó características de adolescentes en tratamiento, hijos de padres alcohólicos, encontró factores individuales como la dificultad para decir no y otros factores relacionados a déficits en las relaciones familiares (Mathews & Pillon, 2004). Otro estudio en población escolar secundario de la ciudad de Iquitos, aunque con algunos resultados contradictorios, encontró con un análisis bivariado que los alumnos que no consumen drogas provenían de una estructura familiar saludable (61.3%), mientras que en el grupo de consumidores se encontró que el 100% provenían de estructuras familiares no saludables (Trigozo et al., 2016).

El grupo poblacional más afectado por el consumo de drogas en magnitud y frecuencia se da en el contexto penitenciario. Las estadísticas de consumo en estos contextos han encontrado que la marihuana es la droga con mayor frecuencia de uso (58.2%) y su uso se asoció fuertemente al antecedente de consumo en el núcleo familiar (59.8%), reincidencia en el penal (59.1%), desempleo (48.4%) y antecedentes en el grupo de pares de la escuela con antecedentes delictivos (46.9%) (Hernández-Vásquez et al., 2018). En la misma línea de trabajo, Colque (2018) analizó los patrones de consumo de drogas en 330 internos varones de un establecimiento penitenciario. El 6.5% manifestó haber consumido durante los últimos 30 días pese a estar reclusos (Colque, 2018). Otro grupo poblacional de riesgo alto de consumo es el de infractores juveniles, un análisis realizado a partir del censo en los Centros Juveniles

de Diagnóstico y Rehabilitación en el Perú determinó que en esta población de jóvenes de 14 a 22 años la sustancia ilegal más consumida, previo al ingreso al centro, era la marihuana. Otros factores de riesgo encontrados fueron el sexo, el abandono del hogar antes de los 15 años, el maltrato físico en la infancia, antecedentes de consumo en familiares y el pandillaje en el entorno de vivienda (Al-kassab-Córdova et al., 2021).

Más recientemente en 2020, un estudio realizado en la ciudad sureña de Tacna, investigó algunos factores predictores de la conducta de consumo de marihuana, los hallazgos dejaron en claro que la intención de consumo aumenta en 10.91 las probabilidades si el adolescente cuenta con una actitud favorable al consumo. Las normas subjetivas de consumo y la baja percepción de eficacia para abstenerse al uso juegan un papel importante, aunque con menor impacto que la actitud favorable (Malacas et al., 2020). Finalmente, un estudio que analizó factores predictores en Lima y Callao determinó que el acceso percibido es el predictor más fuerte para uso reciente de cannabis. En línea con otros estudios se identificó que la baja percepción de riesgo de la sustancia cannabis constituye un importante factor de riesgo de consumo, también se corrobora la importancia de marcadores de riesgo como el género y la edad en el consumo de cannabis (Cabanillas, 2021).

1.5. Justificación de la investigación

La aparición de conductas de riesgo propias de la adolescencia puede incrementarse sino se realizan intervenciones basadas en evidencias, principalmente en relación al grado y características de los factores de riesgo implicados. Durante la adolescencia, se conoce que adoptar una conducta de riesgo implica incrementar la probabilidad de adoptar otras adicionales.

Entre los adolescentes, existen ciertos sub grupos expuestos a los mismos factores de riesgo y que, sin embargo, no se involucran en las conductas de riesgo. Los diferentes

impactos de los factores de riesgo, en las diferentes poblaciones, dan una clara señal de la complejidad de los comportamientos estudiados en los adolescentes y de las necesidades de conocimiento sobre los mecanismos de actuación y de interacción entre los factores implicados, constituyéndose en un importante nicho de investigación. Este conocimiento, permitirá el desarrollo de acciones de prevención más específicas y efectivas, entre ellas, el diseño de programas mejor orientados a las necesidades de la población (Caulkins et al., 2002; Nsimba & Masele, 2012).

Diversos estudios han abordado el fenómeno del consumo de drogas identificando diversos factores de riesgo, estudios longitudinales en un principio bajo el enfoque propuesto por el Framingham Heart Study, permitieron que metodológicamente se implementen investigaciones. En los últimos años, los estudios han estado orientados a corroborar los factores ya encontrados en otros contextos y realidades. Sin embargo, no se ha visto de una manera clara la interacción entre los diferentes factores, no habiéndose relevado suficientemente la importancia de la interacción.

El desarrollo de la investigación sobre los factores relacionados al consumo de sustancias psicoactivas sigue siendo un problema actual, relevante e insuficientemente estudiado, sobre todo en nuestro contexto. La escasa información generada en contextos como el nuestro hace necesario aportar en el conocimiento del fenómeno del consumo de drogas con un enfoque de aplicabilidad de los hallazgos, analizando las variables ya estudiadas en otros contextos y explorando nuevas variables. El objetivo práctico, considera útiles las evidencias como insumos de información, que posteriormente servirán a la mejora en la adopción de estrategias de solución en el campo de la prevención y tratamiento.

Los hallazgos del presente estudio, están orientados a contribuir en el diseño de propuestas efectivas y basadas en evidencias como componente fundamental para revertir el impacto en la salud del fenómeno de consumo de drogas.

1.6. Limitaciones de la investigación

El estudio permitirá conocer en mayor profundidad el factor de riesgo del ofrecimiento de cannabis, pensamos uno de los más importantes. Sin embargo, en términos de causalidad, se ha señalado que el fenómeno de consumo de drogas es multicausal y requiere de una identificación y análisis más amplio de otros factores de riesgo y de cómo estos interactúan entre sí. De otro lado, la dinámica en que los factores de riesgo pueden variar en el tiempo, sociedad, e individuo, lo que hace necesarios estudios llevados a cabo de manera continua. Un análisis de factores de riesgo debe ser también estudiado en diferentes poblaciones para lograr una mejor comprensión de su presencia en determinadas realidades, por tanto, los resultados del presente estudio aportarán conocimiento en referencia a la población de estudio delimitada, en este caso de escolares de educación secundaria en nuestro país. En tal sentido, podrá servir de referencia para ampliar la investigación y lograr una comprensión más integral del fenómeno abordado.

1.7. Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación existente entre los antecedentes de consumo, el ofrecimiento de cannabis y el inicio de consumo de cannabis en escolares peruanos.

Objetivos específicos

- Determinar en qué medida los antecedentes de consumo de drogas ilícitas de algún familiar y el ofrecimiento de cannabis se relaciona con el inicio de uso de la sustancia.
- Determinar en qué medida los antecedentes de consumo de drogas ilícitas de algún amigo y el ofrecimiento de cannabis se relaciona con el inicio de uso de la sustancia.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco conceptual

Cannabis

Las sustancias psicoactivas han sido adscritas a diversos sistemas de clasificación, una de las formas de mayor difusión es categorizarlas como sustancias legales e ilegales. Bajo esta clasificación, las sustancias ilegales tienen una dinámica de oferta y demanda marcadamente diferente al de las sustancias legales. El cannabis ha sido objeto de múltiples estudios, sin duda, por ser la sustancia de mayor difusión en el grupo de sustancias ilegales y con una creciente difusión sobre todo después de los procesos de legalización iniciados en algunos países en los últimos 25 años (Hammond et al., 2020).

La planta de cannabis es originaria de Asia Central, se trata de una milenaria planta, cuyas flores contienen cerca de 489 componentes, 70 de ellos cannabinoides, de los cuales el principal cannabinoide responsable de sus efectos psicoactivos es el Tetrahidrocannabinol o THC. Debido a la gran variedad de componentes psicoactivos con capacidad de actuar en diferentes zonas del cerebro como el hipocampo, el cerebelo, el cortex prefrontal y la amígdala, tiene a su vez efectos muy variados, y aunque inicialmente se suele clasificar al cannabis como una sustancia depresora del sistema nervioso central, sus efectos no necesariamente se circunscriben solamente a esa clasificación primaria (UNODC, 2012). A diferencia de otras sustancias ilegales, el procesamiento para su uso, por lo general, no implica el uso de sustancias químicas o procesos complicados de cultivo o cosecha. La planta es muy adaptable a diferentes climas y suelos, en la actualidad se viene extendiendo la práctica de su cultivo “bajo techo” lo que hace que su disponibilidad sea muy extendida (DEVIDA, 2014).

La psicoactividad en el organismo es muy variada y depende de muchas variables

como la potencia de la sustancia, la forma de consumo, la frecuencia o las propias características del individuo, incluyendo los aspectos subjetivos del consumidor. La intoxicación puede ir acompañada de estados de somnolencia o lucidez, alteraciones en la percepción del tiempo que afecta a la memoria y con menor frecuencia alteraciones del espacio. A dosis altas puede producir alucinaciones visuales y auditivas, euforia, agitación, sensaciones de felicidad interior, crisis de hilaridad y en otros casos; estados depresivos y aunque normalmente no produce conductas agresivas, estas son posibles (DEVIDA, 2014). Los efectos psicológicos producidos por la intoxicación por cannabis conllevan a un déficit en el desempeño cognitivo de los adolescentes, problemas en establecer juicios adecuados por lo que sus conductas pueden representar ciertos riesgos en el comportamiento sexual, asociación con accidentes de tránsito y eventualmente situaciones de violencia interpersonal (Gruber & Pope, 2002).

El cannabis está clasificado como una sustancia ilegal por las convenciones mundiales de drogas de la Organización de Naciones Unidas (Transnational Institute, 2015). No obstante, en los últimos años se ha producido un vertiginoso cambio en el estatus legal de la marihuana en diferentes países que la han legalizado para uso médico y en algunos casos para uso “recreativo”. El cannabis usado en la actualidad difiere en características, modos de uso y potencia del cannabis de hace 3 o 4 décadas. El aumento del THC, principal componente activo y responsable de los efectos cerebrales ha aumentado notoriamente (DEVIDA, 2014). Diversos estudios han relacionado la potencia del THC con una mayor capacidad adictiva de la sustancia y severidad de la dependencia, lo que pone en cuestionamiento la supuesta denominación de droga blanda (Van der Pol et al., 2014).

El problema del consumo de drogas

Entre todas las sustancias psicoactivas, el consumo de alcohol sigue siendo el que

mayor impacto negativo genera a nivel sanitario, su consumo está asociado a 3.3 millones de muertes al año lo que significa 5.9% de todas las muertes en el mundo, del mismo modo representa el 5.1% de la carga global de enfermedades (World Health Organization, 2014). La región de las Américas soporta el promedio de consumo de alcohol más alto del mundo, reportándose también que la edad de inicio de su consumo ha disminuido de manera progresiva, a la vez que se han incrementado los episodios de consumo excesivo de esta sustancia en los jóvenes. Los episodios de consumo excesivo de alcohol en mujeres se incrementado de manera preocupante de 4.6% a 13%, según datos del 2005 al 2010. En ese mismo periodo, los varones registro un incremento de 17.9% a 29.4% (Organización Panamericana de la Salud, 2015).

Según el Informe de Drogas en las Américas del 2019, que analiza los datos más actuales sobre el uso de drogas en la región, el consumo de alcohol destaca entre todas las sustancias, aunque de manera heterogénea entre los países, siendo Argentina el país que presenta la más alta prevalencia de uso en el último mes (52%) y El Salvador con la más baja (8.5%), Perú se ubica en una situación intermedia con 31%. En cuanto al consumo en la población escolar, Argentina sigue liderando el consumo y Perú se ubica en la última posición de los países de la región de Sur América con 9.3% de escolares que consumieron alcohol durante el último mes. En cuanto a la otra sustancia legal de mayor difusión, el tabaco, el Perú se ubica en el promedio por debajo del 15% de prevalencia de mes en la población general y por debajo del 10% en la población escolar. Cabe señalar que la tendencia de consumo en nuestro país ha sido una clara tendencia sostenida a la baja (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas - CICAD, 2019).

El consumo de alcohol y tabaco son en definitiva las sustancias más consumidas, su comercialización se da en un contexto de regulación y control por su condición de sustancias legales. Por el contrario, en el caso de las sustancias ilegales, se mantienen en un contexto de

oferta dentro de un mercado negro, lejos de la regulación y control de los agentes de sanitarios y de seguridad pública. En este escenario, las drogas ilegales conllevan otro tipo de daños como consecuencia de su estatus ilegal y del intento de las fuerzas del orden de hacer cumplir la ley (Babor et al., 2010).

El consumo de drogas ilegales, afecta a un importante número de personas en todo el mundo, según el reporte mundial de drogas, uno de cada 20 adultos consumió alguna sustancia ilícita al menos una vez en el último año, esto es cerca de 271 millones de personas, de las cuales 35 millones llegarían a desarrollar un consumo problemático y por tanto una necesidad de atención sanitaria. Esta condición, se agrava debido a que por lo general la atención sanitaria a este tipo de trastornos no es fácilmente accesible, sobre todo en los países de ingresos medios y bajos (United Nations Office on Drugs and Crime, 2019; United Nations Office on Drugs and Crime, 2003). Se ha observado que entre 1990 y el año 2010 la carga de enfermedad de los trastornos mentales y de consumo de sustancias aumentó en más de 37% (Whiteford et al., 2013).

El cannabis es por lejos la sustancia ilegal más consumida y se constituye en la droga de mayor difusión en la mayoría de países del mundo, en total se estima que habría 188 usuarios de cannabis a nivel global que han usado la droga al menos una vez en los 12 últimos meses (prevalencia de año). Adicionalmente, el uso problemático del cannabis representa también una importante afectación en la carga de enfermedades a nivel mundial dada la gran cantidad de usuarios (Whiteford et al., 2013).

Los indicadores de consumo de cannabis en el Perú lo ubican entre los países con menor consumo. La prevalencia anual es de 1% en la población general, muy lejos de Chile que supera el 14% y lidera el consumo en América del Sur. Algo similar sucede con la población escolar en donde la prevalencia anual en nuestro país alcanza el 2.2% bastante lejos de los países que lideran el consumo de escolares que superan el 15% (Chile y Uruguay). En

el grupo de las sustancias cocaínicas, el consumo en nuestro país se ubica en una posición intermedia, las prevalencias de año en población general no superan el 1%.

Si bien, en relación al alcohol y el tabaco la tendencia a la baja es clara, en el grupo de drogas ilegales, las prevalencias son considerablemente más bajas y se mantienen estables, tanto en población general como en población escolar (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas - CICAD, 2019).

Los estudios realizados en nuestro país para calcular las prevalencias de consumo de drogas nos permiten estimar el número de personas involucradas en el uso de sustancias. Según el estudio en población general, 124,364 personas serían consumidores recientes de cannabis, lo que equivale al 69% de todos los consumidores de drogas ilegales. Uno de los aspectos más preocupantes del informe es la estimación de 58,556 personas que tendrían un consumo problemático de cannabis y por tanto necesidades de atención especializada (DEVIDA, 2010).

En población escolar, el 2.2% de escolares a nivel nacional han hecho uso del cannabis al menos una vez durante el último año, Esto equivale a 47,234 escolares, de los cuales 29,727 han hecho uso al menos una vez en el último mes, es decir consumidores que tienen un uso actual de la sustancia y por lo tanto requerirían atención preventiva y de tratamiento, dado que además se ha identificado a través de la escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test), que 11,725 adolescentes tendrían un consumo de alto riesgo a su salud. Finalmente, este estudio estimó que más de 33 mil escolares se inician cada año en el uso de esta sustancia (DEVIDA, 2012b; DEVIDA, 2014).

La caracterización del consumo de cannabis en los escolares del país son las siguientes:

1. Los varones consumen casi el doble que las mujeres, su prevalencia de consumo anual es de 2.7% vs 1.6% respectivamente.

2. El consumo aumenta según la edad y en consecuencia también según el grado de estudio, teniendo más del triple de consumidores en el 5to año de educación secundaria que en el 1er año (3.7% y 1.1% respectivamente).
3. El consumo en los colegios públicos duplica el consumo en los colegios privados.
4. La tercera parte (36.1%) de los escolares que han reportado un consumo el último año, usaron cannabis de manera experimental (una vez en el año previo).

Adolescencia

El periodo comprendido entre los 10 y los 19 años de edad está definido como la adolescencia, según la Organización Mundial de la Salud OMS (UNICEF, 2011). La adolescencia es la etapa de vida decisiva en el que se desarrolla gran parte de la potencialidad de los individuos y les orienta hacia la siguiente etapa de vida. Usualmente se concibe a la madurez como la consecución del logro en el desarrollo físico, sexual, psicológico y social. Este proceso conlleva también al desarrollo de la identidad, lo que va a permitir al individuo ser funcional en sus actividades laborales, educativas y todas aquellas que implique participar activamente del medio social que le rodea, es decir, trae como consecuencia la capacidad de estar integrado o no a la sociedad. Al mismo tiempo, por ser una etapa de desarrollo, que se caracteriza por la ausencia de algunas capacidades que no han alcanzado su plenitud de desarrollo, representa un periodo de vida crucial en el que la intervención de determinantes sociales de salud puede modificar la trayectoria de desarrollo saludable en la vida adulta (Viner et al., 2012). En consecuencia, se debe entender que esta etapa se caracteriza por ser un periodo de alta vulnerabilidad (UNICEF, 2011).

En nuestro país, los niños y adolescentes constituyen la cuarta parte de la población nacional, según el último censo poblacional 2017 en el Perú, 26.4% de peruanos tiene menos de 15 años, lo que equivale a 7.7 millones de personas (INEI, 2017).

Se ha podido establecer que, debido a los procesos de transición demográfica en los países en vías de desarrollo, que el grupo poblacional de adolescentes y jóvenes seguirá creciendo al menos en los siguientes 50 años (Blum & Nelson-mmari, 2004). La implicancia de este hecho en términos de salud es que la morbilidad y mortalidad en este grupo de edad cobraran mayor importancia. Según Blum et al., más de un 75% de la mortalidad en los jóvenes están asociados a factores predominantemente sociales y conductuales (Blum et al., 2002). Por tanto, se hace necesario poder desarrollar acciones para prevenir las consecuencias negativas de incurrir en las conductas de riesgo propias de esta edad.

Desde el punto de vista de las políticas de salud, el segmento poblacional de adolescentes y jóvenes cobra relevancia, en la medida que se considera que este grupo poblacional está expuesto a riesgos que pueden derivar en el inicio de conductas que impliquen potenciales consecuencias negativas como: conducta delincinencial, consumo de drogas, prácticas sexuales riesgosas, ausentismo escolar, malos hábitos alimenticios o negativa asociación con pares. El impacto de estos fenómenos no solo se limita a sus consecuencias biomédicas (morbilidad y mortalidad), sino también a sus consecuencias psicosociales.

De una manera amplia el uso y abuso de sustancias psicoactivas llega a afectar los procesos de maduración neurobiológica y psicosocial en la adolescencia (Squeglia et al., 2009). Se tiene claro que la adolescencia es la etapa de la vida en la que se desarrollan las capacidades para el logro personal, por tanto, se hace más preocupante que el consumo de drogas se presente en edades cada vez más tempranas (DEVIDA, 2012a). Adicionalmente, la investigación ha encontrado que los adolescentes que consumen drogas tempranamente, se encuentran más expuestos a desarrollar procesos adictivos (DuRant et al., 1998; Meier et al., 2016).

Desde un enfoque de salud pública, se ha enfrentado esta problemática desde 3 ejes

principales, el primero es el de la promoción de la salud, a través del desarrollo de estilos de vida saludables, un segundo grupo de acciones se enmarcan en la prevención, dentro del cual los programas preventivos en el enfoque de factores de riesgo y protección han tenido un importante desarrollo y finalmente el frente del tratamiento de trastornos adictivos, en el que se agrupan las acciones de sanitarias especializadas orientadas a la rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas (NIDA, 2010; Oficina Contra la Droga y el Delito, 2002).

Factores de riesgo y protección

El enfoque de la unicausalidad epidemiológica, en el que una enfermedad era producida por un agente contagioso, resultó insuficiente para explicar el panorama contemporáneo de las enfermedades crónicas. El concepto de enfermedad también tuvo que ser ampliado, entendiéndose una salud más amplia que implica la salud física y también la salud mental y que no es solo la ausencia de enfermedad o síntomas, sino una suma de condiciones que permiten el bienestar y desarrollo productivo de la persona (Defensoría del Pueblo, 2009).

Gracias al clásico estudio Framingham Heart Study, relevando el enfoque de riesgo y protección, se ha ganado un importante terreno desde que se identificó como una herramienta importante para orientar las estrategias de prevención en salud pública. Dicho enfoque, utilizado en principio para la enfermedad cardiaca y después para las enfermedades crónicas no trasmisibles, ha sido también utilizado para investigar el fenómeno del consumo de drogas, aunque al momento no con tanto éxito como en el caso de la enfermedad cardiovascular (Meier et al., 2016). Desde 1961, con los aportes del Framingham Heart Study, se ha desarrollado más de 1200 artículos de investigación algunos de ellos iniciando en el campo de la salud mental como el clásico estudio de la Isla Wight siguiendo el enfoque

del modelo de factores de riesgo (Rutter, 1989).

La investigación desarrollada ha permitido delimitar en diferentes contextos, los factores, atributos y/o características individuales, situacionales o ambientales que incrementan la probabilidad de inicio de uso, progresión y mantenimiento del problema de consumo de drogas, denominándoles: “factores de riesgo” mientras que, por otro lado, denominándolas “factores de protección” a los factores que inhiben o reducen la probabilidad de uso o transiciones en el consumo (Clayton et al., 2009).

El conocimiento desarrollado ha sido de mucha utilidad para el diseño e implementación de acciones preventivas. El precepto fundamental de los modelos de intervención, es que los factores de riesgo inciden sobre la probabilidad de consumo de sustancias psicoactivas con diferente impacto, por tanto, es posible actuar sobre los factores modificables para disminuir su impacto y potenciar los factores protectores para disminuir las probabilidades de adquirir la enfermedad.

Hawkins et al. (1992) desarrollaron uno de los más citados estudios en materia de factores de riesgo y protección frente al consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas. Los investigadores identificaron 17 factores asociados a la conducta de consumo de sustancias, agrupados en factores contextuales, individuales e interpersonales, entre los que se encuentran la disponibilidad de drogas, pobreza extrema, temprana y persistente conductas problemáticas incluyendo conducta agresiva entre otras (Hawkins et al., 1992).

En el inicio del consumo, así como en el progresivo avance a la adicción, existe una multiplicidad de factores biológicos, psicológicos y sociales, que intervienen con diferente fuerza e interactuando entre ellos (Meyers & Dick, 2010; Kendler et al., 2012). Una revisión de los avances en la investigación de los factores de riesgo, señaló como se ha podido identificar algunos factores que predisponen a las personas al consumo de drogas y señala

como las interacciones entre los factores genéticos, neurobiológicos y fisiológicos interactúan sobre la conducta de consumo y potencian a las influencias ambientales en las personas que ya poseen esta vulnerabilidad (Sloboda et al., 2012).

Por otro lado, no habría que asumir que las personas no consumidoras o abstemias son un grupo homogéneo, por el contrario, la investigación apunta a que intervienen factores protectores individuales y sociales, pero que podría ser un grupo más heterogéneo en el que encontraríamos adolescentes saludables psicológicamente, así como personas con cierto retraimiento social e inclusive presentando indicadores de trastornos emocionales. (Bailly, 2017)

El enfoque de factores de riesgo ha servido para que los sistemas sanitarios puedan priorizar la atención en los grupos poblacionales más vulnerables, actuando sobre los factores de mayor importancia que podrían estar vinculados a la aparición del fenómeno indeseado. Por tanto, su estudio es de mayor relevancia y contribuye al diseño de las acciones de promoción y prevención, así como el mejor uso de los recursos, que en el caso de los países en desarrollo siempre terminan siendo escasos.

Consideraciones para el estudio de los factores de riesgo y protección

Dentro del modelo de factores de riesgo, debe considerarse que se aborda el tema desde un enfoque de probabilidad de ocurrencia del fenómeno. Los factores involucrados en una determinada población pueden ser muy variados y adicionalmente, analizados a nivel individual, pueden tener diferente peso para incidir en la aparición del fenómeno. En este marco de análisis de los factores de riesgo, incorporar a los factores protectores, permite un análisis más integral y de utilidad para la aplicación de las estrategias de prevención.

Desde un punto de vista epidemiológico, en todas las poblaciones existen individuos más vulnerables, sobre los que recae la incidencia de algunos factores de riesgo, de

protección y la interacción entre ambos. Como resultado de la presencia de estos factores y su dinámica, algunos individuos tienen mayor probabilidad de presentar algún problema de salud. Esta forma de analizar la condición epidemiológica de las poblaciones se conoce como enfoque epidemiológico de riesgo, es útil en la medida que permite estimar las necesidades de atención de la población, focalizando las acciones en los grupos de mayor vulnerabilidad. Desde un punto de vista sanitario es fundamental para establecer las prioridades, organizar los sistemas de salud y ofertar servicios discriminando a quien más lo necesita. En consecuencia, identificar a los grupos más vulnerables se convierte en una herramienta que posibilita focalizar los recursos.

La técnica del análisis de los riesgos se basa en identificar las probabilidades de ocurrencia de un daño a la salud en las poblaciones expuestas a uno o más factores que han sido relacionados con el origen de la enfermedad. Si bien, es posible estimar la proporción de la población que sufriría el daño a la salud, no es posible estimar quienes serán los individuos afectados.

Un factor de riesgo puede estar implicado en más de una consecuencia, así como una consecuencia puede convertirse en un factor de riesgo de otra conducta (Rutter & Sroufe, 2000). En tal sentido, la investigación ha permitido identificar que el consumo de alcohol es un factor de riesgo para el desarrollo de alcoholismo, a la vez el alcoholismo es factor de riesgo de otros daños a la salud entre ellas la cirrosis, este análisis nos lleva a considerar que en la investigación no solo es necesario identificar la presencia del factor sino tener un enfoque procesal que nos lleve a la comprensión de sus modos de actuación (Cova Solar, 2004).

La presencia de un factor de riesgo, no es suficiente para establecer la vinculación con la supuesta consecuencia en la conducta estudiada, es necesario que sea identificado como precedente al daño a la salud detectado. Otra consideración relevante, es que los factores de

riesgo ejercen su efecto temporalmente, es decir, en un momento determinado del ciclo de vida, por lo que un factor que en determinado momento se considera de riesgo, puede que en un futuro deje de serlo (Rutter & Sroufe, 2000). Se tiene claro que la aparición de la conducta se asocia a la interacción de varios factores de riesgo, aunque los modelos etiológicos del consumo de drogas se suelen enfocar en algunos factores o grupo de factores de una determinada dimensión que se podrían tener un mayor peso (Clayton et al., 2009).

Si bien es cierto, no es necesario y/o suficiente un solo factor de riesgo, ni todos los identificados para producir el daño a la salud, también es cierto que el valor de la asociación de un determinado factor de riesgo y la presencia de una mayor cantidad de factores de manera simultánea aumentan las probabilidades de daño.

En resumen, el consenso apunta a definir algunas de las características de los factores de riesgo y de protección, estos son:

1. Son probabilísticos, no son la causa de las conductas esperadas.
2. Deben ser preexistente a la conducta esperada.
3. Actúan en un individuo determinado.
4. No están presentes de manera separada, se complementan e interactúan entre ellos.
5. Son dinámicos en cuanto a su fuerza.
6. Son episódicos, por lo general están presentes en determinados momentos de la vida.

La vulnerabilidad es entendida como un proceso interactivo entre el contexto social y los factores subyacentes del individuo, que potencialmente, pueden poner al individuo en riesgo de tener resultados negativos en su salud. Si bien uno o varios factores de riesgo pueden hacer vulnerable a un individuo, existen como contraparte factores de protección u otros recursos como la resiliencia que sirven de contrapeso al accionar de los factores de

riesgo (Blum et al., 2002).

De otro lado, para determinada población o individuo, un mismo factor puede estar asociado a un riesgo y también a la protección. El principal problema de adoptar este enfoque es que existe una multiplicidad de factores y lo que subyace a la conducta de los individuos es el balance entre estos factores. Sin embargo, esta dificultad se minimiza cuando se analizan factores en conjuntos tratando de identificar el balance (Spooner et al., 2001).

Factores individuales, familiares de pares y sociales

Inicio temprano y edad

El cannabis es dentro de las sustancias ilícitas, la de mayor uso en casi todos los países del mundo, su consumo se inicia con mayor probabilidad en la adolescencia. Se estima que la cantidad y frecuencia de uso impacta directamente en el desarrollo de dependencia. La relevancia de la edad de inicio se refleja en el impacto más severo entre los consumidores frecuentes, generando entre adolescentes el doble de dependientes, que entre los que se inician en la edad adulta (35% vs 18%) (Chen et al., 1997).

La relación entre el uso de drogas de inicio temprano y el desarrollo de abuso o dependencia a drogas ha sido evaluada y ha conseguido resultados bastante fundamentados. Un influyente estudio llevado a cabo en por Grant y Dawson (1998), sentó las bases del desarrollo de evidencias en estudios posteriores que confirmaron sus hallazgos: Se encontró que las personas que probaron alcohol antes de los 15 años tenían 4 veces más probabilidad de desarrollar dependencia que las personas que se iniciaban después de los 20 años (Grant & Dawson, 1998). Este riesgo mayor ha sido analizado con estudios prospectivos, en el marco de un modelo contextual, señalando que el riesgo se extiende a otro tipo de conductas problemáticas como el consumo de cannabis y otras sustancias ilícitas, además de otras conductas psicopatológicas (Keyes et al., 2007).

Si bien, el inicio temprano de alcohol se asocia a un mayor riesgo de alcoholismo en la edad adulta, los mecanismos no están del todo claros y este hecho se conceptualiza mejor si el inicio temprano se entiende como una señal de propensión a comportamientos problemáticos, siendo el alcoholismo una manifestación más (McGue & Iacono, 2008).

Se ha demostrado también que el consumo temprano de alcohol puede afectar fuertemente la estructura y funcionamiento cerebral y en consecuencia incidir negativamente el rendimiento neuropsicológico en general (Tapert et al., 2005). Los estudios de tipo longitudinal han permitido conocer que el inicio temprano en uso de sustancias se relaciona con niveles más altos de progresión a trastornos por uso de sustancias, y que en el caso del cannabis la transición se produce de un modo más rápido respecto de otras sustancias (Behrendt et al., 2009).

En cuanto al inicio temprano de cannabis, la literatura científica señala que el impacto en el cerebro en etapas de desarrollo neuronal afecta el desempeño futuro. Las revisiones sistemáticas concluyen que tras el consumo del cannabis temprano, frecuente y sostenido en la adolescencia se producen resultados neuropsiquiátricos adversos persistentes en la edad adulta (Levine et al., 2017). Las revisiones sistemáticas que comparan el impacto del consumo del cannabis en adolescentes y adultos también encuentran que el funcionamiento ejecutivo general luce más deteriorado en los adolescentes consumidores frecuentes que en los consumidores adultos. Por otro lado, La frecuencia de consumo es un indicador de mayor daño en los adolescentes, así como una mayor dificultad para la capacidad de controlar el deseo de consumo (Gorey et al., 2019).

Trayectorias de consumo

El consumo de drogas puede analizarse como un continuo que va desde la abstinencia total de su uso, hasta el evento más perjudicial desde el punto de vista de salud que es la

muerte, en el camino se pueden apreciar los eventos relacionados a la morbilidad física y psicológica. La adicción a drogas es una de las más preocupantes consecuencias que se observa en el sub grupo de consumidores, cuyo daño va a estar mediado por el tipo de sustancia, la frecuencia de su uso y la interacción con las vulnerabilidades de la persona.

El concepto de patrón de consumo hace referencia a las circunstancias en las que el individuo hace uso de la sustancia y los impactos en su salud. Se entiende que el uso experimental es el contacto inicial con la sustancia el cual puede progresar a un consumo habitual, social y cuando este se hace más intenso a un consumo problemático en el que la persona puede desarrollar abuso o dependencia. A lo largo de la vida, los patrones no son estáticos, son bastante dinámicos e inestables, sobre todo en la etapa de vida adolescente en donde las influencias sociales juegan un importante rol. Sin embargo, es de destacar que la mayoría de personas que han usado drogas en algún momento de su vida, por lo general, desisten de continuar su uso o se involucran en consumos esporádicos en la etapa de vida adolescente y juventud para abandonarlas en la etapa adulta.

En el modelo de progresión del consumo se describe una secuencia que se inicia con una primera etapa con el uso de drogas legales (tabaco y/o alcohol) las cuales facilitarían el consumo de sustancias ilegales y dentro de este grupo de sustancias, el cannabis en una segunda etapa. Posteriormente se habla de una tercera etapa que involucra a otras drogas ilícitas y una cuarta etapa que corresponde al uso de medicamentos sin receta (D. B. Kandel et al., 1992). El modelo de progresión también ha sido cuestionado, la supuesta predisposición al consumo de cannabis debido al consumo previo de alcohol o tabaco no sería tal, Guxens et al., (2007) prefieren hablar de consumos asociados en paralelo o incluso podría deberse a consumos que no tengan relación, dado los casos de adolescentes que se inician directamente con cannabis (Guxens et al., 2007). Sin embargo, un estudio de uso de cannabis y alcohol y su impacto en el futuro del adolescente, ha podido establecer que quienes se

mantienen abstemios a ambas sustancias en la edad escolar, tienen más probabilidades de no caer en la dependencia a sustancias, mientras que quienes tuvieron un consumo elevado de ambas sustancias tienen una tasa más baja de graduación escolar, inclusive, el uso moderado de ambas sustancias los predispone a tener problemas con la justicia penal (Green et al., 2016).

Se han estudiado diferentes factores por los que las personas se inician en el consumo de sustancias ilegales, uno de los más mencionados ha sido el uso de drogas legales como “puerta de entrada” o elemento de transición al consumo de sustancias ilegales entre ellas el cannabis (D. Kandel & Kandel, 2015; Ozuna Espinosa et al., 2018; Calvert et al., 2010). Otros estudios han identificado que las experiencias subjetivas positivas en el primer uso de cannabis incrementan la probabilidad de usar sustancias ilegales con efectos similares al cannabis, pero también, un hallazgo preocupante fue que las experiencias negativas aumentaron la probabilidad de usar sustancias ilícitas “más duras” (Baggio et al., 2015).

Grupo de pares

Los pares cumplen un rol fundamental y necesario en el proceso de desarrollo y socialización durante la adolescencia. Sin embargo, no solo posibilitan adquirir normas sociales positivas sino también las negativas, como las relacionadas a la delincuencia, conductas sexuales de riesgo o el uso de drogas. Los estudios referidos al impacto de los pares en la adolescencia son numerosos, los hallazgos más sólidos señalan que el grupo de pares es decisivo para el inicio de uso de sustancias (Hawkins et al., 1992). El consumo podría ser moderado, en cierta medida, por el nivel de uso de un par cercano (un amigo), este impacto se maximiza si de por medio existe una base de lazos familiares relativamente débiles (Allen et al., 2012).

Los estudios realizados señalan como de mayor importancia a los cambios en el

desarrollo de los adolescentes a nivel social y afectivo iniciados a partir de la pubertad, lo que sería determinante en la vulnerabilidad de los adolescentes. Los adolescentes se caracterizan por una menor resistencia a la influencia de sus pares y están más motivados a obtener la admiración de sus compañeros, enfrentándose a riesgos y exponiendo su salud (como es en el caso del uso de drogas), sin considerar los daños a largo plazo (Crone & Dahl, 2012). Una revisión hecha por Guxens et al., (2007), encontraron que el consumo de los compañeros es un fuerte predictor de consumo de cannabis en un rango de edades que van desde los 14 hasta los 26 años (Guxens et al., 2007). Otros estudios que han comparado los factores de influencia familiar y los de influencia de los pares en adolescentes postulan que, estos últimos, serían más relevantes al momento de predecir éxito en el tratamiento por consumo problemático (Ramirez et al., 2012).

El consumo de cannabis en jóvenes se asocia a un mayor consumo de otras sustancias como el alcohol o el tabaco, generalmente sustancias que precedieron al inicio del uso de cannabis. De otro lado, se ha visto también asociada al fácil acceso a la sustancia, al grupo de pares con actitudes y comportamientos favorables hacia el consumo (Alfonso et al., 2009). Otros estudios han encontrado un mayor consumo según se avanza en la edad, las comparaciones por grupos de edad posteriormente encontraron que la disponibilidad percibida del cannabis y la cantidad de amigos que consumen, impactan con mayor fuerza en la prevalencia de uso en la vida en los más jóvenes, mientras que tener un familiar con consumo problemático de sustancias, afecta más a los mayores (Harris Abadi et al., 2011).

Percepción de riesgo

En la etapa de vida adolescente, la preocupación por la toma de riesgos relacionados con la salud se orienta a dar una mayor importancia a los aspectos psicosociales que a la dimensión física de la salud (Parvizi & Hamzehgardeshi, 2014). Se ha observado que la

información sobre el riesgo percibido se alimenta de diversas fuentes.

La información objetiva o subjetiva que las personas tienen sobre una sustancia lo pueden predisponer o no a su uso. La toma de decisión de consumir la sustancia esta mediada por la expectativa de consecuencias en términos de riesgos y beneficios, si se piensa que no puede hacerle daño, hay posibilidades que la consuma. Por el contrario, si se piensa que consumirlo puede tener consecuencias negativas, es más probable que no consuma la sustancia. Las investigaciones sobre la percepción del riesgo percibido consideran que los adolescentes perciben menor riesgo en las sustancias legales que en las ilegales y un mayor riesgo en el uso continuo que en el uso esporádico (Peñañiel Pedrosa, 2009). Sin embargo, entre los consumidores de cannabis puede existir una percepción de menor riesgo que otras sustancias ilegales e incluso legales no consumidas, lo que refleja una suerte de justificación de su propio consumo (Plumbohm, 2016).

En el caso del cannabis, la disminución de la percepción de riesgo es un potente predictor de uso. Los estudios señalan que la flexibilización del marco regulatorio, incluso desde la etapa del debate público de la legalización del cannabis, no solo podría incrementar la disponibilidad de la sustancia, sino que también, disminuye la percepción de riesgo, incrementando los indicadores de consumo en las poblaciones de adolescentes (Zuckermann et al., 2019). Los estudios que han analizado el impacto de los procesos de legalización del cannabis han encontrado resultados mixtos, por un lado, parece que en algunos contextos se han producido algunos beneficios en el ámbito de la criminalidad, no obstante, en el ámbito de la salud pública parece pesar más los impactos negativos a la salud de los adolescentes, accidentes automovilísticos, aumento de visitas a las salas de emergencia e incremento en las hospitalizaciones (Hammond et al., 2020).

Familia

La familia cumple un rol fundamental durante la adolescencia e impacta en la conducta durante la edad adulta. El desarrollo del apego familiar y un mayor control parental predicen comportamientos pro sociales en la vida futura tanto en adolescentes mujeres y varones (Roche et al., 2008).

Existen varios factores relacionados a la familia que pueden impactar a los adolescentes y constituirse en un factor de riesgo o de protección del consumo de sustancias. Se han investigado el soporte familiar, la comunicación en la familia, la disciplina, eventos de vida negativos y la historia de consumo de los padres, entre otros. El uso de alcohol, por parte de uno de los parientes en primer grado, ha sido asociado como uno de los más potentes predictores de adicción a sustancias en los hijos (Wills & Yaeger, 2003). Por otro lado, los métodos de crianza positiva han sido relacionados a una reducción en el riesgo de involucrarse en el consumo de drogas (Vázquez et al., 2019).

Una mala relación con los padres, se ha definido como un factor de riesgo para el consumo de cannabis en la medida que el adolescente se priva de tener un modelo positivo de autorregulación y otras habilidades sociales efectivas, del mismo modo que pertenecer a una familia monoparental o estar sometido a una excesiva disciplina parental (Guxens et al., 2007).

En cuanto al consumo y el desarrollo de trastornos por consumo de cannabis, los estudios han señalado que el uso de cannabis por uno de los padres es un potente predictor de uso. Los estudios apuntan a la importancia del progenitor varón. En general, se ha observado dificultades para encontrar una muestra de madres consumidoras lo suficientemente representativa por lo que no son incluidas en los análisis. Sin embargo, Bucholz y et al., (2017) desarrollaron un estudio que les permitió concluir que la presencia de una madre consumidora es tan importante como la de un padre consumidor y similar en potencia a la

presencia de ambos padres con problemas de consumo.

Ofrecimiento y accesibilidad a drogas

En el marco del Modelo de Desarrollo Social, (MDS) se postula como un modelo multicausal, según el cual, las conductas problema son resultado de una contribución de múltiples factores, algunos de los cuales, se desarrollan sobre la base de experiencias recurrentes con los agentes de socialización. Además, está el hecho que no todos los sujetos expuestos a los factores de riesgo se involucran en la conducta problema. El MDS postula que existen unos segundos factores protectores que median o moderan los efectos de la exposición a riesgos (Catalano et al., 1996). Tanto los factores de riesgo como los de protección pueden agruparse en las esferas individual, familiar, de pares, escolares o comunitarios y su impacto en la conducta de consumo esta mediado por la fuerza que adquieren de manera individual o colectiva en un determinado momento de las etapas de vida del individuo, siendo que en la adolescencia algunos dominios cobran mayor importancia. Por ejemplo, Cleveland et al., (2008) encontraron que los factores familiares y comunitarios cobran más peso en los más jóvenes, mientras que los dominios escolares y de pares fueron más importantes entre los adolescentes mayores.

Así como existen factores que son el resultado del proceso de socialización como el compromiso y el apego familiar, que son susceptibles a un cambio lento. Existen otros factores que se presentan de manera temporal, en forma de oportunidades, tales como el ofrecimiento de drogas en eventos determinados en tiempo y espacio, por tanto, son objetivables en el marco de un estudio como el que llevamos adelante. Bajo estas mismas características se encuentran el antecedente de consumo de drogas por los familiares o amigos y el propio inicio de consumo de sustancia.

La decisión de consumir droga se produce a partir de no uno, sino varios factores de

riesgo que determinan una voluntad de consumir, pero además de por medio esta la oportunidad de consumir, una oportunidad que puede ser directa como el ofrecimiento o indirecta como la disponibilidad de la sustancia en el entorno. Un estudio realizado en Noruega evaluó como los vínculos con actividades delictivas y tener un mejor amigo usuario de drogas, constituye un perfil de alto riesgo para el ofrecimiento de cannabis (Burdzovic Andreas & Pape, 2015). Un estudio longitudinal que buscaba predecir el consumo de sustancias, entre ellas el cannabis, pudo determinar en el seguimiento de 248 adolescentes entre los 13 y 15 años, que el ofrecimiento de cannabis por parte de amigos aumenta significativamente el riesgo de consumo e inclusive este ofrecimiento puede seguir teniendo impacto luego de transcurridos dos años (Mason et al., 2017). Tener una actitud negativa hacia la escuela expone a los adolescentes a tener ofrecimientos de consumo de cannabis con más frecuencia y por ende incrementa el riesgo de consumir la sustancia (Zaharakis et al., 2018). Otras investigaciones han podido establecer que, entre los componentes de la Inteligencia Emocional, los niveles altos de atención emocional actúan como facilitador del consumo de cannabis ante el ofrecimiento de algún amigo (González-yubero et al., 2020).

Un estudio comparativo entre diferentes poblaciones de adolescentes en Estados Unidos y Colombia, demostró como el ofrecimiento de drogas por parte de los amigos está vinculado al consumo de cannabis en los grupos de adolescentes estudiados (Brook et al., 2009). La frecuencia del ofrecimiento juega un papel importante, a más ofertas recibidas, el riesgo de un futuro consumo es mayor, de otro lado se ha encontrado que el conocimiento de ofrecimiento por parte de los padres reduce el impacto de los ofrecimientos (Siegel et al., 2015; Li et al., 2002).

El rechazo al ofrecimiento ha sido poco estudiado, no obstante, representa un grupo poblacional particularmente relevante. Los adolescentes que se han negado a consumir a pesar de haber recibido ofertas se han caracterizado por tener una buena relación con sus

padres, tener creencias negativas sobre las drogas, ausencia de consumidores en su entorno y bajo uso de sustancias como el alcohol y el tabaco (Burdzovic Andreas et al., 2016). Otras variables como la baja autoeficacia para el rechazo se asocian a un mayor riesgo de consumo (Li et al., 2002).

Gervilla y Palmer (2010), realizaron un estudio llegando a la conclusión que los adolescentes adquieren una mayor probabilidad de consumir sustancias ilícitas (cannabis y cocaína) si se encuentra a la vez expuestos a una situación de facilidad de acceso a las sustancias.

En nuestro país los factores que se han podido identificar, en específico sobre el consumo de sustancias ilegales, apuntan en la misma línea que otros estudios realizados a nivel global, como la facilidad de acceso a la sustancia, los antecedentes de consumo de drogas en la familia, la violencia e historia delictiva de algún familiar del entorno del adolescente (Saravia et al., 2014).

Factores de riesgo en la población de escolares peruanos

El estudio de consumo de drogas en población escolar llevado a cabo en el 2012, es el estudio más amplio y con representatividad nacional que ha podido caracterizar la magnitud del consumo y ciertas características asociadas al consumo de diferentes sustancias lícitas e ilícitas. Por tanto, los hallazgos de esta investigación proporcionan importantes bases para la toma de decisiones e implementación de estrategias preventivas y de tratamiento (DEVIDA, 2012).

Se encontró que el género y la edad de los adolescentes siguen siendo factores importantes en el inicio y mantenimiento del consumo de cannabis. El consumo es mayor y crece según la edad y año de estudios de los escolares de manera progresiva en el 5to año de educación secundaria la prevalencia de año alcanza el nivel más alto (3.7%). En cuanto a las

diferencias de género, la razón de consumo de cannabis en las mujeres con respecto a los varones es de 0.59. Del mismo modo los colegios de varones y mixtos ofrecen un mayor riesgo de consumo que los colegios que son solo de participación femenina.

Se investigó respecto a los antecedentes de consumo en los adolescentes con consumo de alcohol en el último año, encontrando que el 3.1% de tenían el antecedente de un familiar que consumía cannabis, mientras que el 1.9% no tenía estos antecedentes en la familia. Por otro lado, el impacto fue ligeramente más alto cuando se evaluó los antecedentes de consumo de cannabis en el grupo de amigos; se encontró que el 3.7% si registraron antecedentes de consumo de cannabis entre sus pares y 1.3% no registro estos antecedentes.

De manera similar, se midió entre los consumidores de drogas ilegales en conjunto sobre los antecedentes de consumos de familiares y amigos. El 5.8% si registró antecedentes de consumidores de cannabis en la familia y el 6.2% antecedentes en el grupo de amigos, revelando nuevamente un mayor impacto del grupo de pares en los consumos de los adolescentes.

Uno de los factores a los que se le atribuye un importante riesgo por el impacto futuro en la salud de los adolescentes es el inicio temprano de uso de sustancias. El estudio en escolares peruanos confirmó una tendencia a la disminución de la edad de inicio en sustancias legales e ilegales, en el caso del cannabis se encuentra en 14.3 años de edad promedio siendo similar tanto para el caso de varones como de mujeres.

El entorno más habitual para el inicio del consumo de cannabis es con los amigos del barrio (52%) y en menor medida con los amigos del colegio (21.5%) lo que nos indica que el riesgo es mayor en el barrio y que estar en la escuela hasta cierto punto puede estar protegiendo al adolescente. El 8% de adolescentes que se inicia solo, señala el interés mayoritario de darle más importancia a los entornos de interacción social para el primer uso. Una proporción minoritaria se inicia en el entorno de los familiares directos con solo 1.7%

contando a padres o hermanos del adolescente en este grupo.

El cannabis es considerado la sustancia con mayor riesgo si se mantiene un consumo frecuente (64.9%). La percepción de gran riesgo sobre el uso experimental (una o dos veces) alcanza al 21.3%. Un importante 41.1% de escolares consideran que el uso experimental solo tendría un riesgo leve o ningún riesgo. En general, el análisis de la relación entre la percepción de riesgo y el consumo de la sustancia no funciona tan bien en las sustancias legales, tanto en alcohol como en el tabaco las percepciones de gran riesgo del consumo experimental son más bajas, es decir, que identificar un gran riesgo en sustancias legales no inhibe la conducta de uso. Sin embargo, en las sustancias ilegales como el cannabis esta relación si se mantiene.

Más de 309 mil escolares han estado expuestos al ofrecimiento de cannabis en algún momento de su vida, de ello 137,349 han tenido un ofrecimiento relativamente reciente (último año), esto equivale al 6.4% de la población escolar. El consumo de sustancias ilícitas es 17.7 veces más alto entre los escolares que declaran que han tenido ofrecimientos de la sustancia en el último mes. En el caso del cannabis, la prevalencia de consumo de año es del 63.9% entre quienes han tenido ofrecimiento de la droga en los últimos 30 días.

El cannabis todavía es percibido como una sustancia de difícil acceso, el 87% de escolares piensa que sería difícil acceder a esta sustancia o simplemente desconoce alguna modalidad de acceso lo que en la práctica es lo mismo.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo descriptivo porque se describe el comportamiento de las variables de estudio, es transversal dado que la medición de variables se realizó en una sola ocasión. Finalmente es analítico porque se evaluó la posibilidad de ocurrencia del fenómeno a partir de la combinación de factores de riesgo.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

Se ha definido como la población escolar, de nivel secundario, urbana, de colegios públicos y privados, de ciudades de más de 30 mil habitantes en el territorio nacional.

3.2.2. Muestra

La presente investigación ha sido desarrollada utilizando una base de datos ya existente y que corresponde al Estudio Nacional de Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria de DEVIDA 2017.

El muestreo realizado como parte del Estudio de Población Escolar de DEVIDA 2017, fue probabilístico, bietápico y estratificado, se consideró a la unidad de análisis primaria de muestreo a las instituciones educativas y como unidad secundaria a las aulas de 1° a 5° año. Se estableció un nivel de confianza de 95% y un margen de error relativo de $\pm 0.55\%$.

El factor de corrección por efecto de diseño complejo incluido en el cálculo inicial de la muestra fue estimado en provincias entre 1.1 y 1.7 y en Lima Metropolitana el valor fue de 2.5. El ajuste por la tasa de no respuesta (TNR) se fijó en 19.4% y 49.9%, estos ajustes son

posibles en base a los estudios previos al presente estudio, siendo el presente, el quinto estudio de este tipo en nuestro país.

La muestra fue diseñada con representatividad y confiabilidad para proporcionar estimaciones a nivel nacional y según dominios regionales. La muestra cubrió un total de 53 ciudades. La muestra inicial fue planificada para entrevistar a 57,483 consiguiendo un rendimiento final de 53,591 en 475 colegios de 53 ciudades.

Criterios de inclusión y exclusión:

Los criterios para la inclusión en la muestra fueron: Los adolescentes varones y mujeres del 1° al 5° año de educación secundaria de colegios públicos y privados en ciudades de más de 30 mil habitantes. Se consideró a todos los alumnos presentes en el aula al momento de la realización de la encuesta a las aulas seleccionadas en el marco muestral y se confirmó el 87% de asistencia antes de proceder a la aplicación.

Para efectos del presente estudio se realizó la selección de una sub muestra, seleccionado a los escolares quienes reportaron incidencia en el uso la sustancia cannabis por primera vez en los últimos 12 meses, es decir, en términos epidemiológicos, los consumidores recientes, esto es 748 escolares. Como grupo de contraste a los escolares que reportaron nunca haber tenido consumo, es decir, los no consumidores, es decir, 51,043 escolares. En conclusión, la sub muestra utilizada para el presente estudio está compuesta por un total de 51,791 escolares.

3.3. Operacionalización de variables

Sustancias Psicoactiva es toda sustancia médica o no, legal o ilegal, natural o sintética que introducida en el organismo vivo produce alteraciones en el sistema nervioso central y cuyo uso mantenido provoca tolerancia y dependencia y posteriormente diferentes

complicaciones biológicas, psicológicas y sociales.

De acuerdo a los objetivos de estudio la sustancia de consumo considerada para el presente trabajo será el cannabis.

Definición operacional de inicio reciente de consumo de cannabis:

Se entenderá como inicio reciente de consumo de cannabis al uso por primera vez de la sustancia señalada en el periodo de los últimos doce meses. Este uso, según el periodo de tiempo, entra dentro de la categoría de consumo reciente o prevalencia anual de consumo: la persona declara haber usado una droga determinada una o más veces durante los últimos 12 meses. El cálculo se hace a partir de la respuesta positiva a la pregunta P98.

Definición operacional de ofrecimiento de consumo de cannabis:

Se entenderá como ofrecimiento a la exposición que ha tenido la persona, a la oferta de la sustancia con fines de consumo. En el marco de este estudio, abordará el ofrecimiento durante los últimos 12 meses y el ofrecimiento anterior a ese periodo. El cálculo se hace a partir de la respuesta positiva a la pregunta P56.

Factores de Riesgo de consumo:

Los factores de riesgo son características internas y/o externas al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad de que se produzca la conducta de consumo de drogas. Estas características que pueden encontrar en la esfera social, familiar o individual permitirían predecir el desarrollo de la conducta de consumo de drogas en interacción con el grado de vulnerabilidad. Por otro lado, los factores de protección serían las características que reducirían la probabilidad del comportamiento de consumo de drogas (Brorson et al., 2013) (Burkholder et al., 2007) .

Para el presente estudio se han considerado factores de riesgo que cuentan con evidencia de su impacto en el consumo de cannabis. Los objetivos del estudio apuntan a establecer el riesgo que se genera a partir de la interacción del factor antecedente de consumo problemático de drogas por parte de un familiar o amigo y el ofrecimiento de cannabis.

Definición operacional de los antecedentes de consumo problemático de familiares:

Se entenderá como la presencia de al menos una persona en el entorno familiar inmediato del estudiante con un consumo de drogas ilegales identificado como problemático. El cálculo se hace a partir de la respuesta positiva a la pregunta P10.

Definición operacional de los antecedentes de consumo problemático de amigos:

Se entenderá como la presencia de al menos una persona en el entorno de amigos del estudiante con un consumo de drogas ilegales identificado como problemático. El cálculo se hace a partir de la respuesta positiva a la pregunta P11.

Tabla 1.*Cuadro de operacionalización de variables*

Variable	Tipo	Escala	Definición Operacional	Indicador	Valor
VD: Inicio reciente de Consumo de Cannabis	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Uso de cannabis por primera vez durante los últimos 12 meses	Primer uso de cannabis Ítem: 98	Si No
VI: Ofrecimiento reciente de Cannabis	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Ofrecimiento para consumo de la sustancia Cannabis al menos una vez durante los últimos 12 meses	Exposición a ofrecimiento. Ítem: 71.1	Si No
Ofrecimiento antiguo de Cannabis	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Ofrecimiento para consumo de la sustancia Cannabis al menos una vez hace más de un año	Exposición a ofrecimiento Ítem: 71.1	Si No
Antecedentes de consumo problemático por un familiar	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Presencia de al menos un familiar con problemas de consumo de drogas ilegales	Tiene el antecedente Ítem: 11	Si No
Antecedentes de consumo problemático por un amigo	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Presencia de al menos un amigo con problemas de consumo de drogas ilegales	Tiene el antecedente Ítem: 12	Si No

Fuente: Elaboración propia, 2021

3.4. Instrumentos

El estudio conducido por DEVIDA, cuya base de datos ha sido utilizada para el presente estudio, emplea un instrumento estandarizado desde el año 2007. La información fue levantada mediante un cuestionario con preguntas dicotómicas y de opción múltiple para algunas variables. El instrumento utilizado ha sido diseñado según criterios consensuados con el Sistema Interamericano de Datos Uniformes (SIDUC). Dicho sistema ha sido desarrollado con la participación de las delegaciones oficiales en materia de estudios de droga de las agencias antidrogas de los países de la Organización de Estados Americanos (OEA). En tal sentido, se realizaron rondas de trabajo conjunto entre los representantes de los observatorios nacionales de drogas y se elaboraron los criterios metodológicos para la medición del

consumo de drogas en diferentes grupos poblacionales.

Como resultado de estas acciones se propusieron los criterios que de manera uniforme deberán ser empleados por los países miembros del SIDUC. Se elaboró un documento consensuado en el que se detallan los criterios que permitirán realizar estudios con criterios de validez en los resultados y comparabilidad de los mismos (Observatorio Interamericano de Drogas; CICAD; OEA, 2011). El instrumento ha sido adoptado oficialmente por el Observatorio Peruano de Drogas (OPD), dependiente de la agencia peruana de lucha contra las drogas (DEVIDA). Es importante señalar que la propuesta consensuada incluye módulos de preguntas de carácter epidemiológico que permiten obtener resultados comparables entre los países y al mismo tiempo un análisis de las tendencias. En ese marco se incluyen algunas escalas para medir por ejemplo riesgo de adicción.

Cabe señalar que para el presente estudio se seleccionaron algunas preguntas del cuestionario y estas están referidas a la información descriptiva necesaria para el cumplimiento de los objetivos de esta investigación. En tal sentido, para el presente estudio se considera los módulos siguientes:

- Uso de sustancias: Cannabis
- Ofrecimiento de sustancias: Cannabis
- Factores de riesgo y/o protección: Antecedentes de consumo grupo familiar y grupo de amigos.

3.5. Procedimientos

Técnicas de recolección datos

Los datos son recolectados mediante la técnica de encuesta grupal. El cuestionario contiene preguntas cerradas de carácter retrospectivo.

El cuestionario es auto administrado, se entrega a los escolares de la muestra de colegios y

secciones seleccionadas, un cuadernillo impreso y una hoja de lectura óptica para anotar las respuestas, se les proporciona un lápiz y borrador. La aplicación dura aproximadamente 45 minutos.

Se ha utilizado la base de datos del estudio nacional de consumo de drogas en población escolar aplicado a escolares de 53,591 para lo cual se seleccionó una muestra de 51,791 respondientes que contestaron a la pregunta de consumo de cannabis. En tal sentido, se utilizó la pregunta P98 para identificar a los escolares que han iniciado el consumo de cannabis durante los últimos doce meses y los que nunca han consumido. Para el ofrecimiento de cannabis se utilizó la pregunta P56 para identificar el ofrecimiento reciente (últimos doce meses), el ofrecimiento antiguo, hace más de un año y los escolares que nunca han estado expuestos al ofrecimiento. Finalmente, las variables de antecedentes de consumo problemático de drogas ilegales en familiares o amigos, al menos un familiar o amigo., se obtuvo a partir de las preguntas P10 y P11 respectivamente.

Se identificaron en la base original un total de 1800 escolares que se habían iniciado en el uso de cannabis hace más de un año, por tanto, fueron retirados de la muestra. En cuanto a los antecedentes de consumo problemático de drogas ilegales por algún familiar se construyó la variable dicotómica, considerando por un lado a los alumnos que no tienen ningún familiar con consumo problemático de drogas ilegales y por otro lado los estudiantes que tienen al menos un familiar con este tipo de consumo. Del mismo modo en el caso de antecedentes de consumo problemático de drogas ilegales por parte de amigos, se identificaron a los escolares que no tenían amigos con ese tipo de consumo y los alumnos que tenían al menos un amigo con consumo problemático.

Finalmente, en el caso del ofrecimiento de cannabis se identificaron a los estudiantes que habían tenido ofrecimiento de cannabis en los últimos 12 meses, quienes habían tenido ofrecimiento hace más de un año y los escolares que nunca habían estado expuestos al

ofrecimiento de consumo de cannabis.

3.6. Análisis de datos

Técnicas de procesamiento de los datos

Los datos han sido procesados utilizando el paquete estadístico SPSS 21.0 (STASTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCES), se emplea estadística descriptiva para la presentación de la información general.

Las variables son analizadas con frecuencias, porcentajes y cruces de variables. En cuanto al análisis de las asociaciones, se realiza un análisis bivariado usando la prueba Chi-cuadrado y Odds Ratio. Se considera resultados significativos a todos aquellos con valores de <0.05 .

Para determinar la magnitud de la asociación se realizó mediante la técnica estadística de regresión logística binaria, con el objetivo de identificar las probabilidades de ocurrencia de la variable dependiente como resultado de la correlación multivariada de las variables independientes para lo cual se cumple con la condición de ser variables dicotómicas (dummy), es decir, que tienen dos categorías. Las probabilidades se determinaron con intervalos de confianza que contenían valores mayores de 1, en cuyo caso se consideró factor de riesgo que predice la ocurrencia, en nuestro caso, del inicio de consumo de cannabis.

Validez y confiabilidad del instrumento

El instrumento utilizado en el estudio de DEVIDA, ha sido diseñado y estandarizado de acuerdo a criterios metodológicos consensuados con el Sistema Interamericano de Datos Uniformes (SIDUC) de la OEA.

El módulo epidemiológico permite hacer estimaciones entre muy buenas y buenas, la primera con un coeficiente de variación de 5% y la segunda con un CV entre 5% y 10%.

IV. RESULTADOS

4.1. Análisis e interpretación

En el presente capítulo se presentan los resultados del procesamiento de los datos con los estadísticos descriptivos, las correlaciones de las variables y el modelo de regresión logística.

Características Generales

La muestra estudiada fue de 51,791 escolares de educación secundaria a nivel nacional, con edades mayoritariamente comprendidas entre los 11 y 16 años de edad. El porcentaje de estudiantes varones y mujeres están repartidos de manera homogénea, siendo 49.1% varones y 50.9% mujeres.

La incidencia de consumo de cannabis de los estudiantes, es decir, de quienes se iniciaron en el uso de cannabis en los últimos 12 meses (Incidentes del último año), fue de 1.4%, mientras que el 98.6% nunca han consumido la sustancia.

Tabla 2.

<i>Incidentes del último año y no consumidores</i>		
	%	Frecuencia
Incidentes en el último año	1.4	748
Nunca han consumido	98.6	51,043
Total	100.0	51,791

Fuente: Elaboración propia, 2021

Dada la representatividad de la muestra respecto al universo de escolares, la distribución por sexo está prácticamente distribuido en la mitad de escolares varones y la otra

mitad mujeres. Sin embargo, en términos de incidencia de consumo durante el último año la tendencia es ligeramente mayor entre escolares varones.

Tabla 3.

	Incidentes en el último año		Nunca han consumido		Total	
	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia
Hombre	57.9	433	48.9	24,979	49.1	25,412
Mujer	42.1	315	51.1	26,064	50.9	26,379
Total	100.0	748	100.0	51,043	100.0	51,791

Incidentes del último año y no consumidores por sexo

Fuente: Elaboración propia, 2021

En cuanto a la distribución por año de estudios, si bien la distribución general por años de estudios se presenta de un modo homogéneo con una leve tendencia a disminuir el número de alumnos según se avanza en la escolaridad. En el caso de la incidencia del consumo de cannabis, esta se incrementa en correspondencia con una mayor escolaridad, alcanzando un pico de 34.1% de incidentes que pertenecen al 5° año de secundaria, 4.5 veces mayor a lo que se aprecia en 1° de secundaria.

Tabla 4.

Incidentes de último año y no consumidores por año de estudios

	Incidentes en el último año		Nunca han consumido		Total	
	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia
Primero	7.4	55	21.4	10,946	21.2	11,001
Segundo	11.2	84	21.1	10,754	20.9	10,838
Tercero	19.8	148	20.0	10,210	20.0	10,358
Cuarto	27.5	206	19.1	9,732	19.2	9,938
Quinto	34.1	255	18.4	9,401	18.6	9,656
Total	100.0	748	100.0	51,043	100.0	51,791

Fuente: Elaboración propia, 2021

Factores asociados al inicio de consumo de cannabis

Las variables de riesgo que han sido consideradas en el presente estudio, son la variable ofrecimiento de consumo y las variables de antecedentes de consumo problemático de drogas ilegales en familiares o amigos del entorno del estudiante.

Ofrecimiento de Cannabis

Se identificó de manera general en todo el grupo de estudiantes, un ofrecimiento de cannabis en los últimos doce meses que alcanza el 7.0%. Sin embargo, en el grupo de consumidores (incidentes de último año) la exposición al ofrecimiento durante los últimos 12 meses alcanzó el 67.3%, mientras que entre los no consumidores la oferta alcanzó solo al 6.1%.

De otro lado, un grupo mayoritario de escolares no estuvieron expuestos al ofrecimiento, en este grupo los no consumidores estuvieron más libres de este factor de riesgo en un 87.5% mientras que entre los incidentes del último año un 25.6% estuvieron libres de la oferta de cannabis.

Tabla 5.*Escolares que han tenido ofrecimiento de cannabis*

	Incidentes en el último año		Nunca han consumido		Total	
	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia
Le han ofrecido marihuana en los últimos 12 meses						
No	25.6	190	88.4	44,317	87.5	44,507
Si, último año	67.3	499	6.1	3,071	7.0	3,570
Si, hace más de un año	7.1	53	5.5	2,732	5.5	2,785
Total	100.0	742	100.0	50,120	100.0	50,862

Fuente: Elaboración propia, 2021

Antecedentes de Consumo Problemático de Drogas Ilegales

Del total de estudiantes, un importante porcentaje de estudiantes (23.1%) señalaron que conocían al menos un amigo con consumo problemático de drogas ilegales. Dentro del grupo de consumidores, esta proporción aumenta notablemente, el 64.6% reportaron una proximidad a casos de amigos con consumo problemático de drogas ilegales, mientras que entre los no consumidores la proximidad a amigos con consumo problemático es más cercano a la media (22.5%).

De otro lado, los no consumidores reportan no conocer a amigos con consumo problemático de manera mayoritaria (76.9%), mientras que, entre los consumidores, solo un tercio señaló no conocer amigos con consumo problemático de drogas ilegales (35.4%).

Tabla 6.*Estudiantes que tienen amigos con consumo problemático de drogas ilegales*

	Incidentes en el último año		Nunca han consumido		Total	
	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia
Problemas de consumo de drogas ilegales por amigos						
Ninguno	35.4	264	77.5	39,193	76.9	39,457
Al menos un amigo	64.6	481	22.5	11,368	23.1	11,849
Total	100.0	745	100.0	50,561	100.0	51,306

Fuente: Elaboración propia, 2021

De manera mayoritaria se aprecia que los escolares no tienen en su entorno familiar a personas con consumo problemático de drogas ilegales (96.2%). Esta tendencia es más clara entre los no consumidores, solo el 3.6% de no consumidores señaló tener un familiar con problemas de consumo de drogas ilegales, mientras que, entre los consumidores esta proporción aumento al 13.8%.

Tabla 7.

	Incidentes en el último año		Nunca han consumido		Total	
	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia
Problemas de consumo de drogas ilegales por un familiar						
Ninguno	86.2	642	96.4	48,725	96.2	49,367
Al menos un familiar	13.8	103	3.6	1,828	3.8	1,931
Total	100.0	745	100.0	50,553	100.0	51,298

*Estudiantes que tienen familiares con consumo problemático de drogas ilegales.**Fuente: Elaboración propia, 2021*

Análisis Bivariado

El análisis de las correlaciones bivariadas permite observar que existe correlación significativa entre la incidencia de consumo de cannabis y las variables estudiadas en todos los casos están fuertemente asociadas. De manera muy marcada se aprecia que los antecedentes de consumo problemático de drogas ilegales en su entorno familiar elevan la probabilidad de inicio de consumo en 4.3 veces, mientras que la presencia de amigos con este tipo de consumo eleva la probabilidad en 6.3 veces. Sin embargo, el ofrecimiento de la sustancia tiene el más importante impacto aumentando la probabilidad de iniciarse en el consumo en 37.9 veces.

Tabla 8.

Pruebas de Chi Cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	OR	Intervalo de confianza de 95 %	
					Inferior	Superior
Problemas de consumo de drogas ilegales por un familiar	211,248	1	0.000	4.276	3.455	5.293
Problemas de consumo de drogas ilegales por amigos	731,958	1	0.000	6.282	5.398	7.310
Le han ofrecido marihuana en los últimos 12 meses	4,296,049	1	0.000	37.900	31.942	44.970

Fuente: Elaboración propia, 2021

Modelo de regresión logística binaria

Los datos han sido sometidos al modelo de regresión logística, método stepwise, para calcular las probabilidades de riesgo, con un nivel de confianza de 95%. Utilizamos el modelo de regresión logística para modelar la relación entre la variable dependiente, en nuestro caso, el inicio de consumo de cannabis, con las variables independientes:

antecedentes de consumo problemático de drogas ilegales en amigos o familiares y el ofrecimiento de cannabis. En este marco, nuestro modelo cumple con los criterios:

1. La variable dependiente no es continua y es binaria.
2. Las variables predictoras o regresoras son cualitativas

En base a estos criterios se modeló la relación entre las variables para clasificar (predecir) a los sujetos de la investigación según su probabilidad de ocurrencia del evento: inicio de consumo de cannabis.

Los resultados del análisis se han orientado a determinar los principales predictores del inicio de consumo. Se aprecia una significancia muy buena en todas las variables de estudio. ($p < 0,05$). Así mismo no contiene el valor 1 en los intervalos de confianza.

Los mejores predictores de inicio de consumo en orden de importancia son: Ofrecimiento de cannabis en los últimos 12 meses, el consumo problemático de drogas ilegales por parte de amigos, y el consumo problemático de drogas ilegales por parte de algún familiar. El consumo problemático de drogas ilegales por parte de algún amigo en combinación con el ofrecimiento de cannabis no potencia la probabilidad de inicio. Sin embargo, esta combinación de factores sigue generando una mayor probabilidad que la no presencia de estos factores estableciendo una probabilidad de la intervención conjunta de factores en 3.4 veces más probabilidad de inicio.

El ofrecimiento impacta en el inicio de consumo incrementando el riesgo en 26.6 veces más. El análisis multivariado ha demostrado que la combinación de las variables de ofrecimiento y presencia de amigos con consumo problemático no contribuye a un incremento la probabilidad de inicio de consumo mayor al que ya existe en la intervención de la variable de manera independiente.

Tabla 9.*Variables en la Ecuación*

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Problemas de consumo de drogas ilegales por un familiar (1)	0.306	0.120	6.536	1	0.011	1.357	1.074	1.716
Problemas de consumo de drogas ilegales por amigos (1)	0.750	0.088	72.303	1	0.000	2.117	1.781	2.517
Ofrecimiento de Cannabis Alguna vez			1234.85 4	2	0.000			
Ofrecimiento de Cannabis en los últimos 12 meses (1)	3.282	0.096	1171.86 8	1	0.000	26.630	22.068	32.135
Ofrecimiento de cannabis hace más de 12 meses (2)	1.220	0.161	57.690	1	0.000	3.386	2.472	4.638
Constante	-5.645	0.078	5207.44 9	1	0.000	0.004		

a. Variables especificadas en el paso 1: Le han ofrecido marihuana.

b. Variables especificadas en el paso 2: Problemas de consumo de drogas ilegales por amigos.

c. Variables especificadas en el paso 3: Problemas de consumo de drogas ilegales por un familiar.

*Valor $p > 0,05$;

B: Parámetro estimado

Exp(B): estimación de OR (Odds ratio)

I.C 95%= Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Elaboración propia, 2021

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio ha identificado que el consumo de cannabis afecta a una parte importante de adolescentes en edad escolar desde temprana edad. Se ha identificado que 1.4% de la población escolar se inicia anualmente en el consumo de cannabis, siendo que esta problemática afecta en mayor grado a los varones (57.9% Vs 42.1% respectivamente). Este porcentaje tiene un importante impacto sanitario en la medida que representa un gran riesgo de incremento del número de adolescentes con necesidades de intervenciones preventivas y de tratamiento, tal como se ha reflejado en diferentes contextos (United Nations Office on Drugs and Crime, 2019). Estas prevalencias muestran una tendencia a un mayor incremento del consumo de mujeres respecto a los varones comparado con las cifras de estudios anteriores realizadas sobre la población escolar a nivel nacional (DEVIDA, 2014).

Del mismo modo se ha encontrado que la edad juega un rol importante en el inicio del consumo, dado que el paso de los años se relaciona con una mayor exposición a los riesgos, en consecuencia, incrementa las probabilidades de inicio en el consumo. Así, los adolescentes de 4to y 5to grado de educación secundaria representan el 62% de los incidentes de último año, es decir, adolescentes entre 15 y 16 años. Este hallazgo es consistente con los estudios de consumo de sustancias en escolares que han identificado una edad de inicio de sustancias ilegales en promedio a los 14 años (DEVIDA, 2012a).

El ofrecimiento de cannabis se ha presentado de manera mayoritaria entre los escolares que se iniciaron en su consumo, aproximadamente 7 de cada 10, tuvieron ofertas en el mismo periodo que se iniciaron en el consumo de cannabis. Por el contrario, los no consumidores recibieron una baja oferta de la sustancia, este comportamiento guarda relación con otros estudios que han destacado la importancia del factor de riesgo de ofrecimiento (Brook et al., 2009; Mason et al., 2017; Zaharakis et al., 2018).

La presencia de consumidores problemáticos en el entorno familiar de los escolares,

de manera general, es menos frecuente. Los escolares no consumidores tienen un entorno de mayor protección frente a la presencia de consumidores problemáticos en la familia. Sin embargo, entre los escolares consumidores la presencia de familiares con consumo problemático es mucho más frecuente. Este hallazgo es consistente con otros estudios que han corroborado el papel de los padres consumidores y la influencia en la iniciación de consumo de cannabis (Bucholz et al., 2017).

Nuestro estudio ha podido determinar que el antecedente de consumo problemático de un amigo en el entorno del adolescente incrementa la probabilidad de inicio en el consumo en 6.3 veces y que en antecedente de un familiar lo incrementa en 4.3 veces. Este hallazgo guarda relación con estudios que señalan el mayor peso del grupo de pares en la etapa de vida adolescente (Alfonso et al., 2009; Guxens et al., 2007; Harris Abadi et al., 2011).

La proximidad de personas con consumo problemático en el entorno familiar y amical señalan también una mayor disponibilidad de la sustancia en estos entornos, como han podido determinar otros estudios analizando la exposición a situaciones que facilitan el acceso a drogas (Gervilla & Palmer, 2010).

En definitiva, el riesgo de inicio de consumo está muy fuertemente asociado al ofrecimiento y representa 37.9 veces más riesgo que entre los que no han recibido ofrecimiento. El análisis de la interacción de las variables, ha permitido determinar que el ofrecimiento de cannabis, por sí mismo, se constituye en el más potente de los factores de riesgo implicados en el inicio de consumo de cannabis. La presencia de las variables de manera conjunta, mantiene al ofrecimiento como el más potente predictor de inicio de consumo incrementando el riesgo en 26.6 veces. La conclusión más importante, es que el ofrecimiento no necesita de la participación de los otros factores estudiados para impactar fuertemente sobre los adolescentes en la conducta de inicio de consumo.

El ofrecimiento de cannabis en un determinado contexto está relaciona a la

disponibilidad de la sustancia en el entorno, incrementando el potencial de riesgo, según se ha observado en otros estudios (Gervilla & Palmer, 2010; Harris Abadi et al., 2011).

VI. CONCLUSIONES

- 6.1 El antecedente de consumo problemático de un familiar incrementa en 4.276 veces la probabilidad de inicio de consumo de cannabis en los escolares peruanos.
- 6.2 El antecedente de consumo problemático de un amigo incrementa en 6.282 veces la probabilidad de inicio de consumo de cannabis en los escolares peruanos.
- 6.3 El ofrecimiento de cannabis incrementa en 37.9 veces la probabilidad de inicio de consumo de cannabis en los escolares peruanos.
- 6.4 El impacto conjunto de los factores de riesgo, aunque sigue constituyendo un factor de riesgo para la iniciación de consumo de cannabis, no potencia la probabilidad de inicio de consumo de cannabis.
- 6.5 El ofrecimiento de cannabis en combinación con los antecedentes de consumo problemático en familiares o amigos de los escolares incrementa la probabilidad de inicio de consumo en 26.630 veces.
- 6.6 El ofrecimiento de cannabis, por si mismo, es el más importante predictor de inicio de consumo en los adolescentes.

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1 Se recomienda fortalecer los mecanismos de control de la oferta de sustancias entre los escolares para disminuir la disponibilidad de la sustancia en el entorno de los adolescentes.
- 7.2 Desarrollar programas de prevención del consumo de drogas en escolares con estrategias que incidan en los recursos para rechazar el ofrecimiento de consumo.
- 7.3 Implementar estrategias de identificación temprana de escolares con antecedentes de consumo problemático en su entorno familiar y amical para incorporarlos a programas preventivos selectivos, focalizados en estos factores de riesgo.
- 7.4 Se recomienda desarrollar instrumentos de evaluación que permitan identificar la presencia de los factores de riesgo que han demostrado en este estudio su importante contribución en la iniciación del consumo de cannabis.
- 7.5 Se recomienda profundizar la investigación en otros factores de riesgo que afectan a la población escolar.
- 7.6 Desarrollar estudios para una mejor caracterización de los familiares o amigos que representen un riesgo para el consumo en los adolescentes.

VIII. REFERENCIAS

- Al-kassab-Córdova, A., Cornejo-Venegas, G., Gacharna-Madrigal, N., Baquedano-Rojas, C., De La Borda-Prazak, G., & Mejia, C. R. (2021). Factores asociados al consumo frecuente de marihuana en jóvenes antes de su ingreso a centros juveniles de diagnóstico y rehabilitación en Perú. *Adicciones*, xx(x), 19-32. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1506/1215>
- Alfonso, J. P., Huedo-Medina, T. B., & Espada, J. P. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de Psicología*, 25(2), 330-338.
- Allen, J. P., Chango, J., Szwedlo, D., Schad, M., & Marston, E. (2012). Predictors of susceptibility to peer influence regarding substance use in adolescence. *Child Development*, 83(1), 337-350. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01682.x>
- Atun, R., De Andrade, L. O. M., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., Garcia, P., Gómez-Dantés, O., Knaul, F. M., Muntaner, C., De Paula, J. B., Rígoli, F., Serrate, P. C. F., & Wagstaff, A. (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet*, 385(9974), 1230-1247. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9)
- Babor, T., Caulkins, J., Griffith, E., Fischer, B., Foxcroft, D., Humphreys, K., Obot, I., Rehm, J., Reuter, P., Room, R., Rossow, I., & Strang, J. (2010). *La política de drogas y el bien público* (OPS).
- Baggio, S., Henchoz, Y., Studer, J., Deline, S., N'goran, A., Mohler-Kuo, M., Daeppen, J. B., & Gmel, G. (2015). Cannabis use and other illicit drug use: Do subjective experiences during first cannabis use increase the probability of using illicit drug? *Journal of Substance Use*, 20(4), 234-238. <https://doi.org/10.3109/14659891.2014.896955>
- Bailly, D. (2017). The adolescent abstainers: A risk group? *Encephale*, 43(5), 480-485.

<https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.07.008>

Becoña Iglesias, E. (2002). *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias* (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas (ed.)).

Behrendt, S., Wittchen, H. U., Höfler, M., Lieb, R., & Beesdo, K. (2009). Transitions from first substance use to substance use disorders in adolescence: Is early onset associated with a rapid escalation? *Drug and Alcohol Dependence*, 99(1-3), 68-78.

<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.06.014>

Blum, R. W., Neely, C. M., & Nonnemaker, J. (2002). Vulnerability , Risk , and Protection. *Journal of Adolescent Health*, 31(1S), 28-39.

Blum, R. W., & Nelson-mmari, K. (2004). The Health of Young People in a Global Context. *Journal of Adolescent Health*, 35(5), 402-418.

<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.10.007>

Brook, J. S., Brook, D. W., Kats, N., Arencibia-Mireles, O., & Finch, S. J. (2009). Ecology and drug use: Universal predictors across time and place. *Psychological Reports*, 104(3), 989-1006. <https://doi.org/10.2466/PR0.104.3.989-1006>

Brorson, H. H., Ajo Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1010-1024. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007>

Bucholz, K. K., McCutcheon, V. V., Agrawal, A., Dick, D. M., Hesselbrock, V. M., Kramer, J. R., Kuperman, S., Nurnberger Jr., J. I., Salvatore, J. E., Schuckit, M. A., Bierut, L. J., Foroud, T. M., Chan, G., Hesselbrock, M., Meyers, J. L., Edenberg, H. J., & Porjesz, B. (2017). Comparison of parent, peer, psychiatric, and cannabis use influences across stages of offspring alcohol involvement: Evidence from the COGA Prospective Study. *Alcohol Clinical & Experimental Research*, 41(2), 359–368.

<https://doi.org/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5272776/pdf/nihms->

[831322.pdf](#)

Burdzovic Andreas, J., & Pape, H. (2015). Who receives cannabis use offers: A general population study of adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 156, 150-156.

<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.09.009>

Burdzovic Andreas, J., Pape, H., & Bretteville-Jensen, A. L. (2016). Who are the adolescents saying «No» to cannabis offers. *Drug and Alcohol Dependence*, 163, 64-70.

<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.03.025>

Burkholder, G., Schensul, J., & Pino, R. (2007). Risk and Protective Factors for Drug Use Among Polydrug-Using Urban Youth and Young Adults. *Journal of Social, Behavioral, and Health Sciences*, 1(1), 2. <https://doi.org/10.5590/JSBHS.2007.01.1.02>

Cabanillas, W. (2021). *Factores Sociodemograficos, Individuales y Contextuales como Predictores del Consumo de Marihuana Según Género en la Población de 12 a 65 años de Lima Metropolitana: Análisis de la Base de Datos de DEVIDA 2013.*

https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/9029/Factores_Cabanillas_Rojas_William.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Calvert, W. J., Keenan Bucholz, K., & Steger-May, K. (2010). Early Drinking and Its Association with Adolescents' Participation in Risky Behaviors. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 4(16), 239-251. <https://doi.org/doi:10.1177/1078390310374356>

Catalano, R. F., Kosterman, R., Hawkins, J. D., Newcomb, M. D., & Abbott, R. D. (1996). Modeling the etiology of adolescent substance use: A test of the social development model. *Journal of Drug Issues*, 26(2), 429-455.

<https://doi.org/10.1177/002204269602600207>

Caulkins, J. P., Pacula, R. L., Paddock, S., & Chiesa, J. (2002). School-Based Drug Prevention: What Kind of Drug Use Does It Prevent? En *Drug Policy Research Center* (Vol. 30, Número 3, pp. 1-204).

- CEDRO. (2015). *El problema de las Drogas en el Perú*.
http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/201/3/El_problema_de_las_Drogas_ultima_ver.pdf
- Chen, K., Kandel, D. B., & Davies, M. (1997). Relationships between frequency and quantity of marijuana use and last year proxy dependence among adolescents and adults in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, 46(1-2), 53-67.
[https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(97\)00047-1](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(97)00047-1)
- Clayton, R. R., Leukefeld, C. G., Donohew, L., Bardo, M., & Grant Harrington, N. (2009). *Risk and Protective Factors : A Brief Review Risk and Protective Factors : A Brief Review*. April 2015, 37-41. <https://doi.org/10.1300/J023v08n03>
- Cleveland, M. J., Feinberg, M. E., Bontempo, D. E., & Greenberg, M. T. (2008). The Role of Risk and Protective Factors in Substance Use across Adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 43(2), 157–164.
- Colque Casas, J. L. (2018). Patrones de consumo de drogas en las cárceles en el Perú. *Revista EDUCA UMCH*, 11, 129-146. <https://doi.org/10.35756/educaumch.v11i0.68>
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas - CICAD. (2019). Informe sobre el consumo de drogas en las Américas. En OAS.
- Cova Solar, F. (2004). La Psicopatología Evolutiva y los Factores de Riesgo y Protección: el Desarrollo de una Mirada Procesual. *Revista de Psicología*, 13(1), 93-101.
<https://doi.org/doi:10.5354/0719-0581.2012.17489>
- Crone, E. A., & Dahl, R. E. (2012). Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(9), 636-650.
<https://doi.org/10.1038/nrn3313>
- Cruz Díaz, J. E., Gaino, L. V., & de Souza, J. (2016). Características clínico y sociodemográficas de los pacientes de un centro de rehabilitación para las adicciones.

Revista Gaúcha de Enfermagem, 37(2), 1-8. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.57037>

Defensoría del Pueblo. (2009). Salud Mental y Derechos Humanos Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables. En *Informe Defensorial N° 140* (Segunda).

DEVIDA. (2010). *Informe Ejecutivo Encuesta Nacional de Consumo de Drogas Población General Perú 2010*.

DEVIDA. (2012a). *Informe Ejecutivo IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2012*.

DEVIDA. (2012b). *IV Estudio Nacional: Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012*.

DEVIDA. (2014). *Consumo problemático de marihuana en la población escolar de secundaria (validación de la escala CAST - Cannabis Abuse Screening Test)*.

DuRant, R. H., Smith, J. A., Kreiter, S. R., & Krowchuk, D. P. (1998). The Relationship Between Early Age of Onset of Initial Substance Use and the Clustering of Health Risk Behaviors Among Young Adolescents. *Pediatric Research*, 43, 3-3. <https://doi.org/10.1203/00006450-199804001-00026>

Gervilla, E., & Palmer, A. (2010). Prediction of cannabis and cocaine use in adolescence using decision trees and logistic regression. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 2(1), 19-35.

González-yubero, S., Martín, R. P., Lázaro-visa, S., Cantabria, U. De, & España, S. (2020). Inteligencia emocional rasgo y habilidad como factores asociados al consumo de cannabis en la adolescencia. *Adicciones*, XX(X). <https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1364/1136>

Gorey, C., Kuhns, L., Smaragdi, E., Kroon, E., & Cousijn, J. (2019). Age-related differences

- in the impact of cannabis use on the brain and cognition: a systematic review. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(1), 37-58.
<https://doi.org/10.1007/s00406-019-00981-7>
- Grant, B. F., & Dawson, D. A. (1998). Age of onset of drug use and its association with DSM-IV drug abuse and dependence: Results from the national longitudinal alcohol epidemiologic survey. *Journal of Substance Abuse*, 10(2), 163-173.
[https://doi.org/10.1016/S0899-3289\(99\)80131-X](https://doi.org/10.1016/S0899-3289(99)80131-X)
- Green, K. M., Musci, R. J., Johnson, R. M., Matson, P. A., Reboussin, B. A., & Ialongo, N. S. (2016). Outcomes Associated with Adolescent Marijuana and Alcohol Use Among Urban Young Adults: A Prospective Study. *Addictive Behaviors*, 53, 155-160.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.10.014>
- Gruber, A. J., & Pope, H. G. J. (2002). Marijuana use among adolescents. *The Pediatric Clinics Of North America*, 49, 389-413.
- Gutiérrez, C., Contreras, H., Trujillo, D., Haro, E., & Ramos-Castillo, J. (2009). Drogas ilegales en escolares de Lima y Callao: factores familiares asociados a su consumo. *Anales de la Facultad de Medicina*, 70(4), 247-254.
<https://doi.org/10.15381/anales.v70i4.924>
- Guxens, M., Nebot, M., Ariza, C., & Ochoa, D. (2007). Factores asociados al inicio del consumo de cannabis: Una revisión sistemática de estudios de cohortes. *Gaceta Sanitaria*, 19(3), 1-9. <https://doi.org/10.1157/13106812>
- Hammond, C. J., Chaney, A., Hendrickson, B., & Sharma, P. (2020). Cannabis use among U.S. adolescents in the era of marijuana legalization: a review of changing use patterns, comorbidity, and health correlates. *International Review of Psychiatry*, 0(0), 1-14.
<https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1713056>
- Harris Abadi, M., Shamblen, S. R., Thompson, K., Collins, D. A., & Johnson, K. (2011).

- Influence of risk and protective factors on substance use outcomes across developmental periods: A comparison of youth and young adults. *Substance Use and Misuse*, 46(13), 1604-1612. <https://doi.org/10.3109/10826084.2011.598598>
- Hawkins, J. D., Catalano, R. E., & Miller, J. Y. (1992). *Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood : Implications for Substance Abuse Prevention*. 112(1).
- Hernández-Vásquez, A., Núñez, S., Santero, M., Grendas, L., Huarez, B., Vilcarromero, S., Casas-Bendezú, M., Braun, S., Cortés, S., & Rosselli, D. (2018). Factores de riesgo asociados al consumo de drogas antes del ingreso a las penitenciarías del Perú. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 20(1), 12-22. https://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v20n1/es_2013-6463-sanipe-20-01-11.pdf
- INEI. (2017). *Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas*.
- Kandel, D. B., Yamaguchi, K., & Chen, K. (1992). Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the gateway theory. *Journal of Studies on Alcohol*, 53(5), 447-457. <https://doi.org/https://doi.org/10.15288/jsa.1992.53.447>
- Kandel, D., & Kandel, E. (2015). The Gateway Hypothesis of substance abuse : developmental , biological and societal perspectives. En *Acta Paediatrica* (Vol. 104, Número 2). <https://doi.org/10.1111/apa.12851>
- Kendler, K. S., Chen, X., Dick, D., Maes, H., Gillespie, N., Neale, M. C., & Riley, B. (2012). Recent advances in the genetic epidemiology and molecular genetics of substance use disorders. *Nature Neuroscience*, 15(2), 181-189. <https://doi.org/10.1038/nn.3018>
- Keyes, M. A., Iacono, W. G., & McGue, M. (2007). Early onset problem behavior, young adult psychopathology, and contextual risk. *Twin Research and Human Genetics*, 10(1),

45-53. <https://doi.org/10.1375/twin.10.1.45>

Levine, A., Clemenza, K., Rynn, M., & Lieberman, J. (2017). Evidence for the Risks and Consequences of Adolescent Cannabis Exposure. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(3), 214-225. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.12.014>

Li, C., Pentz, M. A., & Chou, C. P. (2002). Parental substance use as a modifier of adolescent substance use risk. *Addiction*, 97(12), 1537-1550. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00238.x>

Malacas, C., Alfaro, P., & Hernández, R. M. (2020). Factores predictores de la intención de consumo de marihuana en adolescentes de nivel secundaria. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 20(2), 20-27. <https://doi.org/10.21134/haaj.v20i2.481>

Mason, M. J., Zaharakis, N. M., Rusby, J. C., Westling, E., Light, J. M., Mennis, J., & Flay, B. R. (2017). A Longitudinal Study Predicting Adolescent Tobacco, Alcohol and Cannabis Use by Behavioral Characteristics of Close Friends. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(6), 712-720. <https://doi.org/doi:10.1037/adb0000299>

Mathews, I. S., & Pillon, S. C. (2004). Factores protectores y de riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes hijos de padre alcohólico, en el Perú. *Revista latino-americana de enfermagem*, 12 Spec No, 359-368. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692004000700010>

McGue, M., & Iacono, W. G. (2008). The adolescent origins of substance use disorders. *International journal of methods in psychiatric research*, 17 Suppl 1, S30-S38. <https://doi.org/10.1002/mpr>

Meier, M. H., Hall, W., Caspi, A., Belsky, D. W., Cerdá, M., Harrington, H. L., Houts, R., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2016). Which adolescents develop persistent substance dependence in adulthood? Using population-representative longitudinal data to inform

universal risk assessment. *Psychological Medicine*, 46(4), 877-889.

<https://doi.org/10.1017/S0033291715002482>

Meyers, J. L., & Dick, D. M. (2010). Genetic and Environmental Risk Factors for Adolescent-Onset Substance Use Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(3), 465-477. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2010.03.013>

Ministerio de Salud. (2014). *Carga de Enfermedad en el Perú, estimación de los años de vida saludables perdidos 2012* (pp. 01-86). <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/Cargaenfermedad2012.pdf>

Musayón Oblitas, Y., Torres Deza, C., Sánchez Díaz, E., & Chavéz Cachay, E. (2005). Factores de riesgo del consumo de bebidas alcohólicas en escolares de educación secundaria. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 23(1), 54-67. <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105215401005.pdf>

Neyra Camac, R., Muñoz Solís, S., Páucar, P., & Mena, T. (2006). Principales factores psicosociales que influyen en el alcoholismo en pacientes del Hospital Hermilio Valdizán. *Revista De La Facultad De Medicina Humana- Universidad Ricardo Palma*, 6(1), 8-14. <http://aulavirtual1.urp.edu.pe/ojs/index.php/RFMH/article/viewFile/12/8>

NIDA. (2010). *Principios de Tratamientos Para la Drogadicción. Una Guía Basada en las Investigaciones*.

Nsimba, S. E. D., & Massele, A. Y. (2012). A Review on Factors that Predispose Youths and Adolescents to Using Substances of Abuse in Developed and Less Developing Countries: Are Intervention Programs Useful? *Journal of Addiction Research & Therapy*, 03(01), 1-4. <https://doi.org/10.4172/2155-6105.1000123>

Observatorio Interamericano de Drogas; CICAD; OEA. (2011). *Sistema Interamericano de Datos Uniformes. Protocolo de la encuesta de estudiantes de enseñanza media. Instrumentos para la realización de los Estudios Nacionales de Drogas en Población*

General. 1-62.

Oficina Contra la Droga y el Delito. (2002). *Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas: Documento de debate para la formulación de políticas.*

<https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Porque.pdf>

Organización de los Estados Americanos. (2013). *El Problema de las Drogas en las Américas: Estudios : Capítulo 2: Drogas y Salud Pública.*

Organización Panamericana de la salud. (2015). *Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas.*

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/alcohol-Informe-salud-americas-2015.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2007). Alcohol y salud publica en las Americas Un Caso Para La Accion. *Organizacion Panamericana De La Salud. World Health Organization*, 64.

Organización Panamericana para la Salud. (2007). *Agenda de Salud para las Américas 2008-2017.* 25. https://www.paho.org/Spanish/D/HAgenda_Spanish.pdf

Ozuna Espinosa, M. S., Guzman Facndo, F. R., Alonos Castillo, M. M., Rodriguez Aguilar, L., & Lopez Garcia, K. S. (2018). Influencing attitudes in the transition of licit to illicit drug abuse. *International Journal of Recent Scientific Research*, 9(7 (D)), 27935-27938.

<https://doi.org/10.24327/IJRSR>

Parvizi, S., & Hamzehgardeshi, Z. (2014). Adolescents' view of health concept and its risk factors: A literature review. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 26(3), 351-359. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2013-0311>

Peñañiel Pedrosa, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso: revista de educación*, 32, 147-173.

Petratis, J., Flay, B. R., & Miller, T. Q. (1995). Reviewing Theories of Adolescent Substance Use: Organizing Pieces in the Puzzle. *Psychological Bulletin*, 117(1), 67-86.

<https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.1.67>

- Plumbohm, M. (2016). *Percepción de Riesgo y Locus de Control Interno en Adolescentes Consumidores de Marihuana* [Tesis, Pontificia Universidad Católica del Perú].
http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/7316/PLUMBOHM_MARIANA_PERCEPCION_DE_RIESGO.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ramirez, R., Hinman, A., Sterling, S., Weisner, C., & Campbell, C. (2012). Peer Influences on Adolescent Alcohol and Other Drug Use Outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(1), 36-44. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01437.x>
- Rice, D., & Barone, S. (2000). Critical periods of vulnerability for the developing nervous system: Evidence from humans and animal models. *Environmental Health Perspectives*, 108(SUPPL. 3), 511-533. <https://doi.org/10.2307/3454543>
- Roche, K. M., Ahmed, S., & Blum, R. W. (2008). Enduring consequences of parenting for risk behaviors from adolescence into early adulthood. *Social Science and Medicine*, 66(9), 2023-2034. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.009>
- Rutter, M. (1989). Isle of Wight Revisited: Twenty-five Years of Child Psychiatric Epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28(5), 633-653. <https://doi.org/10.1097/00004583-198909000-00001>
- Rutter, M., & Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12(3), 265-296.
<https://doi.org/10.1017/s0954579400003023>
- Saravia, J. C., Gutiérrez, C., & Frech, H. (2014). Factores asociados al inicio de consumo de drogas ilícitas en adolescentes de educación secundaria. *Revista Peruana de Epidemiología*, 18(1), 1-7.
- Siegel, J. T., Tan, C. N., Navarro, M. A., Alvaro, E., & Crano, W. D. (2015). The power of the proposition: frequency of marijuana offers, parental knowledge, and adolescent

- marijuana use. *Drug Alcohol Depend.*, 148(1), 34-39. [https://doi.org/10.1016 / j.drugalcdep.2014.11.035](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.11.035)
- Sloboda, Z., Glantz, M. D., & Tarter, R. E. (2012). Revisiting the concepts of risk and protective factors for understanding the etiology and development of substance use and substance use disorders: Implications for prevention. *Substance Use and Misuse*, 47(8-9), 944-962. <https://doi.org/10.3109/10826084.2012.663280>
- Spooner, C., Hall, W., & Lynskey, M. (2001). Structural determinants of youth drug use. En *A report prepared by the National Drug and Alcohol Research Centre, UNSW. Australian National Council on Drugs*. https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/documents/Structural_Determinants_Youth_Drug_Use_2001.pdf.pdf
- Squeglia, L. M., Jacobus, J., & Tapert, S. F. (2009). The influence of substance use on adolescent brain development. *Clinical EEG and Neuroscience*, 40(1), 31-38. <https://doi.org/10.1177/155005940904000110>
- Tapert, S. F., Ph, D., Caldwell, L., & Burke, C. (2005). *Adolescent Brain*. 28(4).
- Transnational Institute. (2015). *Las convenciones de drogas de la ONU. Guía básica* (Primera).
- Trigozo Parra, M. G., Alván Lozano, C. I., & Santillán Bicerra, K. A. (2016). Factores familiares asociados al consumo de drogas psicoactivas, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Simón Bolívar, Iquitos 2016. En *Universidad Nacional de la Amazonía Peruana*. <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/4442>
- UNICEF. (2011). *La adolescencia. Una época de oportunidades*.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2003). *Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas: Documento de Debate para la Formulación de Políticas*.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2019). *World Drug Report 2019; Global*

overview of drug demand and supply.

- UNODC. (2012). *Cannabis: A Short Review*. https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/cannabis_review.pdf
- Van der Pol, P., Liebrechts, N., Brunt, T., van Amsterdam, J., de Graaf, R., Korf, D. J., van den Brink, W., & van Laar, M. (2014). Cross-sectional and prospective relation of cannabis potency, dosing and smoking behaviour with cannabis dependence: An ecological study. *Addiction*, *109*(7), 1101-1109. <https://doi.org/10.1111/add.12508>
- Vázquez, A. L., Domenech Rodríguez, M. M., Amador Buenabad, N. G., Bustos Gamiño, M. N., Gutierrez López, M. de L., & Villatoro Velázquez, J. A. (2019). The influence of perceived parenting on substance initiation among Mexican children. *Addictive Behaviors*, *97*(May), 97-103. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.05.026>
- Velásquez, A. (2009). La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del Plan Esencial de Aseguramiento Universal. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, *26*(2), 222-231. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2009.262.1363>
- Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, *379*(9826), 1641-1652. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60149-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60149-4)
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. J. L., & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, *382*(9904), 1575-1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
- Wills, T. A., & Yaeger, A. M. (2003). Family Factors and Adolescent Substance Use: Models and Mechanisms. *Current Directions in Psychological Science*, *12*(6), 222-226. <https://doi.org/10.1046/j.0963-7214.2003.01266.x>

World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. 1-392.

https://doi.org/entity/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html

Zaharakis, N. M., Mason, M. J., Mennis, J., Light, J., Rusby, J. C., Westling, E., Crewe, S.,

Flay, B. R., & Way, T. (2018). School, Friends, and Substance Use: Gender Differences on the Influence of Attitudes toward School and Close Friend Networks on Cannabis

Involvement. *Prevention Science*, 19(2), 138-146. [https://doi.org/doi:10.1007/s11121-](https://doi.org/doi:10.1007/s11121-017-0816-y)

[017-0816-y](https://doi.org/doi:10.1007/s11121-017-0816-y)

Zuckermann, A. M. E., Battista, K., De Groh, M., Jiang, Y., & Leatherdale, S. T. (2019).

Prelegalisation patterns and trends of cannabis use among Canadian youth: Results from

the COMPASS prospective cohort study. *BMJ Open*, 9(3), 1-9.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026515>

IX. ANEXOS.

Anexo A. Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	Variables	Indicadores	Diseño Estudio
<p>Problema General: ¿Cuál es la relación de los antecedentes de consumo problemático en familiares o amigos con el ofrecimiento de cannabis en la conducta de iniciación de consumo en escolares peruanos?</p> <p>Problemas Específicos: Problemas Específico 1: ¿Cuáles es la relación de los antecedentes de consumo problemático de un familiar con el ofrecimiento de cannabis en la conducta de iniciación de consumo en escolares peruanos?</p> <p>Problemas Específico 2: ¿Cuáles es la relación de los antecedentes de consumo problemático de un amigo con el ofrecimiento de cannabis en la conducta de iniciación de consumo en escolares peruanos?</p>	<p>Objetivo General: Determinar la relación de los antecedentes de consumo problemático en familiares o amigos con el ofrecimiento de cannabis en la conducta de iniciación de consumo en escolares peruanos.</p> <p>Objetivos Específicos: Objetivo Específico 1: Determinar la relación de los antecedentes de consumo problemático de un familiar con el ofrecimiento de cannabis en la conducta de iniciación de consumo en escolares peruanos</p> <p>Objetivo Específico 2: Determinar la relación de los antecedentes de consumo problemático de un amigo con el ofrecimiento de cannabis en la conducta de iniciación de consumo en escolares peruanos.</p>	<p>Consumo de Cannabis.</p> <p>Ofrecimiento</p> <p>Antecedente de consumo familiar</p> <p>Antecedente de consumo en grupo de pares</p>	<p>Incidencia de consumo No Consumo</p> <p>SI/NO</p> <p>SI/NO</p> <p>SI/NO</p>	<p>Estudio Descriptivo, No experimental. Se trabajó bajo un diseño de corte transversal y retrospectivo</p>

Anexo B. Consentimiento Informado

(Forma parte del encabezado del instrumento y es leído por el encuestador al momento de la aplicación del cuestionario).

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL Y ANÓNIMO
AMPARADO POR EL DECRETO LEGISLATIVO N° 604, SECRETO ESTADÍSTICO

Hola:

Estamos realizando un estudio en las instituciones educativas de secundaria del Perú sobre temas relacionados con **la salud de los estudiantes**. El objetivo es obtener información que permita orientar, del mejor modo posible, una serie de acciones destinadas a solucionar los problemas de salud que existen en la población escolar. La información que nos brindes será de gran utilidad para este propósito. Tus respuestas son **absolutamente confidenciales y serán tratadas con total anonimato**, por lo que te pedimos responder con toda honestidad.

Anexo C. Cuestionario de la VI Encuesta Nacional De Estudiantes De Secundaria 2017

IV ENCUESTA NACIONAL DE ESTUDIANTES DE SECUNDARIA – 2012

LLENAR EN LA HOJA ÓPTICA LOS DATOS QUE INDIQUE EL ENCUESTADOR EN LA PIZARRA

N° de Colegio		

Código Modular					

MARCA EN LA HOJA ÓPTICA LA RESPUESTA QUE CONSIDERES ADECUADA:

I. DATOS DEL COLEGIO			
N°	Pregunta	Respuestas.	
1.	¿Tipo de colegio?	Público	1
		Privado	2
2.	¿Turno?	Mañana	1
		Tarde	2
3.	¿Tipo de colegio según sexo?	Masculino	1
		Femenino	2
		Mixto	3
II. DATOS PERSONALES			
N°	Pregunta	Respuestas.	
4.	¿Edad?	Marcar el número que corresponde a la edad en la Hoja óptica	
5.	¿Sexo?	Hombre	1
		Mujer	2
6.	¿Año de estudio?	Primero	1
		Segundo	2
		Tercero	3
		Cuarto	4
		Quinto	5
7.	¿Con quiénes vives?	Padre y madre.	1
		Solo con el padre.	2
		Solo con la madre.	3
		Padre y su pareja.	4
		Madre y su pareja.	5
		Con ninguno de los dos padres (Vivo con abuelos, tíos, hermanos u otros).	6
		Con mi pareja	7
8.	¿Tienes algún problema de discapacidad o enfermedad?	Usas lentes	1
		No escuchas bien / eres sordo	2
		Cojeas / no tienes una pierna o un brazo o alguna extremidad	3
		Tienes dificultades para hablar y comunicarte con tus compañeros	4
		Tienes problemas de aprendizaje	5
		Otras	6
		No tienes problemas de discapacidad o enfermedad	7
9.	Algunas personas se describen a sí mismas como pertenecientes a diferentes grupos culturales o étnicos. De los siguientes grupos, ¿a cuales crees tú que perteneces?	Indígenas	1
		Asiáticos (chino, japonés, coreano, etc.)	2
		Personas de raza negra	3
		Personas de la sierra	4
		Personas de la selva	5
		Personas de la costa	6
		Mestizos	7
		Provincianos	8
		Limeños	9
		Blancos	10
		Extranjeros	11
		No sabe / no responde	12
III.			
N°	Pregunta	Respuesta	

		Papá	Mamá	Hermanos u otra persona que vive en el hogar	No tienen ni han tenido este problema.
10.	Hasta donde tú sabes o recuerdas, ¿tu papá, mamá, hermanos u otra persona que viva en tu hogar, ha tenido alguno de los siguientes problemas? (MARCA UNA O MÁS RESPUESTAS SI ES NECESARIO)				
10.1.	Problemas de consumo de alcohol.	1	2	3	4
10.2.	Problemas de consumo de otras drogas (marihuana, PBC, cocaína, etc.).	1	2	3	4
10.3.	Ha cometido un delito (robo, asalto, venta de drogas, etc.).	1	2	3	4
10.4.	Esta preso o presa.	1	2	3	4

IV.

N°	Pregunta	Respuesta			
11.	Hasta donde tú conoces, ¿algún amigo tuyo (de barrio, colegio u otro lugar) ha tenido o tiene alguno de los siguientes problemas? (MARCA UNA O MÁS RESPUESTAS SI ES NECESARIO)	Amigo de barrio	Amigo de colegio	Amigo de otro lugar	No tienen ni han tenido este problema.
11.1.	Problemas de consumo de alcohol.	1	2	3	4
11.2.	Problemas de consumo de otras drogas (marihuana, PBC, cocaína, etc.).	1	2	3	4
11.3.	Ha cometido un delito (robo, asalto, venta de drogas, etc.).	1	2	3	4
11.4.	Esta preso(a).	1	2	3	4

N°	Pregunta	Respuestas.		
12.	¿Estás de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones que tienen que ver con tu barrio o contigo mismo, en relación al lugar en el que vives? (LEE BIEN CADA UNA DE LAS AFIRMACIONES Y MARCA UNA RESPUESTA).	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo
12.1.	Existe violencia e inseguridad (peleas callejeras, pandillas, etc.) en mi barrio o lugar en el que vivo.	1	2	3
12.2.	Hay robos y asaltos frecuentes a los vecinos y transeúntes en mi barrio o lugar en el que vivo.	1	2	3
12.3.	Existe venta de drogas (marihuana, PBC, cocaína, etc.) en mi barrio o cerca de él.	1	2	3
12.4.	Existe gente, principalmente jóvenes y adolescentes, que consume drogas en mi barrio o lugar en el que vivo.	1	2	3
12.5.	Las pistas, veredas, alumbrado público, etc., siempre se encuentran deteriorados o en mal estado en mi barrio o lugar en el que vivo.	1	2	3
12.6.	Mi familia y yo mantenemos una buena relación con los vecinos del barrio (hay un trato cordial, lazos de amistad y apoyo o cooperación cuando se necesita).	1	2	3
12.7.	La policía o el serenazgo se preocupan por la seguridad de mi barrio permanentemente (rondan las calles, coordinan con la junta de vecinos, acuden a tiempo cuando se les necesita, etc.).	1	2	3
12.8.	En mi barrio (o cerca) existen instituciones, empresas o iglesias que apoyan a los jóvenes y adolescentes, a las que se puede acudir en busca de ayuda.	1	2	3
12.9.	Me siento tranquilo y seguro en mi barrio, en cualquier momento del día.	1	2	3

V.

N°	Pregunta	Respuestas.				
13.	Cuál crees tú que es el riesgo que corre una persona que....?	Ningún Riesgo	Riesgo leve	Riesgo moderado	Gran riesgo	No se que riesgo corre
13.1.	Fuma cigarrillos <u>alguna vez</u>	1	2	3	4	5
13.2.	Fuma cigarrillos <u>frecuentemente</u>	1	2	3	4	5
13.3.	Toma bebidas alcohólicas <u>alguna vez</u>	1	2	3	4	5
13.4.	Toma bebidas alcohólicas <u>frecuentemente</u>	1	2	3	4	5
13.5.	Se <u>emborracha</u> con bebidas alcohólicas.	1	2	3	4	5
13.6.	Toma medicamentos tranquilizantes sin receta médica <u>alguna vez</u> .	1	2	3	4	5
13.7.	Toma medicamentos tranquilizantes sin receta médica <u>frecuentemente</u> .	1	2	3	4	5
13.8.	Toma medicamentos estimulantes sin receta médica <u>alguna vez</u> .	1	2	3	4	5
13.9.	Toma medicamentos estimulantes sin receta médica <u>frecuentemente</u> .	1	2	3	4	5
13.10.	Consume inhalantes (Terokal, PVC, Africano, tiner, bencina, gasolina, etc) <u>alguna vez</u> .	1	2	3	4	5
13.11.	Consume inhalantes <u>frecuentemente</u> .	1	2	3	4	5

VI.

N°	Pregunta	Respuestas		Pase a la pgta.
14.	¿Has fumado cigarrillos ALGUNA VEZ EN TU VIDA ?	Si.	1	23
		No.	2	
15.	¿Qué EDAD tenías cuando fumaste cigarrillos por primera vez?	Marcar el número que corresponde a la edad en la Hoja Óptica		
N°	Pregunta	Respuestas		Pase a la pgta.
16.	¿Cuándo fue la PRIMERA VEZ que probaste	Durante los últimos 30 días.		1

	cigarrillos?	Hace más de 1 mes, pero menos de 1 año	2	
		Hace más de 1 año	3	
17.	¿Con quién estabas la primera vez que fumaste cigarrillos?	Sólo.	1	
		Con compañeros de estudios.	2	
		Con compañeros de trabajo.	3	
		Con mis amigos de barrio.	4	
		Con mis padres y/o hermanos.	5	
		Con otros familiares.	6	
		No recuerdo.	7	
18.	¿Has fumado cigarrillos EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Si.	1	
		No	2	23
19.	¿Y cuántos días has fumado cigarrillos EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	1 día.	1	
		2 días.	2	
		3 días.	3	
		4 – 5 días.	4	
		6 – 9 días.	5	
		10 – 19 días.	6	
		20 – 39 días.	7	
		40 días o más.	8	
20.	¿Has fumado cigarrillos EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?	Si.	1	
		No	2	23
21.	¿Y cuántos días has fumado cigarrillos EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?	1 día.	1	
		2 días.	2	
		3 días.	3	
		4 – 5 días.	4	
		6 – 9 días.	5	
		10 – 19 días.	6	
		20 días o más.	7	
22.	Aproximadamente, ¿Cuántos cigarrillos has fumado por día, cuando fumaste, en los últimos 30 días?	Marcar el número de cigarrillos		

VII.

Nº	Pregunta	Respuestas	Pase a la pgta.
23.	¿Has consumido bebidas alcohólicas ALGUNA VEZ EN TU VIDA?	Si.	1
		No.	2
			34
24.	¿Qué EDAD tenías cuando consumiste bebidas alcohólicas por primera vez?	Marcar el número que corresponde a la edad en la Hoja Óptica	
25.	¿Cuándo fue la PRIMERA VEZ que consumiste bebidas alcohólicas?	Durante los últimos 30 días.	1
		Hace más de 1 mes, pero menos de 1 año	2
		Hace más de 1 año	3
26.	¿Con quién estabas la primera vez que consumiste bebidas alcohólicas?	Sólo.	1
		Con compañeros de estudios.	2
		Con compañeros de trabajo.	3
		Con mis amigos de barrio.	4
		Con mis padres y/o hermanos.	5
		Con otros familiares.	6
		No recuerdo.	7
27.	¿Has consumido bebidas alcohólicas EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Si.	1
		No.	2
			34
28.	¿Y cuántos días has bebido alcohol EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	1 día.	1
		2 días.	2
		3 días.	3
		4 – 5 días.	4
		6 – 9 días.	5
		10 – 19 días.	6
		20 – 39 días.	7
		40 días o más.	8

Nº	Pregunta	Respuestas.	
		Si	No
29.	Debido a tu consumo de alcohol EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES		
29.1.	¿Alguna vez has viajado en un vehículo (auto, moto, mototaxi) conducido por una persona (o por ti mismo) que haya consumido bebidas alcohólicas?	1	2
29.2.	¿Alguna vez amigos o familiares te han sugerido o mencionado que disminuyas el consumo de bebidas alcohólicas?	1	2
29.3.	¿Alguna vez has consumido bebidas alcohólicas para relajarte, para sentirte mejor contigo mismo o para integrarte a un grupo?	1	2
29.4.	¿Alguna vez te has metido en problemas al consumir bebidas alcohólicas?	1	2
29.5.	¿Alguna vez te has olvidado lo que hiciste después de consumir bebidas alcohólicas?	1	2
29.6.	¿Alguna vez has consumido bebidas alcohólicas estando solo o sola?	1	2

Nº	Pregunta	Respuestas.
30.	¿Has consumido bebidas alcohólicas EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?	Si. 1
		No. 2
31.	¿Y cuántos días has bebido alcohol EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?	1 día. 1
		2 días. 2
		3 días. 3
		4 – 5 días. 4
		6 – 9 días. 5
		10 – 19 días. 6
		20 días o más. 7
32.	¿Cuántos días has tomado más de la cuenta y te has emborrachado EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?	Marcar el número de días que corresponda en la Hoja óptica.
33.	En las últimas 2 semanas: ¿Cuántas veces has consumido 5 tragos/vasos o más, en una misma salida?	Ninguna vez 1
		Solo una vez 2
		Entre dos y tres veces 3
		Entre cuatro y cinco veces 4
		Más de cinco veces 5

VIII.

Nº	Pregunta	Respuestas	Pase a la pgta.
34.	¿ ALGUNA VEZ EN TU VIDA has consumido medicamentos tranquilizantes [como clonazepan (rivotril), diazepam (valium), alprazolam (alpez, xanax), lorazepan (donix), etc.] SIN QUE TE LO RECETARA UN MÉDICO?	Si. 1	44
		No. 2	
35.	¿Y cómo conseguiste los medicamentos tranquilizantes que consumiste?	Con receta de un médico amigo. 1	
		A veces sin receta. 2	
		Siempre sin receta. 3	
		Primero me fueron recetados y luego por mi cuenta. 4	
36.	¿Qué EDAD tenías cuando consumiste medicamentos tranquilizantes por primera vez?	Marcar el número que corresponde a la edad en la Hoja Óptica	
37.	¿Cuándo fue la PRIMERA VEZ que consumiste medicamentos tranquilizantes?	Durante los últimos 30 días. 1	
		Hace más de 1 mes, pero menos de 1 año 2	
		Hace más de 1 año 3	
38.	¿Has consumido medicamentos tranquilizantes EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Si. 1	44
		No. 2	
39.	¿Y cuántos días has consumido medicamentos tranquilizantes EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	1 día. 1	
		2 días. 2	
		3 días. 3	
		4 – 5 días. 4	
		6 – 9 días. 5	
		10 – 19 días. 6	
		20 – 39 días. 7	
		40 días o más. 8	
40.	¿Cuáles son las razones por las que usas medicamentos tranquilizantes sin que te lo recetara un médico? (MARCA MÁS DE UNA RESPUESTA SI CONSIDERAS NECESARIO).	Por recomendación de un médico amigo de mi familia. 1	
		Por indicación de mis profesores o del psicólogo del colegio. 2	
		Para reducir la ansiedad, calmar la tensión, bajar el estrés. 3	
		Para calmar los nervios, relajarme, dormir mejor. 4	
		Para no estar deprimido. 5	
		Para estar más activo y mejorar mi rendimiento en la escuela o el trabajo. 6	
		Para sentirme mejor, más sociable, desinhibirme. 7	
		Para mejorar el efecto del Alcohol o de otras sustancias. 8	
		Otra. 9	
41.	¿Has consumido medicamentos tranquilizantes EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, sin receta médica?	Si. 1	43
		No. 2	
42.	¿Y cuántos días has consumido medicamentos tranquilizantes EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, sin receta médica?	1 día. 1	
		2 días. 2	
		3 días. 3	
		4 – 5 días. 4	
		6 – 9 días. 5	
		10 – 19 días. 6	
		20 días o más. 7	

N°	Pregunta	Respuestas.		
		Si	No	No consume
43.	EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES has usado medicamentos tranquilizantes ...			
43.1.	Después de haber consumido alcohol?	1	2	3
43.2.	Después de haber consumido medicamentos estimulantes?	1	2	3
43.3.	Después de haber fumado marihuana?	1	2	3
43.4.	Después de haber consumido PBC?	1	2	3
43.5.	Después de haber consumido cocaína?	1	2	3
43.6.	Después de haber consumido éxtasis?	1	2	3
43.7.	Después de haber consumido inhalantes?	1	2	3

IX.

N°	Pregunta	Respuestas			Pase a la pgta.
44.	¿ ALGUNA VEZ EN TU VIDA has consumido medicamentos estimulantes [como Ritalin, Dexedrine, Metilfenidato, Methylin, Metadona, Cidrin, Doxapran, Isoflurano, Salbutamol, Sibutramina, Didrex, u otros] SIN QUE TE LO RECETARA UN MÉDICO?	Si.	1	54	
		No.	2		
45.	¿Y cómo conseguiste los medicamentos estimulantes que consumiste?	Con receta de un médico amigo.	1		
		A veces sin receta.	2		
		Siempre sin receta.	3		
		Primero me fueron recetados y luego por mi cuenta.	4		
46.	¿Qué EDAD tenías cuando consumiste medicamentos estimulantes por primera vez?	Marcar el número que corresponde a la edad en la Hoja Óptica			
47.	¿Cuándo fue la PRIMERA VEZ que consumiste medicamentos estimulantes?	Durante los últimos 30 días.	1		
		Hace más de 1 mes, pero menos de 1 año	2		
		Hace más de 1 año	3		
48.	¿Has consumido medicamentos estimulantes EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Si.	1	54	
		No.	2		
49.	¿Y cuántos días has consumido medicamentos estimulantes EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	1 día.	1		
		2 días.	2		
		3 días.	3		
		4 – 5 días.	4		
		6 – 9 días.	5		
		10 – 19 días.	6		
		20 – 39 días.	7		
		40 días o más.	8		
50.	¿Cuáles son las razones por las que usas medicamentos estimulantes sin que te lo recetara un médico? (MARCA MÁS DE UNA RESPUESTA SI CONSIDERAS NECESARIO).	Por recomendación de un médico amigo de mi familia.	1		
		Por indicación de mis profesores o del psicólogo del colegio.	2		
		Para reducir la ansiedad, calmar la tensión, bajar el estrés.	3		
		Para calmar los nervios, relajarme, dormir mejor.	4		
		Para no estar deprimido.	5		
		Para estar más activo y mejorar mi rendimiento en la escuela o el trabajo.	6		
		Para sentirme mejor, más sociable, desinhibirme.	7		
		Para mejorar el efecto del Alcohol o de otras sustancias.	8		
		Otra.	9		
51.	¿Has consumido medicamentos estimulantes EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, sin receta médica?	Si.	1	53	
		No.	2		
52.	¿Y cuántos días has consumido medicamentos estimulantes EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, sin receta médica?	1 día.	1		
		2 días.	2		
		3 días.	3		
		4 – 5 días.	4		
		6 – 9 días.	5		
		10 – 19 días.	6		
		20 días o más.	7		

N°	Pregunta	Respuestas.		
		Si	No	No consume
53.	EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES has usado medicamentos estimulantes ...			
53.1.	Después de haber consumido alcohol?	1	2	3
53.2.	Después de haber consumido medicamentos tranquilizantes?	1	2	3
53.3.	Después de haber fumado marihuana?	1	2	3
53.4.	Después de haber consumido PBC?	1	2	3
53.5.	Después de haber consumido cocaína?	1	2	3
53.6.	Después de haber consumido éxtasis?	1	2	3
53.7.	Después de haber consumido inhalantes?	1	2	3

N°	Pregunta	Respuestas.				
		Ningún Riesgo	Riesgo leve	Riesgo moderado	Gran riesgo	No sé que riesgo corre
54.	Cuál crees tú que es el riesgo que corre una persona que....?					
54.1.	Prueba marihuana <u>una o dos veces</u>	1	2	3	4	5
54.2.	Fuma marihuana <u>alguna vez</u>	1	2	3	4	5
54.3.	Fuma marihuana <u>frecuentemente</u>	1	2	3	4	5
54.4.	Prueba cocaína <u>una o dos veces</u>	1	2	3	4	5
54.5.	Consume cocaína <u>alguna vez</u>	1	2	3	4	5
54.6.	Consume cocaína <u>frecuentemente</u>	1	2	3	4	5
54.7.	Prueba PBC <u>una o dos veces</u>	1	2	3	4	5
54.8.	Consume PBC <u>alguna vez</u>	1	2	3	4	5
54.9.	Consume PBC <u>frecuentemente</u>	1	2	3	4	5
54.10.	Prueba éxtasis <u>una o dos veces</u>	1	2	3	4	5
54.11.	Consume éxtasis <u>alguna vez</u>	1	2	3	4	5
54.12.	Consume éxtasis <u>frecuentemente</u>	1	2	3	4	5

X.

N°	Pregunta	Respuestas			
		Me sería fácil	Me sería difícil	No podría conseguir	No sé si es fácil o difícil
55.	¿Cuán fácil o difícil te sería conseguir alguna de las siguientes sustancias? MARCA SOLO UNA OPCIÓN POR CADA SUSTANCIA.				
55.1.	Marihuana	1	2	3	4
55.2.	Cocaína	1	2	3	4
55.3.	PBC	1	2	3	4
55.4.	Éxtasis	1	2	3	4
55.5.	Inhalantes	1	2	3	4
55.6.	Metanfetaminas	1	2	3	4

N°	Pregunta	Respuestas			
		Durante los últimos 30 días	Hace más de 1 mes pero menos de 1 año	Hace más de 1 año	Nunca le han ofrecido
56.	¿Cuándo fue LA ÚLTIMA VEZ que te ofrecieron alguna de las siguientes sustancias (sea para comprar o probar)? MARCA SOLO UNA OPCIÓN POR CADA SUSTANCIA.				
56.1.	Marihuana	1	2	3	4
56.2.	Cocaína	1	2	3	4
56.3.	PBC	1	2	3	4
56.4.	Éxtasis	1	2	3	4
56.5.	Inhalantes	1	2	3	4
56.6.	Metanfetaminas	1	2	3	4

N°	Pregunta	Respuestas.			Pase a la pgta.
57.	Si te han ofrecido MARIHUANA ¿en qué lugar te la ofrecieron LA ÚLTIMA VEZ ? PIENSA SÓLO EN LA ÚLTIMA VEZ QUE TE LA OFRECIERON.	Nunca me han ofrecido.		1	
		En tu casa.		2	
		En tu colegio.		3	
		En los alrededores de tu colegio.		4	
		En una fiesta, discoteca, polladas, concierto, etc.		5	
		En los alrededores de tu casa / Barrio.		6	
		Por Internet, mail o chateando.		7	
58.	Si te han ofrecido ALGUNA OTRA DROGA (PBC, cocaína, éxtasis, etc.), ¿en qué lugar te la ofrecieron LA ÚLTIMA VEZ ? PIENSA SÓLO EN LA ÚLTIMA VEZ QUE TE LA OFRECIERON.	Nunca me han ofrecido.		1	
		En tu casa.		2	
		En tu colegio.		3	
		En los alrededores de tu colegio.		4	
		En una fiesta, discoteca, polladas, concierto, etc.		5	
		En los alrededores de tu casa / Barrio.		6	
		Por Internet, mail o chateando.		7	
59.	¿Alguna vez sentiste CURIOSIDAD de probar alguna droga ilícita?	Si.		1	
		No.		2	
		Ya he probado.		3	
60.	Si tuvieras la OPORTUNIDAD , ¿probarías alguna droga ilícita?	Si.		1	61
		No.		2	
		Ya he probado.		3	

XI.						
N°	Pregunta	Respuestas.			N°	Pregunta
61.	¿ ALGUNA VEZ EN TU VIDA has consumido alguna de estas sustancias?	Si	No	No conozco	62.	Responder solo si contestaste SI en la pregunta 61 ¿Qué edad tenía cuando probaste por primera vez?
61.1	Inhalantes (Terokal, PVC, Africano, tiner, bencina, gasolina, Popper, etc).	1	2	3	62.1	
61.2	Marihuana.	1	2	3	62.2	
61.3	Pasta Básica de Cocaína - PBC.	1	2	3	62.3	
61.4	Cocaína.	1	2	3	62.4	
61.5	Éxtasis.	1	2	3	62.5	
61.6	Anfetaminas / metanfetaminas.	1	2	3	62.6	
61.7	Thrick.	1	2	3	62.7	
61.8	Alucinógenos (PCP, LSD, otros alucinógenos de origen sintético)	1	2	3	62.8	
61.9	San Pedro, Ayahuasca, huachuma, peyote, etc.	1	2	3	62.9	
61.10	Crack	1	2	3	62.10	
61.11	Ketamina	1	2	3	62.11	
61.12	Otras drogas (heroína, opio, hashis, etc.).	1	2	3	62.12	

XII.			
N°	Pregunta	Respuestas	Pase a la pgta.
63.	¿Cuándo fue la PRIMERA VEZ que consumiste inhalantes (Terokal, PVC, Africano, tiner, bencina, gasolina, popper, etc.)?	Nunca he consumido inhalantes.	1
		Durante los últimos 30 días.	2
		Hace más de 1 mes pero menos de 1 año	3
		Hace más de 1 año	4
64.	¿Con quién estabas la primera vez que consumiste inhalantes?	Sólo.	1
		Con compañeros de estudios.	2
		Con compañeros de trabajo.	3
		Con mis amigos de barrio.	4
		Con mis padres y/o hermanos.	5
		Con otros familiares.	6
		No recuerda.	7
65.	¿Has consumido inhalantes EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Si.	1
		No.	2
66.	¿Y cuántos días has consumido inhalantes EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	1 día.	1
		2 días.	2
		3 días.	3
		4 – 5 días.	4
		6 – 9 días.	5
		10 – 19 días.	6
		20 – 39 días.	7
		40 días o más.	8
67.	¿Has consumido inhalantes EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?	Si.	1
		No.	2
68.	¿Y cuántos días has consumido inhalantes EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?	1 día.	1
		2 días.	2
		3 días.	3
		4 – 5 días.	4
		6 – 9 días.	5
		10 – 19 días.	6
		20 días o más.	7

XIII.			
N°	Pregunta	Respuestas	Pase a la pgt.
69.	¿Cuándo fue la PRIMERA VEZ que fumaste marihuana?	Nunca he fumado marihuana.	1
		Durante los últimos 30 días.	2
		Hace más de 1 mes pero menos de 1 año	3
		Hace más de 1 año	4
70.	¿Con quién estabas la primera vez que fumaste marihuana?	Sólo.	1
		Con compañeros de estudios.	2
		Con compañeros de trabajo.	3
		Con mis amigos de barrio.	4
		Con mis padres y/o hermanos.	5
		Con otros familiares.	6
71.	¿Has fumado marihuana EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Si.	1
		No.	2
72.	¿Y cuántos días has fumado marihuana EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	1 día.	1
		2 días.	2
		3 días.	3
		4 – 5 días.	4
		6 – 9 días.	5
		10 – 19 días.	6
		20 – 39 días.	7
		40 días o más.	8

N°	Pregunta	Respuestas.				
73.	Debido a tu consumo de marihuana EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES , ¿has experimentado alguno de los siguientes problemas?	Nunca	Rara vez/casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
73.1.	¿Has fumado marihuana antes de mediodía?	1	2	3	4	5
73.2.	¿Has fumado marihuana estando sólo?	1	2	3	4	5
73.3.	¿Has tenido problemas de memoria (no recordabas cosas) al fumar marihuana?	1	2	3	4	5
73.4.	¿Tus amigos o los miembros de tu familia te han dicho que deberías reducir tu consumo de marihuana?	1	2	3	4	5
73.5.	¿Has intentado reducir o dejar de consumir marihuana sin conseguirlo?	1	2	3	4	5
73.6.	¿Has tenido discusiones, peleas, accidentes, malos resultados en el colegio, etc., debido a tu consumo de marihuana?	1	2	3	4	5
N°	Pregunta	Respuestas.				
74.	¿Has fumado marihuana EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?	Si.				1
		No.				2
75.	¿Y cuántos días has fumado marihuana EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?	1 día.				1
		2 días.				2
		3 días.				3
		4 – 5 días.				4
		6 – 9 días.				5
		10 – 19 días.				6
		20 días o más.				7

XIV.			
N°	Pregunta	Respuestas	Pase a la pgt.
76.	¿Cuándo fue la PRIMERA VEZ que consumiste PBC?	Nunca he consumido PBC.	1
		Durante los últimos 30 días.	2
		Hace más de 1 mes pero menos de 1 año	3
		Hace más de 1 año	4
77.	¿Con quién estabas la primera vez que consumiste PBC?	Sólo.	1
		Con compañeros de estudios.	2
		Con compañeros de trabajo.	3
		Con mis amigos de barrio.	4
		Con mis padres y/o hermanos.	5
		Con otros familiares.	6
78.	¿Has consumido PBC EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Si.	1
		No.	2
79.	¿Y cuántos días has consumido PBC EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	1 día.	1
		2 días.	2
		3 días.	3
		4 – 5 días.	4
		6 – 9 días.	5
		10 – 19 días.	6
		20 – 39 días.	7

N°	Pregunta	Respuestas	Pase a la pgt.
		40 días o más.	8
80.	¿Has consumido PBC EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?	Si. No.	1 2
81.	¿Y cuántos días has consumido PBC EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?	1 día. 2 días. 3 días. 4 – 5 días. 6 – 9 días. 10 – 19 días. 20 días o más.	1 2 3 4 5 6 7
			82

XV.

N°	Pregunta	Respuestas	Pase a la pgt.
82.	¿Cuándo fue la PRIMERA VEZ que consumiste cocaína?	Nunca he consumido cocaína. Durante los últimos 30 días. Hace más de 1 mes pero menos de 1 año Hace más de 1 año	1 2 3 4
83.	¿Con quién estabas la primera vez que consumiste cocaína?	Sólo. Con compañeros de estudios. Con compañeros de trabajo. Con mis amigos de barrio. Con mis padres y/o hermanos. Con otros familiares. No recuerda.	1 2 3 4 5 6 7
84.	¿Has consumido cocaína EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Si. No.	1 2
85.	¿Y cuántos días has consumido cocaína EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	1 día. 2 días. 3 días. 4 – 5 días. 6 – 9 días. 10 – 19 días. 20 – 39 días. 40 días o más.	1 2 3 4 5 6 7 8
86.	¿Has consumido cocaína EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?	Si. No.	1 2
87.	¿Y cuántos días has consumido cocaína EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?	1 día. 2 días. 3 días. 4 – 5 días. 6 – 9 días. 10 – 19 días. 20 días o más.	1 2 3 4 5 6 7
			88

XVI.

N°	Pregunta	Respuestas	Pase a la pgt.
88.	¿Cuándo fue la PRIMERA VEZ que consumiste éxtasis?	Nunca he consumido éxtasis. Durante los últimos 30 días. Hace más de 1 mes pero menos de 1 año Hace más de 1 año	1 2 3 4
89.	¿Con quién estabas la primera vez que consumiste éxtasis?	Sólo. Con compañeros de estudios. Con compañeros de trabajo. Con mis amigos de barrio. Con mis padres y/o hermanos. Con otros familiares. No recuerda.	1 2 3 4 5 6 7
90.	¿Has consumido éxtasis EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Si. No.	1 2
91.	¿Y cuántos días has consumido éxtasis EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	1 día. 2 días. 3 días. 4 – 5 días. 6 – 9 días. 10 – 19 días. 20 – 39 días. 40 días o más.	1 2 3 4 5 6 7 8
			98

N°	Pregunta	Respuestas	Pase a la pgta.
92.	¿En qué lugares consumes con más frecuencia éxtasis o drogas sintéticas? (MARCA UN MÁXIMO DE 3 RESPUESTAS)	En mi casa.	1
		En casa de mis amigos.	2
		En reuniones (cumpleaños, reuniones de amigos, etc.).	3
		En tonos, fiestas del cole u organizada por patas, etc.	4
		En fiestas electrónicas (rave, thecno, etc.).	5
		En discotecas, pubs, bares, conciertos o similares.	6
		En parques, paseos, etc.	7
		En el colegio.	8
		Otro.	9
93.	¿Con qué bebida, sustancia o producto sueles acompañar tu consumo de éxtasis? DIGAMOS QUE CONSUMES AL MISMO TIEMPO QUE EL ÉXTASIS. (MARCA UN MÁXIMO DE 3 RESPUESTAS).	Agua.	1
		Gaseosa.	2
		Cerveza.	3
		Trago corto (vino, ron, whisky, pisco, etc.).	4
		Marihuana.	5
		Cocaína o PBC.	6
		Energizantes (red bull, etc.).	7
		Tranquilizantes.	8
		Estimulantes.	9
		Otras sustancias ("cristal", ketamina o ketalar, GHB, LSD, anfetaminas, etc.).	10
		Chupetes.	11
		Ninguna.	12
94.	¿Y qué sensaciones tienes cuando consumes éxtasis? (MARCA UN MÁXIMO DE 3 RESPUESTAS).	Euforia, felicidad, ganas de divertirme y pasarla bien.	1
		Tranquilidad, paz interior, etc.	2
		Siento que tengo sed, mucha sed.	3
		Me siento mareado, borracho, etc	4
		A veces siento mucho calor o siento que me deshidrato o que la lengua se me voltea.	5
		Siento mucha energía, fuerza, agresividad.	6
		Me siento diferente, sensible, extrovertido, desinhibido.	7
		Me siento duro, no me puedo comunicar con los demás.	8
		Alucino bien, vuelo mucho, etc.	9
		Siento sueño, mucho sueño.	10
		Me siento alguien especial, seguro de mí mismo.	11
		No siento nada.	12
95.	¿Y qué otras sustancias has consumido, además del éxtasis?	"Cristal" o metanfetamina.	1
		Ketamina o ketalar.	2
		GHB.	3
		LSD	4
		Esteroides anabólicos	5
		Anfetaminas	6
		Ninguna.	7
96.	¿Has consumido éxtasis EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?	Si.	1
		No.	2
97.	¿Y cuántos días has consumido éxtasis EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?	1 día.	1
		2 días.	2
		3 días.	3
		4 – 5 días.	4
		6 – 9 días.	5
		10 – 19 días.	6
		20 días o más.	7

XVII.

N°	Pregunta	Respuestas	Pase a la pgta.
98.	¿Cuándo fue la PRIMERA VEZ que consumiste otras drogas (alucinógenos, crack, heroína, opio, ketamina, hashis, etc.)?	Nunca he consumido otras drogas.	1
		Durante los últimos 30 días.	2
		Hace más de 1 mes pero menos de 1 año	3
		Hace más de 1 año	4
99.	¿Has consumido otras drogas EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Si.	1
		No.	2
100.	¿Has consumido otras drogas EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?	Si.	1
		No.	2

XVIII.			
N°	Pregunta	Respuestas.	
101.	Dentro de tu colegio ¿has visto algunos estudiantes traer, pasar, comprar o vender drogas?	Si.	1
		No.	2
102.	Afuera o alrededor de tu colegio, ¿has visto algunos estudiantes traer, pasar, comprar o vender drogas?	Si.	1
		No.	2
103.	Afuera o alrededor de tu colegio, ¿has visto a otras personas ajenas al colegio traer, pasar, comprar o vender drogas?	Si.	1
		No.	2

XIX.				
N°	Pregunta	Respuestas		Pase a la pgta.
104.	¿Crees que necesitas orientación sobre el tema de alcohol, cigarrillos y otras drogas?	Si necesito.	1	
		No necesito, porque me considero bien informado.	2	
		No necesito, porque no me interesa.	3	
105.	¿Alguna vez has recibido orientación sobre el tema de alcohol, cigarrillos y otras drogas?	Si y estoy satisfecho con lo recibido.	1	107
		Si, pero considero insuficiente lo recibido.	2	
		No he recibido.	3	
106.	¿En qué institución o entidad pública o privada has recibido orientación sobre el tema de alcohol, cigarrillos y otras drogas? (PUEDE MARCAR MAS DE UNA RESPUESTA)	Escuela.	1	
		Centro de salud / Hospital.	2	
		Comisaría / PNP.	3	
		DEMUNA - Municipalidad distrital.	4	
		ONGs.	5	
		Iglesia.	6	
		Habla Franco – DEVIDA.	7	
		Otra.	8	
107.	De acuerdo a lo que conoces, ¿se están realizando campañas o programas para prevenir el consumo de drogas EN TU REGIÓN O DEPARTAMENTO?	Si.	1	
		No.	2	
		No sabe.	3	
108.	¿Crees que las AUTORIDADES DE LA REGIÓN O DEPARTAMENTO en el que vives se preocupan por prevenir el consumo de drogas en los jóvenes y adolescentes?	Si.	1	
		No.	2	
109.	De acuerdo a lo que conoces, ¿se están realizando actividades o programas para prevenir el consumo de drogas EN TU DISTRITO?	Si.	1	111
		No.	2	
		No sabe.	3	
110.	¿Y qué instituciones públicas o privadas realizan actividades o programas de prevención del consumo de drogas en tu distrito? (PUEDE MARCAR MAS DE UNA RESPUESTA)	Escuela	1	
		Centro de salud / Hospital.	2	
		Comisaría / PNP.	3	
		Gobierno regional.	4	
		Municipalidad provincial.	5	
		Municipalidad distrital.	6	
		ONGs.	7	
		Iglesia.	8	
		Otra.	9	
111.	En tu colegio, se han realizado capacitaciones y/o charlas informativas sobre temas de drogas dirigidas a los estudiantes.	Si	1	
		No	2	
112.	En tu colegio, se han desarrollado durante los cursos y las horas de tutoría durante este año escolar temas relacionados al consumo de drogas	Si	1	
		No	2	
113.	En tu colegio, se utiliza material educativo para el desarrollo de las actividades de prevención relacionados al consumo de drogas.	Si	1	
		No	2	
		No sabe	3	
114.	¿Crees que necesitas algún tipo de tratamiento por consumo de alcohol, cigarrillos u otras drogas?	Si necesito.	1	
		No necesito, porque no consumo.	2	
		No necesito, porque no me interesa	3	
115.	¿Alguna vez has recibido tratamiento para dejar de consumir drogas o alcohol?	Si, estuve alguna vez, pero no en la actualidad.	1	119
		Si, actualmente.	2	
		No, nunca he estado en tratamiento.	3	
116.	¿En qué institución recibiste o recibes tratamiento?	Hospital y/o Centro de Salud Público.	1	
		Clínica privada.	2	
		Comunidad Terapéutica / Centro de Rehabilitación.	3	
		Grupos de Autoayuda (Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, etc.).	4	
		ESSALUD	5	
		Hospital de las FF.AA. y/o FF.PP.	6	
		Otra.	7	

Nº	Pregunta	Respuestas	Pase a la pgta.
117.	¿Y qué tipo de tratamiento recibiste o recibes?	Ambulatorio. Internado / Residencial. Clínica de día/ semi residencial	1 2 3
118.	¿Y cómo te fue o cómo te va con el tratamiento que recibiste o que recibes actualmente?	Debido al tratamiento deje de consumir alcohol y drogas. Debido al tratamiento disminuyó o ha disminuido la cantidad de alcohol o drogas que consumía. Deje de consumir con el tratamiento que recibí; pero luego volví a consumir. No deje de consumir ni disminuyó mi consumo de alcohol y drogas con el tratamiento que recibí. Faltaba o falté con frecuencia a las consultas y/o actividades del tratamiento. Deje el tratamiento antes de que terminara.	1 2 3 4 5 6

XX.

Nº	Pregunta	Respuestas.		
		Siempre o casi siempre	Algunas veces	Nunca o casi nunca
119.	¿Con qué frecuencia han ocurrido las siguientes situaciones entre tus compañeros de colegio, durante el último año?			
119.1.	¿Has visto a compañeros insultándose con lisuras, groserías y ofensas?	1	2	3
119.2.	¿Has visto a un compañero (os) más fuerte agrediendo a otro más débil? (pegándole, empujándolo, etc.)	1	2	3
119.3.	¿Has visto a un alumno burlándose de otro por alguna característica física o por su forma de ser, por ejemplo poniéndole sobrenombres ofensivos o humillándolo? (puede ser por su peso, su color de piel, la música que escucha, su forma de hablar, o cualquier otra razón)	1	2	3
119.4.	¿Has visto a un compañero amenazando a otro con hacerle daño?	1	2	3
119.5.	¿Has visto a un compañero que hace cosas que no quiere debido a que otros compañeros más fuertes lo presionan o amenazan?	1	2	3
119.6.	¿Has visto pegar o agredir (en grupo o individualmente) a un(a) compañero(a).	1	2	3
119.7.	¿Has visto a un alumno que quiere participar de una actividad o juego pero no puede porque los otros compañeros no lo dejan? (por ejemplo jugar a la pelota o cualquier juego)	1	2	3
119.8.	¿Has sabido de algún compañero tuyo al que le hayan robado algo en el colegio?	1	2	3
119.9.	¿Has sabido de algún compañero tuyo al que le hayan roto o dañado algo suyo a propósito? (por ejemplo que le hayan rayado el cuaderno o le rompan la mochila, etc.)	1	2	3
119.10.	¿Has visto alumnos con armas dentro del colegio? (cuchillo, pistola, etc.)	1	2	3
119.11.	¿Has visto a uno o varios compañeros acosando o agrediendo sexualmente a otro compañero?	1	2	3
Nº	Pregunta	Respuestas.		
		Siempre o casi siempre	Algunas veces	Nunca o casi nunca
120.	¿Con qué frecuencia han ocurrido las siguientes situaciones entre tus compañeros de colegio, durante el último año?			
120.1.	¿Has visto a compañeros tuyos amenazando a profesores con hacerles daño?	1	2	3
120.2.	¿Has visto peleas con armas dentro del colegio?	1	2	3
120.3.	¿Has visto a algún compañero tuyo agrediendo a un profesor? (golpeándolo, empujándolo, etc.)	1	2	3
Nº	Pregunta	Respuestas.		
		Siempre o casi siempre	Algunas veces	Nunca o casi nunca
121.	¿Con qué frecuencia has sido víctima de alguna de las siguientes situaciones realizadas por uno o más de tus compañero(a)s del colegio, durante el último año?			
121.1.	¿Te han insultado compañeros tuyos? (ofendiéndote o diciéndote groserías, etc.)	1	2	3
121.2.	¿Te ha pasado que uno varios de tus compañeros te agredieran físicamente? (golpeándote o empujándote, etc.)	1	2	3
121.3.	¿Te ha pasado que compañeros tuyos se burlan de ti por alguna característica física tuya o por tu forma de ser? (por ejemplo, por tu peso, tu color de piel, la música que escuchas, etc.)	1	2	3
121.4.	¿Te ha pasado que uno o varios compañeros tuyos te amenazaron con hacerte daño?	1	2	3
121.5.	¿Te ha pasado que quisiste participar de algún juego o actividad pero no pudiste porque tus compañeros no te dejaron?	1	2	3
121.6.	¿Has hecho algo que no querías hacer debido a la presión o amenaza de uno o varios de tus compañeros?	1	2	3
121.7.	¿Te han robado dentro del colegio?	1	2	3
121.8.	¿Has sido agredido por uno o varios compañeros tuyos con armas? (cuchillo, pistola, etc.)?	1	2	3
121.9.	¿Has sido acosado o agredido sexualmente por otro compañero (s)?	1	2	3
121.10.	¿Han roto o dañado algo tuyo a propósito? (por ejemplo que te hayan rayado el cuaderno o te rompan la mochila, etc.)?	1	2	3

N°	Pregunta	Respuestas.		
		Siempre o casi siempre	Algunas veces	Nunca o casi nunca
122.	¿Con qué frecuencia has protagonizado alguna de las siguientes situaciones en contra de uno o más de tus compañero(a)s del colegio, durante el último año?			
122.1.	¿Has insultado a algún compañero tuyo? (ofendiéndolo o diciéndole groserías)	1	2	3
122.2.	¿Has amenazado a un compañero tuyo con hacerle daño?	1	2	3
122.3.	¿Has agredido a un compañero más débil que tú? (golpeándolo, pegándole o empujándolo, etc.)	1	2	3
122.4.	¿Te has burlado de algún compañero tuyo por alguna característica física suya o por su forma de ser? (por ejemplo, por su peso, altura, color de piel, forma de hablar, etc.)	1	2	3
122.5.	¿Has peleado con algún compañero tuyo?	1	2	3
122.6.	¿Has obligado a algún compañero más débil que tú a hacer cosas que no quiere hacer? (para probarlo o simplemente para burlarte de él)	1	2	3
122.7.	¿Has impedido que algún compañero tuyo participe de juegos o actividades porque te cae mal o solo para molestarlo?	1	2	3
122.8.	¿Has roto o dañado algo dentro del colegio a propósito? (cosas de tus compañeros como mochilas, cuadernos, etc.)	1	2	3
122.9.	¿Has usado un arma para pelear con uno o varios compañeros en el colegio? (cuchillo, palo, vidrio, etc.)	1	2	3
122.10.	¿Has robado algo dentro del colegio? (cosas de tus compañeros como mochilas, cuadernos, u otra pertenencia, etc.)	1	2	3
N°	Pregunta	Respuestas.		
123.	Los insultos, amenazas, agresiones han sido dirigidas a:	Un compañero en especial		1
		A diferentes compañeros		2
		No he insultado, amenazado o agredido a ninguno de mis compañeros		3

XXI.

N°	Pregunta	Respuesta	Pase a la pgta.
124.	¿Tienes acceso a internet?		
	Si	1	
	No	2	134
N°	Pregunta	Respuesta	
125.	¿En dónde haces uso del servicio de Internet? (PUEDES MARCAR MÁS DE UNA RESPUESTA DE SER NECESARIO)		.
	En mi casa.	1	
	En cabinas públicas.	2	
	En el colegio.	3	
	En mi centro de trabajo.	4	
	Otro lugar.	5	
N°	Pregunta	Respuesta	
126.	¿Tienes acceso a Internet en tu casa?		
	Si, en mi cuarto.	1	
	Si, fuera de mi cuarto.	2	
	No tengo.	3	
N°	Pregunta	Respuesta	
127.	¿Con qué frecuencia te conectas a Internet?		
	Todos los días o casi todos los días.	1	
	Dos a tres veces por semana.	2	
	Dos a tres veces por mes.	3	
	Una o dos veces por mes.	4	
	Algunas veces durante el año.	5	
	Nunca me conecto / No hago uso del Internet.	6	134
N°	Pregunta	Respuesta	
128.	¿Qué actividades realizas cuando entras a Internet? (PUEDES MARCAR MÁS DE UNA RESPUESTA DE SER NECESARIO)		.
	Busco información/ tareas	1	
	Uso mi correo electrónico.	2	
	Uso mi Facebook, Twiter, Hi5 u otra red social.	3	
	Chateo con mis amigos.	4	
	Juegos en línea	5	
	Bajo programas, fotos, música, videos.	6	
	Publico escritos, fotos, videos.	7	
	Realizo trámites.	8	
	Uso Youtube	9	
Otras.	10		

N°	Pregunta	Respuesta		
129.	¿Con qué frecuencia haces uso del Facebook, Twiter, Hi5 y otras redes sociales?	Siempre o casi siempre	Algunas veces	No uso
129.1.	Facebook.	1	2	3
129.2.	Twiter.	1	2	3
129.3.	Hi5.	1	2	3
129.4.	Youtube.	1	2	3
129.5.	Blog.	1	2	3
129.6.	Otras redes.	1	2	3

N°	Pregunta	Respuesta			
130.	¿Con qué frecuencia te ha ocurrido alguna de las siguientes situaciones a través del internet, en los últimos 12 meses?	Siempre o casi siempre	Algunas veces	Una vez	No me ha ocurrido
130.1.	Te han ofrecido drogas (marihuana, PBC, cocaína u otras sustancias).	1	2	3	4
130.2.	Has hecho amistad con personas mayores que tú.	1	2	3	4
130.3.	Has iniciado un romance o relación con una persona que conociste por Internet.	1	2	3	4
130.4.	Te han propuesto para tener relaciones sexuales con personas que conociste por Internet.	1	2	3	4
130.5.	Has tenido cibersexo con personas que conociste por Internet.	1	2	3	4
130.6.	Has tenido relaciones sexuales con personas que conociste por Internet.	1	2	3	4

N°	Pregunta	Respuestas.			
131.	Has experimentado las siguientes situaciones, en los últimos 12 meses. :	Muy rara vez	Rara vez	A menudo	Siempre
131.1.	Cuando no estoy conectado, imagino cómo será la próxima vez que estaré conectado a Internet	1	2	3	4
131.2.	Me siento preocupado o sueño con conectarme cuando no lo estoy	1	2	3	4
131.3.	Luego de haberme desconectado, siento que aún quiero estar en Internet	1	2	3	4
131.4.	Me siento deprimido, malhumorado o nervioso cuando no estoy conectado y se me pasa cuando vuelvo a conectarme	1	2	3	4
131.5.	Dedico más tiempo a Internet del que pretendía	1	2	3	4
131.6.	Digo a menudo "sólo unos minutitos más" cuando estoy conectado	1	2	3	4
131.7.	He intentado estar menos tiempo conectado pero no he podido	1	2	3	4
131.8.	Cuando siento el impulso de conectarme a Internet no lo puedo controlar	1	2	3	4
131.9.	He llegado a perder clases por estar en Internet	1	2	3	4
131.10.	He tenido problemas en el colegio por estar en Internet	1	2	3	4
131.11.	Descuido las tareas domésticas por pasar más tiempo conectado	1	2	3	4
131.12.	Intento ocultarle a los demás el tiempo que realmente estoy conectado	1	2	3	4
131.13.	Estar en internet puede reducir los problemas que tengo en el colegio o en casa	1	2	3	4

N°	Pregunta	Respuesta		
132.	¿Has sido víctima de alguna de las siguientes situaciones realizadas por uno o más de tus compañero(a)s del colegio, durante el último año, a través del Internet?	Siempre o casi siempre	Algunas veces	Nunca o casi nunca
132.1.	Te hackean y cambian la clave de tu correo electrónico.	1	2	3
132.2.	Cuelgan en Internet fotos o videos donde apareces, con imágenes desagradables o que revelan secretos o detalles personales tuyos, para avergonzarte o ponerte en ridículo.	1	2	3
132.3.	Te envían mensajes a tu correo electrónico o a tu facebook u otra página de Internet para amenazarte o chantajearte.	1	2	3
132.4.	Has sido víctima de otro tipo de agresiones a tu persona a través del Internet.	1	2	3

N°	Pregunta	Respuesta		
133.	¿Has protagonizado alguna de las siguientes situaciones en contra de uno o más de tus compañero(a)s del colegio, durante el último año, a través del Internet?	Siempre o casi siempre	Algunas veces	Nunca o casi nunca
133.1.	Has hackeado y cambiado la clave del correo electrónico de uno o más de tus compañero(a)s u otras personas.	1	2	3
133.2.	Has colgado en Internet fotos o videos con imágenes desagradables donde aparecen o se revelan secretos o detalles personales de uno o más de tus compañero(a)s u otras personas, para avergonzarles o ponerles en ridículo.	1	2	3
133.3.	Has enviado mensajes al correo electrónico o al facebook u otra página de Internet de uno o más de tus compañero(a)s u otras personas, para amenazarlo(a)s o chantajearles.	1	2	3
133.4.	Has realizado otro tipo de agresiones a uno o más de tus compañero(a)s u otras personas a través del Internet.	1	2	3

N°	Pregunta	Respuesta	Pase a la pgta.
134.	¿Tienes teléfono celular?	1	
		2	FIN

N°	Pregunta	Respuesta		
		Siempre o casi siempre	Algunas veces	Nunca o casi nunca
135.	¿Has sido víctima de alguna de las siguientes situaciones realizadas por uno o más de tus compañero(a)s del colegio, durante los últimos 12 meses, a través del Celular?			
135.1.	Has recibido llamadas anónimas o de gente que conoces para insultarte, amenazarte o chantajearte.	1	2	3
135.2.	Han enviado fotos o videos donde apareces, con imágenes desagradables o que revelan secretos o detalles personales tuyos, para avergonzarte o ponerte en ridículo.	1	2	3
135.3.	Te han enviado mensajes de texto o SMS para insultarte, amenazarte o chantajearte.	1	2	3
135.4.	Has sido víctima de algún otro tipo de agresión a través del Celular.	1	2	3
N°	Pregunta	Respuesta		
136.	¿Has protagonizado alguna de las siguientes situaciones en contra de uno o más de tus compañero(a)s del colegio, durante los últimos 12 meses, a través del Celular?	Siempre o casi siempre	Algunas veces	Nunca o casi nunca
136.1.	Has hecho llamadas para insultar, amenazar o chantajear a uno o más de tus compañero(a)s u otras personas.	1	2	3
136.2.	Has enviado fotos o videos con imágenes desagradables o que revelan secretos o detalles personales de uno o más de tus compañero(a)s u otras personas, para avergonzarles o ponerlas en ridículo.	1	2	3
136.3.	Has enviado mensajes de texto o SMS para insultar, amenazar o chantajear a uno o más de tus compañero(a)s u otras personas.	1	2	3
136.4.	Has realizado algún otro tipo de agresión a uno o más de tus compañero(a)s u otras personas a través del Celular.	1	2	3

Muchas Gracias!!!

Anexo D. Carta de Compromiso de uso de base de datos**CARTA DE COMPROMISO DE USO DE BASE DE DATOS**

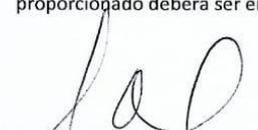
Yo, José Eduardo Cruz Díaz, con DNI 08693905, Psicólogo de profesión, declaro que he recibido de parte de la Comisión Nacional para el Desarrollo y vida sin Drogas - DEVIDA:

- Base de datos: Del Estudio de Consumo de Drogas en Población Escolar 2009, 2012 y 2017.

Información que me obligo a utilizar con fines únicos y exclusivamente investigativos. Al mismo tiempo me obligo a cumplir con cada uno de los requisitos enunciados a continuación y asumo las sanciones legales correspondientes en caso de faltar a cualquiera de ellos.

Requisitos:

- El uso de los datos será con fines exclusivos de investigación.
- DEVIDA autoriza el uso de la información siempre que se cite la fuente en cada documento producido a partir de estos datos.
- Queda totalmente prohibida la copia o reproducción de la información contenida en cualquier soporte electrónico (redes, bases de datos o publicaciones electrónicas) que permita la disponibilidad de esta información a múltiples usuarios sin previo consentimiento por escrito de DEVIDA.
- Queda prohibida toda comercialización de las bases de datos proporcionadas.
- Queda prohibido vulnerar y/o revelar información que permita la identificación de individuos o grupos de individuos.
- El/ los beneficiarios de la información proporcionada se comprometerán a devolver una copia del producto final como consecuencia del uso de los datos. El producto proporcionado deberá ser en versión impresa y digital.


Frank Casas Sulca
Responsable
Observatorio Peruano de Drogas
DEVIDA


José Eduardo Cruz Díaz
DNI 08693905
Psicólogo

Miraflores, 16 de julio 2019

Anexo E. Contenido de las bases de datos entregadas**CONTENIDO DE LAS BASES DE DATOS ENTREGADAS**

La base de datos y ficha de notificaciones, se encuentra en los siguientes archivos, y se entregaran en formato digital:

- Base de datos: Del Estudio de Consumo de Drogas en Población Escolar 2009, 2012, 2017:
 - o Base de datos en formato spss



Frank Casas Sulca
Responsable
Observatorio Peruano de Drogas
DEVIDA



José Eduardo Cruz Díaz
DNI 08693905
Psicólogo

Miraflores, 16 de julio de 2019