

**COMISIÓN NACIONAL PARA EL DESARROLLO Y VIDA SIN DROGAS.
(DEVIDA)**

**JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE
DROGAS 2009. COMPENDIO DE PRESENTACIONES**

**“EL CONSUMO DE DROGAS DESDE UNA PERSPECTIVA EVOLUTIVA Y SU
APLICACIÓN A LAS POLÍTICAS E INTERVENCIONES PREVENTIVAS”**

INÉS BUSTAMANTE CHÁVEZ

LIMA, 2009

Introducción

El consumo de drogas puede ser observado y analizado desde diferentes perspectivas. Un enfoque a considerarse para entender la ocurrencia del consumo de drogas y para el diseño e implementación de políticas e intervenciones preventivas es el evolutivo.

En el presente artículo se define que implica una perspectiva evolutiva del consumo de drogas. Se mencionan las principales características de las etapas de la infancia, adolescencia y juventud y los aspectos que colocan a los individuos en riesgo del consumo de drogas. Posteriormente se explican algunos modelos conceptuales que dan luces sobre la perspectiva evolutiva y el consumo de drogas, así como se describen los factores de riesgo y de protección del consumo de drogas y se analizan a la luz de los resultados de los estudios epidemiológicos realizados en el Perú. Finalmente, se discuten las políticas e intervenciones para la prevención del consumo de drogas desde una perspectiva evolutiva.

I. Perspectiva evolutiva

La perspectiva evolutiva implica acercarse al fenómeno del consumo de drogas desde un enfoque de desarrollo, entendido como los cambios que se manifiestan en los individuos desde la concepción hasta la muerte. Estos cambios ocurren en los procesos biológicos, fisiológicos, cognitivos, afectivos, sociales, etc., que a su vez interactúan entre si y con un contexto con diferentes niveles, que van desde la familia hasta los sistemas ideológicos donde crece un individuo. Este contexto también se transforma históricamente y a lo largo del ciclo vital de las personas.

En otras palabras el desarrollo ocurre como resultado de interacciones entre genes, sistemas internos (biológico, fisiológico, cognitivo, afectivo), personas y contextos en diferentes niveles (Masten, Faden, Zucker y apear, 2008).

Según Papalia (1997) el desarrollo de los individuos también llamado desarrollo humano implica cambios cuantitativos y cambios cualitativos. Los cambios cuantitativos se refieren a cambios numéricos; por ejemplo, al aumento de la talla. Mientras que los cambios cualitativos se refieren a niveles más complejos de operaciones o vivencias que integran estadios anteriores. Por ejemplo, el cambio que ocurre del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, que permite a las personas poder pensar sobre preposiciones, el hacer inferencias, entre otros procesos mentales.

Asimismo, el desarrollo humano se caracteriza por continuidades y discontinuidades, los primeros implican estabilidad, mientras los segundos revelan grandes transformaciones.

Es así que si bien el desarrollo es progresivo, no es uniforme en cuanto velocidad y tiempo, hay períodos rápidos de transición, reorganización, de grandes saltos, pero también de latencia y consolidación (2004/2005).

Es importante mencionar que tanto la herencia como el medio ambiente influyen en el desarrollo. Hace algunos años se discutía sobre cual de los dos aspectos era el que influía en el desarrollo. Actualmente, se reconoce que ambos tienen un rol muy importante, y que incluso hay interacciones entre el ambiente y los factores genéticos que se traducen en características, conductas, etc.

Entre las influencias ambientales en el desarrollo cabe resaltar las normativas y no normativas (Papalia, 1997). Las primeras se refieren a factores que impactan a los individuos de un grupo de edad, mientras que la segunda son eventos circunstanciales que influyen en la vida de una persona, y que es raro que esa circunstancia ocurra a esa edad. Por ejemplo, la muerte de la madre en la primera infancia, evento que va a tener repercusiones importantes en el desarrollo de ese niño o niña.

Con respecto a las influencias ambientales, es necesario tener una perspectiva ecológica del desarrollo, de tal manera que se reconozcan las diferentes influencias tales como las relaciones más cercanas con los familiares, así como influencias del ambiente laboral de los padres, del colegio, de los medios de comunicación, de la ideología y valores de una comunidad y de una cultura.

Finalmente, el desarrollo se puede dividir en etapas (pre-natal, infancia, adolescencia, etc.), cuyos límites son variables en función a aspectos culturales e históricos. Cada etapa incluye tareas del desarrollo que el individuo debe lograr, que son definidas como las expectativas o estándares que se espera que un individuo debe alcanzar en una etapa de la vida para tener un desarrollo positivo. Algunas de estas tareas son universales, mientras otras, sobre todo aquellas relacionadas con logros sociales, son específicas a determinadas culturas (Masten, Faden, Zucker and Spear, 2008).

II. Características del consumo de drogas desde una perspectiva evolutiva

El consumo de drogas no ocurre al azar, si no que sigue patrones determinados según la edad, sexo, nivel socio-económico, lugar de residencia, época, entre otros, que pueden analizarse desde una perspectiva evolutiva, es decir tratando de entender el consumo de drogas en el contexto de los cambios que ocurren en las personas durante el ciclo vital.

La epidemiología categorizada en cinco rubricas por Anthony y Van Etten (1998) y desde una mirada del desarrollo, permite 1) cuantificar el consumo de drogas, en las diferentes etapas de la vida; 2) identificar que características de las personas, lugares y tiempo están asociadas a este; 3) que posibles factores de riesgo y de protección se hallan asociados al consumo de drogas que son recientes o que se ubican en estadios o edades anteriores; 4) cuales son los mecanismos que explican la iniciación, así como la progresión hacia un consumo mayor, y hacia la dependencia y abuso; 4) diseñar y evaluar medidas de control, de prevención y de tratamiento del consumo de drogas.

Asimismo, el consumo de drogas desde una perspectiva evolutiva, implica dos posibles aproximaciones: 1) identificar las características de las personas y de su ambiente que aumentan la probabilidad de consumir drogas (factores de riesgo) o que disminuyen la probabilidad de este (factores de protección) en una etapa específica de la vida o en momentos de transición que tienden a ser períodos de vulnerabilidad u oportunidad. 2) Analizar el consumo de drogas en un estadio específico desde los factores de riesgo y de protección que estuvieron presentes en etapas anteriores.

La mayoría de estudios epidemiológicos se han realizado siguiéndose la primera aproximación, por lo que han utilizado un diseño transversal. Por ejemplo, en estos estudios se ha encontrado que el inicio del consumo de sustancias

psicoactivas usualmente ocurre en la adolescencia, y se han hallado una serie de factores individuales y ambientales que pueden explicar el consumo de drogas en este grupo de edad.

Desde hace algunas décadas en países desarrollados se están realizando con mayor frecuencia investigaciones desde la segunda aproximación, que implica la realización de estudios longitudinales, observándose que la exposición a determinados factores aumentan o disminuyen la probabilidad de consumo de drogas a través del tiempo. Por ejemplo, se ha encontrado que niños que han sido diagnosticados con déficit de atención e impulsividad cuando llegan a la adolescencia tienen mayores probabilidades de consumir drogas. Asimismo, una intervención aleatorizada que se realizó con salones de clase de primer y segundo grado de primaria de colegios de Baltimore, EE.UU, en la que hubo salones (grupo experimental) en que las docentes fueron entrenadas para aplicar una estrategia de manejo de la disciplina en clase en que los niños eran premiados cuando no mostraban comportamientos agresivos o mal comportamiento, mientras que en los salones que eran el grupo control los docentes aplicaron las estrategias de disciplina usuales. Cuando se hicieron evaluaciones de los niños cuando estaban en sexto grado se encontró que el grupo de niños que recibió la intervención tuvo menos probabilidades de tener un trastorno de conducta en comparación a los que no recibieron la intervención. Cuando se los siguió en segundo de secundaria era menos probable que hubieran iniciado el fumar cigarrillo, que hayan probado cocaína o heroína en comparación al grupo control.

Cabe mencionar que el consumo de drogas entendido como la iniciación o experimentación en el uso de sustancias psicoactivas, el uso regular y la dependencia a drogas, ocurren en individuos que se encuentran en desarrollo. El curso del desarrollo con respecto al consumo de drogas puede tomar diferentes trayectorias, entre la experimentación, el consumo regular o no y la dependencia o no a drogas.

Masten, Faden, Zucker y Spear (2008) mencionan dos principios en el desarrollo, que pueden aplicarse al consumo de drogas, el de equifinalidad y multifinalidad. El primero se refiere a que varias trayectorias pueden llevar por ejemplo a la dependencia a drogas, y el segundo a que varios trastornos pueden tener el mismo origen.

Asimismo, se debe prestar atención a los períodos del desarrollo que implican transiciones, por ejemplo: el ingreso a la adolescencia, el entrar a la universidad, etc., debido a que los individuos presentan vulnerabilidad y que si no cuentan con mayor soporte social, pueden encontrarse en mayor riesgo del consumo de drogas.

2.1 Etapas del desarrollo humano y el consumo de drogas

Las etapas del desarrollo usualmente se dividen en las siguientes: prenatal, primera infancia, infancia intermedia, adolescencia, juventud y adultez.

Asimismo, existen una serie de características que pueden presentarse en el desarrollo que pueden predisponer a las personas al consumo de drogas en etapas actuales o posteriores de su ciclo de vida.

A continuación se explicarán algunas características de las etapas del desarrollo que son más importantes para explicar el consumo de drogas desde una

perspectiva de prevención, es decir, las etapas de la niñez o infancia, adolescencia y juventud.

Durante la primera infancia de 3 a 6 años (Papalia, 1997), los niños y niñas empiezan a tener mayor autocontrol e independencia. No obstante, no todos los niños aprenden por igual a controlar su agresividad. Asimismo, es una etapa cuya tarea de desarrollo según Erikson es lograr la iniciativa y no sucumbir ante la culpa. En este periodo los niños y niñas también se identifican con las personas de su entorno y de su grupo social, cultural; adoptando características, creencias y valores, que luego pueden exponerlos al consumo de drogas.

En la infancia intermedia que transcurre de los 6 a los 10 años, de acuerdo a Papalia (1997) se presenta el desarrollo del autoconcepto, el pensamiento concreto y el grupo de amigos influye en el desarrollo de habilidades sociales, el sentido de pertenencia y de identidad. En esta etapa los niños tienen el reto de resolver un sentido de laboriosidad versus inferioridad, lo cual se relaciona con las tareas académicas que les exige la escuela primaria. Muchos niños en esta etapa son diagnosticados con el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (ADHD), siendo el pronóstico mixto, de tal manera que algunos cuando llegan a adolescentes tienen mayor probabilidad de consumir drogas en comparación a aquellos que no tuvieron ADHD.

En la adolescencia definida como la etapa que ocurre entre los 10 a 19 años (OMS), se caracteriza por la búsqueda de identidad y de lograr autonomía. La influencia de los pares juega un rol muy importante, así como la de los padres que puede moderar la influencia de los amigos. La experimentación con las drogas ocurre con mayor frecuencia en la adolescencia debido justamente a la búsqueda de identidad, a la necesidad de pertenecer a un grupo, de explorar experiencias nuevas y el de demostrar autonomía a través del ejercicio de conductas que significan para los adolescentes adultez.

La juventud que transcurre entre los 20 y 24 años, según Papalia (1997) se caracteriza por decisiones que se toman acerca de las relaciones íntimas y de la vocación. Si bien en esta etapa muchas veces aumenta la frecuencia y la cantidad de consumo de drogas. Usualmente cuando los individuos tienen que asumir roles adultos como la paternidad o maternidad y el trabajar ocurre un descenso del consumo de drogas.

III. Enfoques conceptuales sobre el consumo de drogas desde una perspectiva evolutiva

Existen varios enfoques conceptuales sobre el consumo de drogas que presentan una perspectiva evolutiva o a los que se les puede incluir este enfoque. En la tabla No.1 se muestran algunas de las teorías que han sido útiles para entender y modificar diversos comportamientos bajo un enfoque de promoción de la salud en diferentes niveles (individual, interpersonal, comunitario y del desarrollo de lineamientos de política), las cuales pueden utilizarse en las intervenciones e investigaciones sobre el consumo de drogas.

Tabla N°1: Teorías según nivel de influencia y fuente (OPS, 2005)

Niveles de influencia y cambios	Comportamiento saludable y educación en salud: Teoría, investigación y práctica (Glanz, Rimer y Lewis, 2002, 1997)	Teorías del diseño del mapeo de intervenciones y programas de promoción de la salud basados en evidencia (Bartholomew et al., 2001)	Teorías emergentes en la práctica e investigación de la promoción de la salud: Estrategias para mejorar la salud pública DiClemente, Crosby y Kegler, 2002)
Individual	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo de creencias en Salud - Teoría de la Acción Razonada y de la Conducta Planificada - Modelo Transteórico de Estadios de Cambio 	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo de creencias en Salud - Teoría de la Acción Razonada y de la Conducta Planificada - Modelo Transteórico de Estadios de Cambio - Teoría del Establecimiento de Metas - Teoría de la Autoregulación 	
Interpersonal	<ul style="list-style-type: none"> - Teoría del Aprendizaje Social - Teorías de las Redes y del Soporte Social - Teorías del Stress y Afrontamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Teoría del Aprendizaje Social - Teorías de las Redes y del Soporte Social - Teoría de Difusión de Innovaciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo de Paternidad “Authoritative” - Teoría de Género y Poder
Comunitario	<ul style="list-style-type: none"> - Modelos de Organización y Construcción Comunitarios - Teoría de Difusión de Innovaciones - Teorías del Cambio Organizacional 	<ul style="list-style-type: none"> - Modelos de Organización y Construcción Comunitarios - Teorías del Cambio Organizacional 	
Políticas	<ul style="list-style-type: none"> - Teoría de Construcción de Agenda - Teoría de las Ventanas de Política - Modelo de Desarrollo de Políticas 		

Fuente: OPS, 2005

Además de las teorías que se presentan en la tabla No. 1, hay otras que son útiles para entender el consumo de drogas desde una perspectiva evolutiva. A continuación se explicaran algunos modelos conceptuales como son el ecológico de Bronfebrenner, el psicopatológico del desarrollo de Glantz, el enfoque psicosocial de Jessor y Jessor, la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen, la teoría de la conducta planificada y el aprendizaje vicario de Bandura.

El modelo ecológico de Bronfebrenner (1987), presenta una perspectiva ecológica del desarrollo. Se trata de un ambiente ecológico que afecta el desarrollo y en este caso influye en el consumo de drogas, que se manifiesta en diversas trayectorias

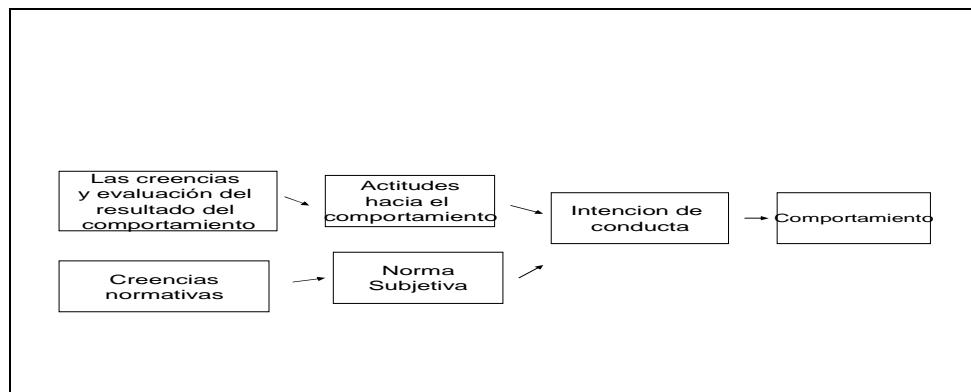
como se ha mencionado anteriormente. Este ambiente esta conformado por estructuras concéntricas, interrelacionadas, donde cada nivel contiene al otro y depende del otro. Estas estructuras son el microsistema que abarca el ambiente más inmediato al individuo, por ejemplo la familia; el mesosistema que incluye contextos con los que el individuo tiene una relación indirecta, por ejemplo: el trabajo de los padres; el exosistema que abarca contextos más amplios e incluye organizaciones e instituciones, por ejemplo: los medios de comunicación, la Iglesia, etc.; y el macrosistema que abarca la cultura (normas, valores, ideología), la organización social, los sistemas de creencias y estilos de vida.

El modelo psicopatológico del desarrollo de Glantz (Becoña), se basa en que los factores de riesgo del consumo de drogas presenta una perspectiva de desarrollo. Este modelo señala una serie de características que desde el nacimiento hasta la niñez tardía colocan en vulnerabilidad a las personas para el consumo de drogas. En la primera infancia el poco apego, problemas de autocontrol, la baja capacidad de frustración, mayor afecto negativo son características que aumentan la probabilidad que las personas que las poseen consuman drogas en la adolescencia. En la infancia intermedia y tardía, características tales como: la ausencia de relaciones estrechas, baja calidad de las relaciones con amigos, escasas habilidades sociales, mayor afecto negativo, impulsividad, bajo rendimiento académico, aumentan la probabilidad de que los niños se afilien con amigos con conductas desviadas y que consuman drogas posteriormente en su desarrollo.

El enfoque psicosocial de Jessor y Jessor, es un modelo que esencialmente se basa en las características del desarrollo durante la adolescencia. De tal manera que plantea que los adolescentes que presentan conductas de riesgo lo hacen luego de un proceso de evaluación de costo-beneficio, en que estiman la capacidad de satisfacer necesidades de desarrollo tales como el lograr mayor autonomía, el tener un status adulto, el pertenecer a un grupo si se consume drogas. Este modelo señala que el consumo de drogas puede ser una conducta funcional para los adolescentes en la medida que les permite satisfacer necesidades o tareas del desarrollo. Asimismo, plantea que se pueden observar patrones organizados de conductas de riesgo, que se establecen a manera de estilos de vida que comprometen la salud y vida de los adolescentes. Es decir, por ejemplo que un adolescente pandillero es muy probable que consuma drogas, que presente conductas violentas y tenga relaciones sexuales sin protección. Asimismo, Jessor y Jessor proponen que los factores de riesgo y factores de protección de las conductas de riesgo pueden ser organizados en cinco categorías que son las siguientes: biológica-genética, ambiente social, percepción del ambiente, personalidad y conducta. Los factores agrupados en estas categorías predicen las conductas de riesgo en los adolescentes tales como el consumo de drogas, las cuales tienen consecuencias múltiples y negativas para la salud, roles sociales, desarrollo personal y preparación para asumir roles de la adultez.

La teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (figura N° 1), si bien no es en esencia una teoría que contemple una perspectiva evolutiva, propone un modelo de predicción de la conducta basado en la intención conductual. Esta última a su vez es influida por la actitud hacia, por ejemplo el consumo de drogas, y por las normas subjetivas (Glanz, Lewis, Rimer, 1997). Las normas subjetivas son muy importantes para entender la influencia de los amigos en el consumo de drogas en la adolescencia, en razón que señalan lo que los otros significativos esperan de la conducta de uno.

Figura N°1: Modelo de la Teoría de la Acción Razonada de Fishbein and Ajzen



La teoría de la Conducta Planificada, además de incluir los mismos constructos que la teoría de la Acción Razonada, contempla también el concepto de control conductual percibido, que predice la intención de conducta y también directamente el comportamiento. El control conductual se refiere a la percepción de sentirse capaz o no de realizar la conducta, por ejemplo el consumo de drogas. Este constructo es similar al concepto de autoeficacia que propone Bandura y que se explicara posteriormente. Rodriguez-Kuri y et al. (2007) realizaron un estudio que incluía como variables estos constructos aplicados al consumo de drogas para evaluar el valor predictivo de esta teoría en el consumo de drogas en adolescentes escolares de secundaria de la ciudad de México. Hallaron que la teoría de la conducta planificada tiene valor predictivo, sin embargo, se trató de una muestra no probabilística, lo cual limita la posibilidad de generalizar los resultados a la población.

Finalmente, la teoría del aprendizaje vicario de Bandura propone que hay un determinismo o influencia recíproca entre el ambiente, la persona y la conducta y que el aprendizaje ocurre en un contexto al observarse las consecuencias del comportamiento de modelos. Los modelos son personas similares a uno que tienen prestigio y que reciben algún reforzador positivo al realizar una conducta. Esta teoría plantea la presencia de varios procesos cognitivos los cuales son los siguientes: atención al modelo y al comportamiento, retención, reproducción motora de la conducta que puede ser en el momento o varios años después, motivación para llevar a cabo la conducta, autoeficacia, que es la creencia en que uno es capaz de realizar el comportamiento con éxito y autorregulación que implica el control de la conducta, entre otros procesos. Esta teoría es muy importante para entender como los padres desde la infancia y los amigos en la adolescencia influyen en consumo de drogas de los adolescentes, al haber sido modelos de consumo, un ejemplo cotidiano es el consumo de alcohol por los padres en reuniones familiares.

IV. El consumo de drogas desde una perspectiva evolutiva

Desde una perspectiva evolutiva el inicio del consumo de drogas usualmente ocurre en la adolescencia por ser un periodo caracterizado por la búsqueda de identidad y autonomía y por que el establecer relaciones cercanas y de

pertenencia a un grupo de amigos son tareas del desarrollo a lograrse. Además, el uso de alcohol y tabaco es socialmente aceptado especialmente por los pares o amigos de la misma edad. Siendo de alguna manera el consumo de alcohol y tabaco normativo en este momento del desarrollo, especialmente en la juventud.

4.1 Magnitud del consumo de drogas

En el Perú, las edades promedio de inicio del consumo de las distintas drogas, según el reporte de adolescentes de 12 a 18 años, fluctúa entre los 14 y 15 años, con excepción del éxtasis que es de 18 años aproximadamente (DEVIDA, 2006).

Además, el mayor consumo de tabaco y de drogas ilegales ocurre en adolescentes y jóvenes, mientras que en el caso del alcohol se evidencia en estos grupos de edad similares proporciones que en los grupos de edad de 26 a 45 años (ver tabla n°2). Es así que al compararse con otros grupos e tareos, la mayor proporción de consumo de tabaco se evidencia en el grupo de 19 a 25 años (46.9%), y de las drogas ilegales en el grupo de 12 a 18 años, seguido por el grupo de 19 a 25 años (DEVIDA, 2006).

Tabla N°2: Prevalencia del último año del consumo de drogas en las personas de 12 a 64 años que residen en ciudades de 20,000 y más habitantes, según grupos de edades

Tipo de Droga	PREVALENCIA DEL AÑO DEL CONSUMO DE DROGAS				
	12-18	19-25	26-35	36-45	46 y más
Drogas Legales					
Alcohol	36.0	71.8	74.0	70.0	58.5
Tabaco	21.8	46.9	40.0	36.5	28.0
Drogas Ilegales					
Marihuana	1.2	1.2	0.5	0.3	0.3
Cocaína	0.4	0.3	0.1	0.1	0.4
PBC	0.5	0.3	0.3	0.2	0.4
Inhalantes	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0
Éxtasis	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0
Drogas Médicas					
Estimulantes	0.1	0.3	0.3	0.1	0.1
Tranquilizantes	1.1	2.3	3.6	3.7	3.5

Fuente: DEVIDA. Tercera Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General en el Perú-2006.

Asimismo, se aprecia una mayor prevalencia del consumo de drogas legales por adolescentes entre 10 a 18 años, tanto alguna vez en la vida, en el último año y último mes, así como una mayor incidencia del uso de estas sustancias psicoactivas en comparación a las drogas ilegales y médicas. El 51.2% de la población escolar ha consumido por lo menos una vez en su vida una droga legal, alcohol o tabaco, el 36.7% en el último año y el 19.6% en el último mes. La edad promedio de inicio del consumo de alcohol es 12.8 años y de tabaco 13.1 años (DEVIDA, 2007).

Sobre el consumo de drogas ilegales; marihuana, cocaína, PBC, inhalantes, éxtasis, alucinógenos y otras drogas; el 7.0% de los escolares adolescentes reportó haber consumido alguna de estas drogas en su vida, el 3.9% en el año y el 1.6% en el mes. De estas drogas la que presenta mayor incidencia de consumo entre los escolares es la marihuana. La edad promedio de inicio del consumo de drogas ilegales fluctúa entre 12.6 y 13.8 años (DEVIDA, 2007).

El 12.0% de escolares reportó haber consumido alguna vez en su vida alguna droga médica, estimulantes o tranquilizantes, el 4.9% en el último año y el 1.7% en el último mes. La edad promedio de inicio del consumo de estimulantes es 11.9 y de tranquilizantes 11.8 años (DEVIDA, 2007).

En el caso de los universitarios, el 90% ha consumido alcohol alguna vez en su vida, 75.8% tabaco, 19.1% marihuana, 5.2% cocaína, 2.4% éxtasis y 2% cocaína.

En resumen, el alcohol sigue siendo la droga legal más consumida por adolescentes y jóvenes, y la marihuana la droga ilegal.

4.1.1 Consumo de drogas según sexo

En relación al consumo de drogas en escolares peruanos según sexo, en la tabla n° 3 se evidencia que el consumo de drogas legales e ilegales es mayor en varones que en mujeres, aunque en el caso del alcohol y tabaco las diferencias son pequeñas, mientras que para las drogas legales la proporción de varones que han consumido drogas en el último año con respecto a la proporción de mujeres es el doble. Sin embargo, los tranquilizantes son consumidos en mayor proporción por las adolescentes mujeres.

El mismo patrón se observó en los resultados hallados en el estudio con estudiantes universitarios de la ciudad de Lima, en que los varones reportaron las mayores prevalencias de consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína y éxtasis, alguna vez en la vida, aunque las diferencias para el alcohol no fueron significativas (DEVIDA, 2005)

Tabla N°3: Prevalencia del último año del consumo de drogas en la población escolar de secundaria, según sexo

PREVALENCIA DEL AÑO DEL CONSUMO DE DROGAS		
Tipo de Droga	Sexo	
	Hombre	Mujer
Drogas Legales	38.5	34.1
Alcohol	31.1	28.7
Tabaco	27.4	18.6
Drogas Ilegales	5.0	2.8
Marihuana	2.6	1.2
Cocaína	1.3	0.6
PBC	1.1	0.4
Inhalantes	2.1	1.6
Éxtasis	0.9	0.3
Otras drogas	0.7	0.4
Drogas Médicas	4.6	5.2
Estimulantes	2.1	1.7
Tranquilizantes	3.7	4.3

Fuente: II Estudio Nacional: Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2007

Desde una perspectiva evolutiva las diferencias en el consumo de drogas ilegales según sexo se relacionan más con aspectos de contexto y de socialización que ocurren en el desarrollo. De tal manera que las mujeres interactúan en contextos en los que se encuentran menos expuestas al consumo de drogas ilegales, debido a que tienen menores probabilidades que les ofrezcan estas sustancias en comparación a los varones que interactúan en contextos donde la presión de los pares para el consumo sobretodo del alcohol se relaciona con la afirmación de su masculinidad y en que las drogas ilegales se encuentran más disponibles.

4.2 Factores de riesgo y de protección del consumo de drogas desde una perspectiva evolutiva

La mayoría de factores de riesgo y de protección identificados como asociados al consumo de drogas se han estudiado con población adolescente. No obstante, como se ha mencionado anteriormente factores tales como la agresividad o conductas problema que se presentan en la niñez y continúan en la adolescencia de manera persistente son predictores del consumo de drogas.

Zucker y et al. (2008) señalan que hacia los diez años de edad, varios sistemas adaptativos del organismo, tanto los que son internos como aquellos que están insertados en relaciones y conexiones con el mundo social se han desarrollado y han logrado cierta estabilidad. Es así que los niños cuando ingresan a la etapa de la adolescencia llegan con un record de logros y fracasos con respecto a las tareas de desarrollo de la infancia y niñez.

Cabe mencionar que los factores de riesgo y de protección del consumo de drogas pueden clasificarse en individuales, por ejemplo: genéticos, rasgos de personalidad, conducta antisocial; en interpersonales, que incluyen la influencia de los padres y amigos a través de las normas que ellos presentan sobre el consumo de drogas y de su conducta, de tal manera que se convierten en modelos a seguir y que facilitan el acceso a las drogas. Y el ambiente, que se refiere a las características del colegio, vecindario, disponibilidad de drogas, leyes de control del consumo, etc.

Asimismo, algunos factores de riesgo y de protección no varían a lo largo del ciclo de vida, como el sexo, mientras otros cambian, por ejemplo, el rol de los padres, de los amigos, etc.

A continuación basándonos en Becoña que utiliza el modelo de Hawkins, se presentan algunos factores de riesgo que se han hallado asociados el consumo de drogas:

- A nivel de la comunidad:
 - Leyes y normas favorables hacia el uso de drogas
 - Disponibilidad de drogas
 - Deprivación económica y social
 - Bajo apego en la crianza y desorganización comunitaria
 - Transiciones y movilidad
- En la familia:
 - Historia familiar de alcoholismo
 - Problemas de manejo en la familia
 - Uso de drogas por los padres y actitudes positivas hacia su uso
 - Conflictos familiares
 - Bajas expectativas para el éxito

- En la escuela:
 - Fracaso académico
 - Bajo compromiso con la escuela
- A nivel de los pares
 - Consumo de drogas
 - Conducta antisocial
 - Actitudes positivas hacia el consumo de drogas

4.2.1 Factores de riesgo del consumo de drogas a nivel del ambiente

Según lo presentado anteriormente a nivel del ambiente existen una serie de factores de riesgo para el consumo de drogas, entre los que analizaremos en este artículo son los relacionados con la exclusión social, la pobreza, y la disponibilidad de las drogas.

4.2.1.1 Exclusión y consumo de drogas

Al analizarse la variable inclusión en el sistema educativo, los adolescentes excluidos del sistema escolar presentan mayor prevalencia de consumo en casi todas las sustancias (legales, ilegales y médicas), alguna vez en la vida, en el último año y último mes (uso reciente), ver tabla n° 4.

Tabla N°4: Prevalencia de vida, año y mes del consumo de drogas legales, ilegales y médicas en adolescentes incluidos y excluidos del sistema escolar

Tipo de Droga	Adolescentes incluidos en el sistema educativo			Adolescentes excluidos del sistema educativo		
	PV	PA	PM	PV	PA	PM
Drogas Legales	49.6	36.9	16.3	79.6	53.3	33.7
Alcohol	45.8	32.6	13.1	77.4	48.1	29.9
Tabaco	25.2	19.2	8.1	59.2	34.6	23.0
Drogas Ilegales	1.7	1.0	0.4	11.9	6.1	3.3
Marihuana	1.2	0.7	0.3	11.9	6.1	3.2
Cocaína	0.5	0.3	0.2	4.6	3.3	3.3
PBC	0.4	0.4	0.2	7.7	3.2	0.0
Inhalantes	0.1	0.1	0.1	3.3	3.3	3.3
Éxtasis	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Drogas Médicas	2.5	1.0	0.3	8.1	2.7	0.5
Estimulantes	0.2	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0
Tranquilizantes	2.4	0.9	0.2	8.1	2.7	0.5

Fuente: DEVIDA. Tercera Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General en el Perú-2006.

El uso reciente de drogas legales, alcohol y tabaco, en los adolescentes excluidos es el doble que aquellos que asisten al colegio. El uso reciente de drogas ilegales es ocho veces más alto en los adolescentes excluidos que en los incluidos. Y el uso reciente de tranquilizantes es 1.6 veces más alto en los adolescentes excluidos del sistema educativo en comparación a los que asisten al colegio.

La mayor prevalencia de consumo de drogas, alguna vez en la vida, en el último año y mes, en adolescentes excluidos del sistema educativo en comparación a

escolares, señala que la situación de exclusión implica una serie de condicionantes que conducen a una vulnerabilidad social y que revelan patrones no normativos del desarrollo; en la medida que se espera que los adolescentes vivan un periodo de moratoria social, que se traduce en prepararse para asumir los roles adultos, adquiriendo conocimientos y destrezas en instituciones educativas.

4.2.1.2 Pobreza y consumo de drogas

En la tabla n°5 se observa que el consumo de las drogas legales en el último año es mayor en los escolares no pobres que en los pobres y pobres extremos, y que el consumo de drogas ilegales y médicas es menor. La diferencia más importante es en el consumo de alcohol, siendo la prevalencia anual para los no pobres de 38% en comparación al pobre extremo que es de 29%.

Tabla N°5: Prevalencia del último año del consumo de drogas en la población escolar de secundaria, según nivel socioeconómico

PREVALENCIA DEL AÑO DEL CONSUMO DE DROGAS			
Tipo de Droga	Nivel Socioeconómico		
	Pobre extremo	Pobre	No pobre
Drogas Legales	29.0	33.0	38.7
Alcohol	22.2	25.6	32.1
Tabaco	19.2	21.3	23.8
Drogas Ilegales	4.0	3.7	3.6
Marihuana	2.5	2.1	1.8
Cocaína	2.2	1.0	0.8
PBC	2.0	0.9	0.6
Inhalantes	3.1	2.1	1.6
Éxtasis	1.4	0.6	0.5
Otras drogas	1.6	0.6	0.4
Drogas Médicas	7.2	5.1	4.6
Estimulantes	3.5	2.2	1.6
Tranquilizantes	5.6	4.2	3.8

Fuente: II Estudio Nacional: Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2007

Los hallazgos anteriores se corroboran con los resultados del estudio en escolares de secundaria a nivel nacional (DEVIDA, 2007) y de la investigación con universitarios de la ciudad de Lima (DEVIDA, 2005) en los que se estimó el consumo de drogas según institución privada y pública, que usualmente se asocia con nivel socio-económico. En estos se encontró que el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) es más alto en colegios privados que en los públicos, y que el consumo de tabaco es mayor en estudiantes de universidades privadas. Asimismo, se hallaron menores proporciones de consumo de drogas ilegales (marihuana, cocaína) en colegios y universidades privadas, aunque las diferencias fueron pequeñas. No obstante, en el caso del alcohol no se hallaron diferencias entre universitarios provenientes de ambos tipos de instituciones, tampoco se observaron diferencias entre la proporción de estudiantes de universidades públicas (47.1%) y privadas (45.4%) que reportaron haberse embriagado por lo menos alguna vez en el último mes.

Este último dato es muy importante porque revela como el consumo de alcohol de manera regular y probablemente problemático se presenta en la adolescencia tardía o juventud, época en que la dependencia al alcohol puede también establecerse.

Estudios en EE.UU. han encontrado que en la transición hacia la universidad aumenta el consumo problemático del alcohol.

4.2.1.3 Acceso, disponibilidad y oportunidad de consumo de drogas

En relación a la facilidad de acceso a las drogas ilegales, de acuerdo a la encuesta de DEVIDA (2006), el 13.6% de adolescentes de secundaria manifestaron que les sería fácil conseguir marihuana, el 8.9% cocaína, 7.6% PBC y 7.2% éxtasis (tabla N° 6).

Asimismo, los estudiantes que manifestaron que les sería fácil conseguir marihuana presentaron ocho veces mayores probabilidades de consumir alguna droga ilegal en comparación a aquellos que señalaron que no podrían conseguirlas (DEVIDA, 2006).

Con respecto a los universitarios, el 58% reportaron que le sería fácil conseguir marihuana, el 23.5% PBC y el 31% éxtasis. Porcentajes que son preocupantes porque indican que estos alumnos tienen mayores probabilidades de consumir estas drogas (DEVIDA, 2005).

Además, se observa desde una perspectiva evolutiva que los jóvenes universitarios tienen mayor acceso a drogas ilegales que los escolares, lo cual puede relacionarse con los niveles de autonomía logrados por los primeros, que les permite interactuar en diferentes contextos sociales, que aumentan las oportunidades que les ofrezcan drogas.

Tabla N°6: Facilidad de acceso de drogas ilegales en estudiantes de secundaria

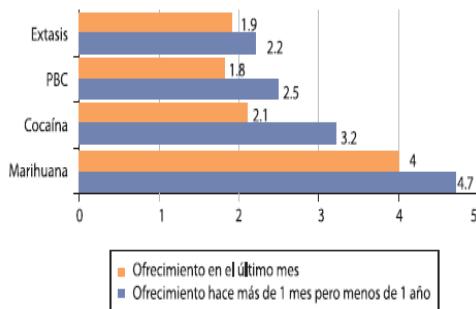
Facilidad de acceso	Tipo de Droga			
	Marihuana	Cocaína	PBC	Éxtasis
Me sería fácil conseguir	13.6	8.9	7.6	7.2
Me sería difícil conseguir	14.5	16.4	14.4	13.8
No podría conseguir	21.4	24.9	25.5	25.1
No se si es fácil o difícil conseguir	50.4	49.8	52.3	53.9

Fuente: II Estudio Nacional: Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2007

En cuanto la oportunidad de uso en escolares de secundaria que es un predictor muy importante del consumo de drogas (Van Etten y Anthony), en la figura n° 2 se observa que la proporción de estudiantes que refieren que les han ofrecido marihuana es mayor que otras drogas ilegales en el último mes y año (4 y 4.7% respectivamente), lo cual coincide con la mayor prevalencia de consumo de marihuana alguna vez en la vida reportada por los adolescentes en comparación a otras drogas ilegales.

Asimismo, el consumo de alcohol y tabaco es dos veces más alto en aquellos adolescentes que les han ofrecido drogas ilegales en el último mes y año, y el consumo de drogas ilegales es 18 veces más alto si reportan que les han ofrecido marihuana en comparación a los que no les han ofrecido (DEVIDA, 2006).

Figura N°2: Oportunidad de consumo de drogas en escolares de secundaria



Fuente: II Estudio Nacional: Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2007

Además, Anthony y Wagner (2002) hallaron en una muestra de adolescentes jóvenes americanos de 12 a 25 años de edad, que aquellos que consumieron tabaco y alcohol tuvieron mayores oportunidades de probar marihuana y de usarla si era el caso. De igual manera la oportunidad de uso de cocaína estaba asociada al consumo de marihuana.

La hipótesis de puerta de acceso (gateway), inicialmente propuesta por Kandel, postula que hay una secuencia ordenada en la experimentación de drogas por los adolescentes, que empieza con el consumo de alcohol seguido del tabaco, en un tercer momento se inicia el consumo de marihuana y en uno cuarto el de otras drogas ilegales consideradas como más fuertes, como la cocaína (Tarter y et. al, 2006). No obstante, la evidencia es contradictoria con respecto a esta secuencia en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas, en el sentido que se ha demostrado que este patrón no es universal, pero que ocurre en gran proporción de los adolescentes que han reportado consumo de marihuana o drogas ilegales. Es así que en un estudio realizado por Suris y et al. (2007) con estudiantes suizos de 16 a 20 años, el 6% de los que consumieron marihuana reportaron que lo hicieron sin consumir tabaco y un quinto de los que fuman marihuana declararon que nunca habían usado tabaco. Además, se propone que puede haber un efecto reverso de esta “puerta de acceso” o “gateway” en el que el uso de marihuana puede aumentar el consumo de tabaco (Fergusson, Boden y Horwood, 2008).

4.2.2 Factores de riesgo del consumo de drogas a nivel del colegio

Los factores relacionados al colegio que influyen en el consumo de drogas son el rendimiento académico y el compromiso con la escuela, entre otros.

Con respecto al logro académico y consumo de drogas, en la tabla n° 7, se observa mayores proporciones de consumo de drogas legales, ilegales y médicas en los adolescentes peruanos que manifiestan tener un rendimiento académico por debajo del promedio en comparación a por encima del promedio de su clase.

Tabla N°7: Consumo de drogas en el último año según autoevaluación de logro académico

CONSUMO DE DROGAS EN EL ÚLTIMO AÑOS SEGÚN AUTOEVALUACIÓN DEL LOGRO ACADÉMICO			
Categorías	Drogas Legales	Drogas Ilegales	Drogas Médicas
Por encima del promedio	30.5	2.6	3.9
En el promedio	42.1	4.2	4.9
Por debajo del promedio	43.1	9.0	8.8

Fuente: DEVIDA. Tercera Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General en el Perú-2006.

El bajo rendimiento académico es un factor de riesgo que aumenta la probabilidad de consumir drogas dado que usualmente se relaciona con problemas de conducta y de tener amigos que consumen drogas.

Asimismo, desde una perspectiva ecológica, siguiendo el modelo de Bronfenbrenner, que considera a la escuela como una institución, en la tabla n°8 se observa la prevalencia anual del consumo de drogas según el nivel de protección del ambiente escolar, medida por niveles de exigencia, disciplina, grado de agresividad, confianza con profesores, orientación sobre consumo de drogas y actitud de los docentes hacia el consumo de drogas. Se observa que a menor nivel de protección existe mayor prevalencia anual del consumo de drogas tanto legales como ilegales en los escolares.

Tabla N°8: Prevalencia del consumo de drogas en el último año, según nivel de protección del ambiente escolar

PREVALENCIA DEL ANUAL DEL CONSUMO DE DROGAS, SEGÚN NIVEL DE PROTECCIÓN DEL AMBIENTE ESCOLAR								
Tipo de Droga	Escala de Protección del Ambiente Escolar (0: Baja protección 7: Alta protección)							
	Bajo		Medio			Alto		
	0	1	2	3	4	5	6	7
Drogas Legales								
Alcohol	43.6	40.2	38.4	35.7	34.7	33.5	30.7	27.9
Tabaco	35.8	30.9	29.1	25.9	24.7	23.3	20.2	17.4
Drogas Ilegales								
Marihuana	5.8	3.9	3.5	2.6	2.1	1.6	1.2	0.9
PBC	2.8	1.1	1.3	0.8	0.6	0.4	0.3	0.2
Cocaína	3.4	1.7	1.6	1.0	0.8	0.5	0.3	0.1
Inhalantes	5.4	2.7	2.9	1.9	1.8	1.4	1.2	0.8
Éxtasis	1.8	1.1	1.0	0.6	0.5	0.4	0.2	0.2

Fuente: DEVIDA, 2005

En este sentido el colegio cumple un rol importante en brindar soporte y orientación a los adolescentes que se encuentran en una etapa de cambio, donde adquieren mayores niveles de autonomía, que no necesariamente se acompañan de un monitoreo parental y en que los amigos ejercen una influencia importante en sus comportamiento, pudiéndolos exponer al consumo de drogas.

4.2.3 Factores de riesgo del consumo de drogas a nivel de la familia y los pares

Los padres y los amigos son agentes de socialización que influyen de manera muy importante en el desarrollo de los adolescentes y jóvenes contribuyendo o no a que estos logren las tareas de desarrollo que les permitan un desenvolvimiento positivo.

4.2.3.1 La influencia de los pares en el consumo de drogas

Desde una perspectiva evolutiva los pares o amigos cobran mayor importancia durante la adolescencia, siendo una necesidad imperante para los adolescentes el sentirse parte y valorados por un grupo de amigos, así como el establecer relaciones estrechas con un mejor amigo o amiga.

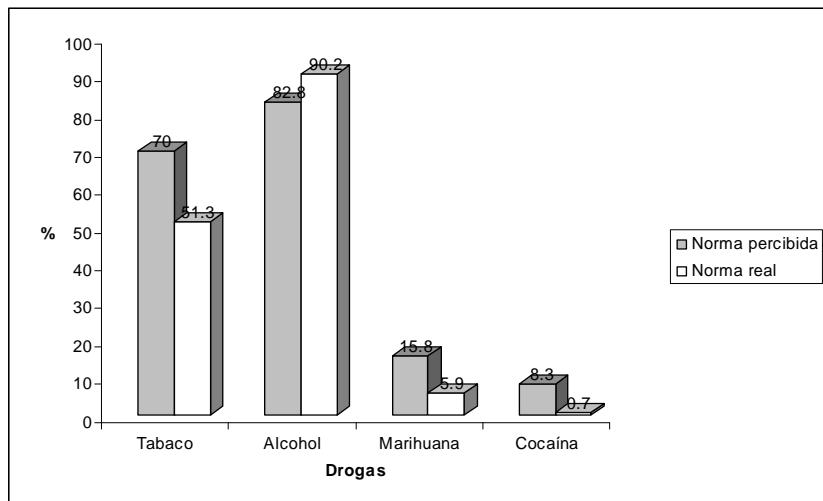
Existe evidencia sólida que los pares influyen en el consumo de drogas tanto de los adolescentes como de los jóvenes.

Brown y et al. (2008) señalan que los amigos influyen en el uso y abuso de alcohol a través de tres maneras: 1) Modelando procesos o alentando el uso de alcohol. 2) Teniendo un rol de mantenimiento de la conducta de consumo. 3) Sobreestimando el consumo de alcohol por sus pares.

Es así que el uso percibido de drogas por los pares predice el inicio y el escalamiento en el consumo (D'Amico y McCarthy, 2006).

Asimismo, la influencia de los amigos en el consumo de drogas puede ser entendida a la luz de las normas percibidas descriptivas acerca del consumo de drogas en universitarios, en la forma de sobreestimación. En un estudio realizado por Bustamante y et al en estudiantes de las ciencias de la salud de una universidad de Lima, se halló que los universitarios tienden a sobreestimar el consumo de tabaco, marihuana y cocaína por sus compañeros y a tener una percepción casi exacta del consumo de alcohol (ver figura n°3).

Figura N°3: Norma percibida del uso de drogas y consumo reportado (norma real) en el último año (%)



Fuente: Bustamante y et al.

Fegusson, Boden y Horwood (2008) también mencionan que los pares pueden influir en el consumo de drogas ilegales de diferentes formas que son las siguientes: 1) siendo una fuente de información sobre las drogas ilegales, 2) siendo una fuente de abastecimiento de estas, 3) brindando un sistema de soporte social que alienta el consumo de drogas ilegales.

En el estudio de DEVIDA (2006) si se observa el contexto en que los adolescentes se inician con el consumo de drogas (ver tabla n°9), se observa que los escolares iniciaron el consumo de alcohol en un 41% con familiares, seguido de los compañeros de estudio (27.6%) y amigos de barrio (25.8%).

Los amigos de barrio (34.4%) y compañeros de estudio (29.3%) son los principales entornos del inicio del tabaco.

En el caso de la marihuana, cocaína y éxtasis los amigos de barrio juegan un rol muy importante en el inicio (49.3%, 29.2%, 28.3% respectivamente).

Es así que en el caso del alcohol la familia juega un rol muy importante en el inicio, y los amigos en la experimentación de alcohol, tabaco y drogas ilegales, siendo el barrio el contexto que favorece el inicio del consumo de drogas ilegales.

Tabla N°9: Entorno del inicio de consumo de drogas en escolares de secundaria

Tipo de Droga	Entorno de inicio						
	Solo	Compañeros de estudio	Compañeros de trabajo	Amigos de barrio	Familia		No recuerda
					Padres y/o hermanos	Otros familiares	
Drogas Legales							
Alcohol	3.9	27.6	1.6	25.8	24.6	16.5	0.0
Tabaco	17.5	29.3	2.1	34.4	5.1	11.7	0.0
Drogas Ilegales							
Marihuana	11.1	21.3	5.1	49.3	1.7	2.5	9.0
Cocaína	18.1	21.7	7.0	29.2	3.0	2.4	18.6
PBC	24.1	13.7	6.5	23.7	2.3	1.2	28.5
Inhalantes	32.1	17.8	5.6	18.8	5.8	3.8	16.2
Éxtasis	14.5	21.4	9.7	28.3	3.8	1.8	20.3

Fuente: II Estudio Nacional: Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2007

Asimismo, la actitud de los amigos frente al consumo de drogas es muy importante porque se relaciona con las normas subjetivas, que son constructos que forman parte de las Teorías de la Acción Razonada y de la Conducta y Planificada, que influyen a su vez en la intención de conducta e indirectamente en la conducta de consumo por parte de los adolescentes.

En la tabla n° 10, se observa mayores proporciones de consumo de drogas legales, ilegales y médicas en los adolescentes que reportan que sus pares o amigos no les harían algún reproche o no les dirían nada si se enteraran que consumen marihuana u otra droga ilegal.

Tabla N°10: Consumo de drogas en el último año según la actitud de los pares frente al consumo de drogas

Actitud de los amigos	CONSUMO DE DROGAS EN EL ÚLTIMO AÑO SEGÚN LA ACTITUD DE LOS PARES FRENTE AL CONSUMO DE DROGAS					
	Si se enteraran que consume marihuana			Si se enteraran que consume otra droga (PBC, cocaína, éxtasis, etc.)		
	Drogas Legales	Drogas Ilegales	Drogas Médicas	Drogas Legales	Drogas Ilegales	Drogas Médicas
Le harían algún reproche/le dirían que no lo hicieran	39.7	2.6	4.2	40.4	2.6	4.3
Algunos le harían reproche; otros no	48.4	8.2	6.8	45.8	8.3	6.7
No le dirían nada	52.4	12.9	9.1	48.0	12.9	9.7
No saben lo que harían	29.0	2.8	4.4	29.9	2.9	4.5

Fuente: II Estudio Nacional: Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2007

4.2.3.2 *La influencia de los padres en el consumo de drogas*

Los padres juegan un rol muy importante en promover un desarrollo positivo en sus hijos adolescentes, quienes se encuentran en una etapa de búsqueda de identidad y autonomía, y de cambios físicos, cognitivos y afectivos que los colocan en una situación de vulnerabilidad hacia el consumo. Por lo que el soporte extra que ellos pueden brindarles es muy importante para que los adolescentes logren las tareas de desarrollo de una manera saludable.

Existe evidencia que los padres influyen en el consumo de drogas a través de las normas o reglas que tienen con respecto a este, de su conducta en relación al consumo, los estilos de crianza, que incluye la supervisión, monitoreo y las relaciones afectivas que establecen con sus hijos e hijas.

El monitoreo de los padres es muy importante para la prevención del consumo de drogas en adolescentes. Este se define como la medida en que los padres saben dónde están sus hijos, qué actividades realizan, y con quiénes están cuando ellos no están presentes. Existe evidencia sólida en estudios longitudinales y transversales que los niveles de supervisión paterna se hallan inversamente asociados al consumo de drogas, mala conducta y comportamiento violento (DeVore and Ginsburg, 2005).

Pilgrim y et al. (2006) encontraron que el involucramiento paterno se asocia al consumo de drogas en adolescentes de manera directa, pero también a través del éxito escolar y del tiempo que los adolescentes pasan con los amigos; señalando que los resultados encontrados son consistentes con otros en que la ineptitud de los padres y las pobres relaciones familiares conducen a adolescentes sin habilidades y con bajo rendimiento académico, a pasar más tiempo con amigos “desviados”, quienes aprueban y alientan el consumo de drogas.

En la tabla n°11 se muestra la proporción de consumo de drogas en adolescentes escolares peruanos según el nivel de involucramiento de los padres, que fue medido a través de preguntas que miden si conocen a los amigos de sus hijos, si controlan las salidas y los programas de televisión, si conocen el paradero cuando han salido de casa, si comen juntos, etc. Se observa que los adolescentes que reportan un menor involucramiento de los padres presentan mayores proporciones de consumo de drogas legales e ilegales; lo cual es consistente con otros estudios. Por ello es muy importante diseñar programas de prevención en los cuales se trabaje con los padres para que puedan ejercer mejor su rol y establecer relaciones más cercanas con sus hijos e hijas.

Tabla N°11: Prevalencia del consumo de drogas en el último año, según nivel de involucramiento paterno

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN ÚLTIMO AÑO, SEGÚN NIVEL DE INVOLUCRAMIENTO PATERNO								
Tipo de Droga	Escala de Padres Involucrados (0: Padres no involucrados ← → 7:Padres altamente involucrados)							
	Bajo		Medio			Alto		
	0	1	2	3	4	5	6	7
Drogas Legales								
Alcohol	50.1	51.3	47.9	42.7	36.0	31.2	26.7	25.6
Tabaco	46.6	45.9	39.2	32.2	26.2	20.9	16.2	13.7
Drogas Ilegales								
Marihuana	8.6	6.9	4.8	3.2	1.9	1.4	0.9	0.7
PBC	4.4	2.1	1.6	0.8	0.4	0.4	0.3	0.2
Cocaína	5.4	3.3	1.7	1.0	0.6	0.6	0.3	0.3
Inhalantes	8.2	4.5	3.2	2.6	1.7	1.3	1.0	0.8
Éxtasis	4.6	1.8	1.2	0.6	0.4	0.4	0.2	0.2

Fuente: DEVIDA, 2005

4.2.4 Factores de riesgo del consumo de drogas a nivel individual

Entre los factores individuales para el consumo de drogas se han encontrado los factores genéticos, conducta antisocial temprana y persistente, la búsqueda de sensaciones a nivel de la personalidad, entre otros.

Además, existen evidencias que algunas características del desarrollo en la niñez se hallan asociadas al consumo de drogas en adolescentes.

Andrew y et al. (2008) hallaron que los prototipos o imágenes positivas acerca de los que consumen drogas en niños de segundo a quinto grado de primaria predicen la voluntad de consumo de alcohol y el uso cuando son adolescentes.

Asimismo, existe evidencia que los problemas conductuales en la niñez se hallan asociados con el consumo de drogas en adolescentes. Fergusson, Horwood y Ridder (2007) hallaron que los problemas de conducta tempranos ejercen una influencia débil aunque persistente en el consumo, abuso y dependencia a drogas. Zucker y et al. (2008) señalan que hay convergencia en los hallazgos que muestran que los síntomas externos, tales como la agresividad, impulsividad y la falta de control; y que en menor grado los síntomas internos (ansiedad, tristeza y depresión) que se presentan tempranamente en la niñez son predictores del trastorno de abuso de drogas después de 15 a 20 años de su aparición.

En el Perú, en la encuesta de DEVIDA (2006), se estimó el nivel de agresividad (violencia física, verbal y exclusión social de sus compañeros, es decir, que no dejaron participar a sus compañeros) y su relación con el consumo de drogas. En la tabla n°12 se observa que en el caso de drogas legales tanto los escolares que presentan mayores niveles de agresividad (alto e intermedio) son los que consumen en mayor proporción alcohol y tabaco en el último año en comparación a los reportan bajos niveles de agresividad. En el caso de las drogas ilegales y

médicas el consumo de estas es significativamente mayor en los adolescentes con niveles de agresividad altos, seguido por los que presentan agresividad media en comparación a los que evidencian niveles bajos.

Desde una perspectiva evolutiva se conoce que la agresividad usualmente tiene un desarrollo que se remite a la infancia, en que los niños no pudieron aprender a controlar de manera adecuada sus emociones e impulsos. Por lo que es importante que los programas de prevención consideren como estrategias el enseñar a los niños y también a los adolescentes a manejar de manera adecuada sus impulsos. Un ejemplo, fue el programa de prevención, llamado “Good behavior game”, implementando en EE.UU. con escolares de primaria, en los que las maestras aplicaban como estrategias del manejo de la disciplina, el reforzamiento positivo de las conductas que mostraban baja agresividad y buen comportamiento.

Tabla N°12: Consumo de drogas en el último año según nivel de agresividad escolar

Tipo de Droga	Nivel de Agresividad Escolar			Promedio Nacional	Rho Spearman
	Baja	Media	Alta		
Drogas Legales	32.4	51.7	49.8	36.7	0.686
Alcohol	26.1	45.1	38.2	29.9	0.432
Tabaco	19.2	33.6	37.1	22.9	0.846
Drogas Ilegales	2.3	6.1	12.4	3.9	0.971
Marihuana	1.1	3.3	6.1	1.9	0.902
Sustancias cocaínicas	0.6	1.8	5.3	1.2	0.932
Éxtasis	0.2	0.7	3.3	0.6	0.891
Drogas Médicas	4.1	5.8	9.6	4.9	0.925

Fuente: DEVIDA. Tercera Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General en el Perú-2006.

4.2.4.1 Otros Factores de riesgo del consumo de drogas

4.2.4.1.1 Pubertad temprana

La pubertad temprana tanto en adolescentes mujeres y varones se hallado asociada al consumo de drogas, en la medida que los cambios físicos se relacionan con cambios en las relaciones interpersonales. Además, el haber logrado un mayor desarrollo físico no significa que también los púberes hayan logrado un desarrollo cognitivo y emocional que les permita tomar decisiones planificadas y controlar sus emociones e impulsos.

Es así que las chicas que maduran temprano tienden a tener enamorados y amigos varones mayores que las exponen al consumo de drogas, mientras que los varones que maduran temprano tienden a tener amigos mayores del mismo sexo.

Westling y et al. (2008) encontraron que las chicas que maduran temprano tuvieron mayores probabilidades de afiliarse con pares con conductas problemáticas, mientras que en el caso de los varones la pubertad temprana no se relaciona con tener

amigos con conductas “desviadas”. Asimismo, encontraron que el monitoreo de los padres moderó el consumo de alcohol asociado a una pubertad temprana, tanto en varones como en mujeres.

4.2.4.1.2 La edad de inicio temprano en el consumo de drogas

Diversos estudios han demostrado que el consumo de drogas a una edad temprana se relaciona con un mayor riesgo de consumo persistente y con la dependencia a drogas (Palmer y et al., 2009). Asimismo, estos autores encontraron que es posible que los consumidores tempranos usen varias drogas a la vez, lo cual aumenta la probabilidad del abuso y dependencia a drogas. Además, mencionan que los posibles mecanismos que se hayan involucrados son trayectorias neuronales que se desarrollan, así como características ambientales que colocan a los adolescentes en riesgo de un mayor consumo.

Chen, Storr y Anthony (2009) encontraron también un exceso de riesgo de desarrollar las características clínicas asociadas con la dependencia a drogas en adolescentes que utilizaron drogas médicas antes de los 18 años de edad, concluyendo que la edad de inicio puede ser una manifestación de una vulnerabilidad de fondo para el desarrollo de la dependencia a drogas.

V. Políticas, planes e intervenciones de prevención del consumo de drogas

5.1 Lineamientos de política e intervenciones sobre prevención de drogas en el Perú

En el Perú existen una serie de documentos de política y planes que se relacionan con la prevención del consumo de drogas, tales como el Plan Nacional de Acción por la Infancia, liderado por el MIMDES, que convoca a varios sectores e instituciones públicas y privadas, que tiene por uno de sus objetivos la reducción del consumo de drogas en adolescentes. También se cuenta con los lineamientos de salud mental y salud del adolescente; instrumentos de política del Ministerio de Salud que proponen una atención integral que incluye la prevención del consumo de drogas y la atención a los factores de riesgo y de protección. En el sector educación se cuenta con planes de prevención del consumo de drogas en la Dirección de Tutoría y Orientación Educativa (DITOE). Asimismo, la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) cuenta con políticas y planes cuyo objetivo es reducir la demanda de drogas.

Entre las intervenciones realizadas para la prevención del consumo de drogas, cabe resaltar que DEVIDA, dirige la Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas 2007-2011, en la que propone como uno de sus tres programas el Programa de Prevención y Rehabilitación. Entre las principales intervenciones realizadas por DEVIDA se encuentran las siguientes: intervenciones familiares y comunitarias a través de ferias implementadas en el periodo 1997 -2002, inclusión de contenidos de prevención de drogas en el currículo educativo, la capacitación a docentes para la inserción de acciones de prevención del consumo de drogas en el Currículo. Además, DEVIDA en el periodo 2003 – 2006 ha fortalecido a 27 Comités Multisectoriales para la prevención del consumo de drogas (DEVIDA, 2006).

Asimismo, DITOE del Ministerio de Educación, así como ONGs tales como CEDRO desde hace varias décadas que vienen implementando acciones de prevención del consumo de drogas.

No obstante, cabe señalar que los programas de prevención en el Perú han tendido a centrarse en población adolescente, a través de campañas y actividades en las instituciones educativas y en la comunidad. Pocos son los que han presentado una perspectiva evolutiva. Y no se han realizado programas con niños de primaria que trabajen temas como el manejo de la agresividad.

Asimismo, la mayoría de programas han sido de prevención universal, que rara vez se han fundamentado en modelos teóricos acerca del consumo de drogas y algunos se han basado en resultados de estudios en países desarrollados. Sin embargo, ninguno se ha implementado utilizando los resultados de investigaciones locales que muestren los factores de riesgo y protección asociados al consumo de drogas en la población a desarrollar el programa de prevención.

Además, los programas de prevención implementados no han sido evaluados, desconociéndose su efectividad e impacto.

5.2 Las políticas e intervenciones de prevención de drogas basadas en evidencia desde una perspectiva evolutiva

Es necesario que el diseño, implementación y evaluación de lineamientos de política y de intervenciones para la prevención del consumo de drogas se basen en modelos conceptuales o teóricos acerca del consumo de drogas y en la evidencia de estudios realizados en la población objetivo. Por lo que es fundamental el fomentar y apoyar el desarrollo de investigaciones.

Asimismo, es importante el reconocimiento que los factores de riesgo y de protección asociados al consumo de drogas no aparecen en la adolescencia, si no que se pueden identificar desde la niñez.

Es así que desde una perspectiva evolutiva es necesario trabajar con los padres y maestros para que ayuden a los niños a desarrollar la autorregulación, es decir, a alcanzar mayores niveles de atención y de control de su impulsividad de acuerdo a su edad, a lograr las tareas de desarrollo propias del estadio en que se encuentran como el buen rendimiento académico, el tener amigos, etc.

Los programas de prevención para padres deben implementarse antes que los niños nazcan, especialmente en el caso de aquellos padres o madres que presenten problemas de consumo de drogas (Zucker y et al., 2008).

Petrie, Bunn y Byrne (2007) encontraron en una revisión de intervenciones de prevención con padres, que los programas más efectivos para reducir el consumo de drogas fueron aquellos que promovieron el involucramiento activo de los padres y el desarrollo de habilidades para la competencia social, la autorregulación y para ejercer su paternidad o maternidad.

Adicionalmente las intervenciones familiares deben tener como objetivos los siguientes: sensibilizar a los padres acerca de los riesgos que involucran las drogas, incluido el alcohol; a comunicarse y a establecer relaciones cercanas con sus hijos; a clarificar sus expectativas y establecer reglas acerca del uso de drogas; y a monitorear y supervisar las actividades de sus hijos e hijas.

Asimismo, los establecimientos de salud tienen un rol muy importante en la prevención de drogas, por lo que es necesario preparar a los profesionales de salud que atienden a niños y a sus padres, para que puedan identificar, por ejemplo problemas de conducta e impulsividad, así como ansiedad o depresión, para derivarlos para que reciban tratamiento oportuno y que los padres puedan participar en orientaciones o talleres acerca de cómo manejar la disciplina sobretodo si tienen niños con déficit de atención e impulsividad (Simkin, 2002; Zucker y et al., 2008).

Según Skim (2002), los colegios también tienen un rol importante en diagnosticar y derivar para su atención problemas de bajo rendimiento académico o altos niveles de agresividad.

En cuanto los programas de prevención de drogas a nivel del colegio, los que han mostrado mayor efectividad son aquellos que se basan en los modelos de influencia social, incluyen un enfoque evolutivo, promueven el establecimiento de normas, trabajan la resistencia a presiones sociales y la competencia social a través del desarrollo de habilidades y utilizan una metodología interactiva (Botvin y Griffin, 2007).

En relación al ambiente macro en el que ocurre el consumo de drogas, es importante regular el acceso a los adolescentes a drogas legales a través de leyes que prohíban su comercialización a menores y que sean monitoreadas en su aplicación, y que también regulen el mercadeo del alcohol y tabaco. También es importante implementar medidas de control que reduzcan el acceso de los adolescentes y jóvenes a las drogas ilegales.

Finalmente, es necesario el diseñar intervenciones de prevención dirigidas a niños y niñas, adolescentes en mayor riesgo de consumo como son por ejemplo, los que han experimentado de manera temprana con tabaco o alcohol, o los adolescentes que presentan una pubertad temprana.

Conclusiones

La perspectiva evolutiva acerca del consumo de drogas implica identificar y analizar los factores de riesgo y protección del consumo en las primeras etapas de la vida, así como durante la adolescencia y juventud.

Esta perspectiva también indica que los programas de prevención para niños, adolescentes, universitarios y sus familias deben basarse en modelos teóricos, que reconozcan las características evolutivas de las etapas de desarrollo, así como las necesidades que surgen en cada estadio de la vida.

Recomendaciones

Es necesario en el Perú, fomentar la investigación de los factores de riesgo y de protección del consumo de drogas desde una perspectiva evolutiva para el diseño de intervenciones de prevención del consumo de drogas en los ámbitos familiar, escolar, de servicios de salud y comunitario, así como para la formulación de políticas de prevención de drogas.

Es importante que los programas de prevención no sólo estén dirigidos a adolescentes, si no también a niños y a universitarios, así como también a los

padres y docentes. Asimismo, es necesario el poder implementar programas de prevención en poblaciones o grupos con mayor riesgo de consumo y no sólo en población general.

Referencias

- Andrew, J. y et al. (2008). The effect of early cognitions on cigarette and alcohol use in adolescent. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(1): 96-106.
- Anthony, J. y Van Etten, M. (1998) Epidemiology and its rubrics. *Comprehensive clinical psychology*. Oxford: Elsevier Science Publications, 355-390.
- Becoña, E. Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Botvin, G. y Griffin, K. (2007). School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International Review of Psychiatry*, December, 19(6), 607 - 615.
- Brofenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo Humano*. Barcelona: Paidos.
- Brown, S. y et al. (2008). A developmental perspective on alcohol and youths 16 to 20 years of age. *Pediatrics*. 21(supl 4): S290-S310.
- Bustamante, I., Strike, C., Brands, B., Cunningham, J., Wright, MG. Normas percibidas por estudiantes peruanos acerca de sus pares y el uso de drogas. En prensa en *Revista Latin-Americana de Enfermagem*.
- Chen, CY., Storr, C., y Anthony, J. (2009). Early-onset drug use and risk for drug dependence problems. *Addictive Behaviors*, 34, 319 – 322.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. DEVIDA. (2005). I Encuesta sobre Información, Hábitos y Actitudes hacia el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Universidades de Lima Metropolitana.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. DEVIDA. Estudio Nacional: Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2005. Resultados Nacionales, Perú.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. DEVIDA. III Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General en el Perú 2006.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. DEVIDA. (2007). II Estudio Nacional: Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2007.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. DEVIDA. (2006). Información Estadística de Drogas en el Perú.
- D'Amico, E. y McCarthy, D. (2006). Escalation and initiation of younger adolescents' substance use: The impact of perceived peer use. *Journal of Adolescent Health*, 39, 481-487.
- DeVore, E., y Ginsburg, K. (2005). The protective effects of good parenting on adolescents. *Current Opinion in Pediatrics*, 17, 460 – 465.

Fergusson, D., Boden, J. y Horwood, J. (2008). The developmental antecedents of illicit drug use: Evidence from a 25-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 96, 165-177.

Fergusson, D., Horwood, J. y Riddler, E. (2007). Conduct and attentional problems in childhood and adolescence and later substance use, abuse and dependence: Results of a 25-year longitudinal study. *Drug and alcohol dependence*, 88S, S14 – S26.

Furr-Holden, D., Ialongo, N., Anthony, J., Petras, H. y Kellam, S. (2004) Developmentally inspired drug prevention: Middle school outcomes in a school-based randomized prevention trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 73, 149-158.

Glanz, K., Lewis, F., Rimer, K. (1997). *Health Behavior and Health Education. Theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass Inc., 2da ed.

Ialongo, N., Wethamer, L., Kellam, S. (2001) The Distal Impact of Two First-Grade Preventive Interventions on Conduct Problems and Disorder in Early Adolescence. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 9 (2), 146-160.

Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescents: A psychosocial framework for understanding action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.

Masten, A., Faden, V., Zucker, R., y Spear, L. (2008) Underage drinking: A development framework. *Pediatrics*, 121, S235 – S251.

Ministerio de Educación del Perú. (2007). Resolución Vice Ministerial 004-2007-E.

Ministerio de Educación del Perú. (2001). *Guía de Tutoría. Orientaciones Básicas para el Tutor*.

Ministerio de Salud del Perú. (2005). *Lineamientos de Política de Salud de los y las Adolescentes*.

Ministerio de Salud del Perú. (2004). *Lineamientos para la Acción en Salud Mental*.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2008). *Elementos Orientadores para las Políticas Públicas sobre Drogas en la Subregión. Primer Estudio Comparativo sobre Consumo de Drogas y Factores Asociados en Población de 15 a 64 años*.

Palmer, y et al. (2009). Developmental epidemiology of drug use and abuse in adolescence and young adulthood: Evidence of generalized risk. *Drug and Alcohol Dependence*, 102, 78-87.

Panamerican Health Organization (2005). *Youth: Choices and Change. Promoting Healthy Behaviors in Adolescents*. Silver Spring: Panamerican Health Organization.

Papalia, D. y Wendkos, S. (1997). *Desarrollo Humano con aportaciones para Iberoamérica*. México D.F.: McGraw Hill Interamericana, 6ta ed.

Petrie, J., Bunn, F., y Byrne, G. (2007). Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol, or drugs misuse in children < 18: A systematic review. *Health Education Research*, 22(2), 177-191.

Pilgrim, C. y et al. (2006). Mediators and moderator of parental involvement on substance use: A national study of adolescents. *Society for Prevention Research*, 7(1), 75 – 89.

Presidencia del Consejo de Ministros del Perú. (2002). Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010.

Rodriguez-Kuri, S. y et al. (2007). Capacidad predictiva de la teoría de la conducta planificada en la intención y uso e drogas ilícitas entre estudiantes Mexicanos. *Salud Mental*, 30(1), 68-81.

Simkin, D. (2002). Adolescent substance use disorders and comorbidity. *Pediatric Clinics of North America*, 49, 463-477.

Storr, C., Ialongo, N., Kellam, S. Anthony, J. (2002). A randomized controlled trial of two primary school intervention strategies to prevent early onset tobacco smoking", *Drug and Alcohol Dependence*, 66, 51-60.

Suris, J. y et al. (2007). Some go without a cigarette. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161(11), 1042 -1047.

Tarter, R. y et al. (2006). Predictors of marijuana use in adolescents before and after licit drug use: Examination of the gateway hypothesis. *American Journal of Psychiatry*, 163(12), 2134 – 2140.

Van Etten, M. y Anthony, J. (2001). Male-female differences in transitions from first drug opportunity to first use: searching for sub-group variation by age, race, region and urban status. *Journal of Women's Health and Gender - Based Medicine*, 10, 797-804.

Wagner, F. y Anthony, J. (2002). Into the world of illegal drug use: Exposure opportunity and other mechanisms linking the use of alcohol, tobacco, marijuana, and cocaine. *American Journal of Epidemiology*, 155(10), 918-925.

Westling, E., Andrew, J., Hampson, S. y Peterson, M. (2008). Pubertal timing and substance use: the effects of gender, parental monitoring and deviant peers. *Journal of Adolescence Health*, June, 42(6), 555-563.

Zavaleta, A., Vargas, V. CEDRO. (2008). Epidemiología de Drogas en la Población Urbana Peruana 2007.

Zucker, R., Donovan, J., Mastem, A., Mattson, M., Moss, H. (2008). Early developmental process and the continuity of risk for underage drinking and problem drinking. *Pediatrics*, 121, Suppl. 4, S252- S272.

2004/2005. Developmental issues in underage drinking research. *Alcohol Research and Health*, 28(3), 121-123.