



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Farmacia y Bioquímica

Escuela Profesional de Toxicología

**Incidencia y tipo de droga que se consume en Lima
Metropolitana, durante los meses de agosto a
diciembre 2020**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Toxicóloga

AUTOR

María Stefany DURAN SUMARRIVA

ASESOR

Jesús Víctor LIZANO GUTIÉRREZ

Lima, Perú

2022



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Duran M. Incidencia y tipo de droga que se consume en Lima Metropolitana, durante los meses de agosto a diciembre 2020 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Farmacia y Bioquímica, Escuela Profesional de Toxicología; 2022.

Metadatos complementarios: autor / asesor

| Datos de autor | |
|----------------------------------|---|
| Nombres y apellidos | María Stefany Duran Sumarriva |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número de documento de identidad | 71956181 |
| URL de ORCID | https://orcid.org/0000-0002-8896-5389 |
| Datos de asesor | |
| Nombres y apellidos | Jesús Víctor Lizano Gutiérrez |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número de documento de identidad | 09148490 |
| URL de ORCID | https://orcid.org/0000-0002-8926-1893 |
| Datos del jurado | |
| Presidente del jurado | |
| Nombres y apellidos | Américo Jorge Castro Luna |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número de documento de identidad | 25455526 |
| Miembro del jurado 1 | |
| Nombres y apellidos | Luis Alberto Rojas Ríos |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número de documento de identidad | 09738868 |
| Miembro del jurado 2 | |
| Nombres y apellidos | Tania Torres Aguilar |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número de documento de identidad | 28314802 |
| Miembro del jurado 3 | |
| Nombres y apellidos | Sixto Antonio González Elera |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número de documento de identidad | 08063663 |
| Datos de investigación | |

| | |
|--|--|
| Línea de investigación | B.2.3.4. Toxicología medicamentosa |
| Grupo de investigación | - |
| Agencia de financiamiento | - |
| Ubicación geográfica de la investigación | País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Latitud: -12.112639 Longitud: -76.999649 |
| Año o rango de años en que se realizó la investigación | 2017-2022 |
| URL de disciplinas OCDE | Toxicología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.01.07 Epidemiología http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.09 Abuso de sustancias https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.14 |



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de
América **Facultad de Farmacia y
Bioquímica Decanato**



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Los Miembros del Jurado Examinador y Calificador de la Tesis titulada:

Incidencia y tipo de droga que se consume en Lima Metropolitana, durante los meses de agosto a diciembre 2020

Que presenta la Bachiller en Toxicología:

MARIA STEFANY DURAN SUMARRIVA

Que reunidos en la fecha se llevó a cabo la **SUSTENTACIÓN** de la **TESIS**, y después de las respuestas satisfactorias a las preguntas y objeciones formuladas por el Jurado, ha obtenido la siguiente calificación final:

18 (Dieciocho) Aprobado con mención honrosa

de conformidad con el Art. 14.º del Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos para la obtención del Título Profesional de Toxicólogo (a) de la Facultad de Farmacia y Bioquímica.

JURADO EXAMINADOR Y CALIFICADOR (R.D. N.º 000859-2021-D-FFB/UNMSM)

- Dr. Américo Castro Luna
- Mg. Luis Alberto Rojas Ríos
- Mg. Tania Torres Aguilar
- Mg. Sixto Antonio González Elera

Lima, 12 de mayo de 2022.

**Dr. Américo Castro Luna
Presidente**

“FARMACIA ES LA PROFESIÓN DEL MEDICAMENTO, DEL ALIMENTO Y DEL TÓXICO”

Jr. Puno N° 1002, Jardín Botánico – Lima 1 – Perú
Teléfonos: (511) 619-7000 anexo 4826 Ap. Postal 4559 –
Lima 1

E-mail: decanofyb@unmsm.edu.pe

<http://farmacia.unmsm.edu.pe>



FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA
ESCUELA PROFESIONAL DE TOXICOLOGIA

INFORME DE EVALUACIÓN DE CRITERIOS DE ORIGINALIDAD

| | | |
|----|--|--|
| 1 | Facultad | FARMACIA Y BIOQUÍMICA |
| 2 | Escuela Profesional | TOXICOLOGÍA |
| 3 | Autoridad que emite el informe de originalidad | Director de la Escuela Profesional |
| 4 | Apellidos y nombres de la autoridad académica | Mg. Jesús Víctor Lizano Gutiérrez |
| 5 | Operador del programa informático de similitudes | Mg. Jesús Víctor Lizano Gutiérrez |
| 6 | Documento evaluado | Incidencia y tipo de droga que se consume en Lima Metropolitana, durante los meses de agosto a diciembre 2020. |
| 7 | Autor(es) del documento | Bachiller : María Stefany Duran Sumarriva |
| 8 | Fecha de recepción del documento | 07/09/2021 |
| 9 | Fecha de aplicación del programa informático de similitudes | 07/09/2021 |
| 10 | Software utilizado | Turnitin |
| 11 | Configuración del programa detector de similitudes | Excluye: - Textos entrecomillados - Bibliografía - Cadenas menores de 40 palabras |
| 12 | Porcentaje de similitud según programa detector de similitudes | 5 % (El % de similitud debe ser \leq 10%) |
| 13 | Observaciones | 2da observación |
| 14 | Calificación de Originalidad | Documento cumple criterios de originalidad, con observaciones |

Lima, 07 de Setiembre del 2021



Mg. Jesús Víctor Lizano Gutiérrez
Director E.P. Toxicología

DEDICATORIA:

A mi adorada familia, que confió en mí durante mis estudios que, gracias a su ayuda, disposición y paciencia, me alentaron a seguir adelante siempre, dándome fuerzas y ánimos para afrontar cualquier reto y lograr mis objetivos.

AGRADECIMIENTOS:

A mi asesor y catedrático Mg. Jesús Víctor Lizano Gutiérrez, por sus excelentes enseñanzas, cooperación, contribución y asesoría, que me permitieron llevar a cabo esta investigación.

A Dios, a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, a mi familia, profesores, amistades y compañeros de carrera que, gracias a su invaluable apoyo, me permitieron culminar con éxito mis estudios y me otorgaron grandes lecciones de vida.

LISTA DE TABLAS

| | PAG. |
|--|------|
| Tabla 1. Efectos de las drogas..... | 15 |
| Tabla 2. Incidencia del tipo de droga en el centro Sin Adicciones Perú..... | 32 |
| Tabla 3. Tipo de droga según sexo..... | 33 |
| Tabla 4. Tipo de droga según edad..... | 34 |
| Tabla 5. Tipo de droga según nivel socioeconómico..... | 35 |
| Tabla 6. Tipo de droga según grado de instrucción..... | 36 |
| Tabla 7. Tipo de droga según ocupación..... | 37 |
| Tabla 8. Tipo de droga según funcionamiento familiar..... | 38 |
| Tabla 9. Tipo de droga según dependencia del alcohol..... | 39 |
| Tabla 10. Tipo de droga según dependencia al tabaco..... | 40 |

LISTA DE FIGURAS

| | PAG. |
|---|------|
| Figura 1. Origen es los encuestados: Distritos de Lima | 30 |
| Figura 2. Incidencia del tipo de droga | 32 |
| Figura 3. Incidencia y el tipo de droga según sexo | 33 |
| Figura 4. Incidencia y el tipo de droga según edad..... | 34 |
| Figura 5. Incidencia y el tipo de droga según nivel socioeconómico..... | 35 |
| Figura 6. Tipo de droga según grado de instrucción..... | 36 |
| Figura 7. Tipo de droga según ocupación | 37 |
| Figura 8. Tipo de droga según funcionamiento familiar..... | 38 |
| Figura 9. Tipo de droga según dependencia del alcohol..... | 39 |
| Figura 10. Incidencia y el tipo de droga según dependencia de tabaco | 40 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|---------------|---|
| ATS | Anfetaminas |
| CEDRO | Centro de Información y Educación para la Prevención |
| DEVIDA | Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas |
| ERD | Expertos en reconocimiento de drogas |
| ESO | En España, Educación Secundaria Obligatoria |
| GC/MS | Gas Chromatography coupled to Mass Spectrometry (Cromatografía de gases con espectrometría de masas) |
| I.E. | Institución Educativa |
| LSD | Dietil Amida De Ácido Lisérgico |
| MINSA | Ministerio de Salud |
| OEA | Organización de Estados Americanos |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| PBC | Pasta Básica de Cocaína |
| RIDE | Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo |
| SNC | Sistema Nervioso Central |
| SPA | Sustancias psicoactivas |
| SPSS | Statistical Package for Social Sciences (Paquete estadístico para ciencias sociales) |
| TDAH | Trastorno por déficit de atención con hiperactividad |
| THC | Tetrahidrocannabinol |
| UCV | Universidad Privada Cesar Vallejo |
| UNODC | United Nations Office on Drugs and Crime (Oficina de las Naciones Unidas Contra Las Drogas y el Delito) |
| Urb. | Urbanización |

RESUMEN

Objetivo: Determinar la incidencia y el tipo de droga que se consume en el Centro de Rehabilitación “Sin Adicciones Perú” en Lima Metropolitana, de agosto a diciembre 2020. Material y método: El método fue de tipo cuantitativo, método descriptivo y diseño de corte transversal. La población estuvo conformada por 60 consumidores de droga en Lima Metropolitana. Se seleccionó como técnica la encuesta y el instrumento fue un cuestionario que se tomó en Lima Metropolitana. Se llevó a cabo con la participación del 100% de los pacientes del Centro de rehabilitación “Sin Adicciones Perú”. Los resultados mostraron que la incidencia del consumo de drogas resultó ser alta en un 73.3%, preferentemente, se consumía marihuana (31.7%), la mayoría fueron varones (83.3%) y tenían las edades entre a 20 a 39 años en un 53.3%, con un nivel económico B en el 70% de los casos, contaban con instrucción secundaria (53.3% de los encuestados), con ocupación independiente (46.7%) y se vieron afectados por un nivel de disfunción familiar leve (33.4%). Además, la mayoría no tenían inclinación por el consumo de alcohol (70%) o dependencia al tabaco (60%). Observándose que la mayor parte de pacientes provino de Lima Centro y Norte (66.6%).

Palabras clave: Incidencia, tipo de droga, Lima Metropolitana.

ABSTRACT

Objective: To determine the incidence and type of drug consumed in Metropolitan Lima, during the months of August to December 2020. Material and method: The method was quantitative, descriptive and cross-sectional design. The population was made up of 60 drug users in Metropolitan Lima. The survey was selected as a technique and the instrument was a questionnaire that was taken in Metropolitan Lima. It was carried out with the participation of 100% of the patients of the “Sin Adicciones Peru” rehabilitation center. The results showed that the incidence of drug use turned out to be high in 73.3% (frequent consumption), preferably, marijuana was consumed (31.7%), the majority were men (83.3%) and had the ages between 20 and 39 years in 53.3%, with an economic level B in 70% of the cases, they had secondary education (53.3% of respondents), independent occupation (46.7%) and were affected by a level of mild family dysfunction (33.4%). Furthermore, the majority were not inclined towards alcohol consumption (70%) or tobacco dependence (60%). Finally, most of the patients came from Central and North Lima (66.6%).

Key words: Incidence, type of drug, Metropolitan Lima.

ÍNDICE GENERAL

| | PAG. |
|--|----------|
| Dedicatoria..... | i |
| Agradecimientos..... | ii |
| Lista de tablas..... | iii |
| Lista de figuras..... | iv |
| Lista de abreviaturas..... | v |
| Resumen..... | vi |
| Abstract..... | vii |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| I.1 Planteamiento del problema..... | 2 |
| I.2 Objetivo general..... | 2 |
| I.3 Objetivos específicos..... | 2 |
| I.4 Importancia y alcance de la investigación..... | 2 |
| I.5 Limitaciones de la investigación..... | 3 |
| II. GENERALIDADES..... | 4 |
| II.1. Marco teórico..... | 4 |
| II.2. Antecedentes del estudio..... | 6 |
| II.3. Bases teóricas..... | 11 |
| II.4. Glosario de términos..... | 29 |

| | |
|--|----|
| III. PARTE EXPERIMENTAL | 30 |
| III.1 Diseño de investigación | 30 |
| III.2 Área de estudio..... | 30 |
| III.3 Población y muestra | 30 |
| III.4 Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección | 31 |
| III.5 Análisis estadístico..... | 31 |
| IV. RESULTADOS | 32 |
| IV.1. Presentación y análisis de los resultados | 32 |
| V. DISCUSIÓN | 41 |
| VI. CONCLUSIONES | 47 |
| VII. RECOMENDACIONES | 48 |
| VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 49 |
| ANEXOS | 57 |

I. INTRODUCCIÓN

El abuso de sustancias ha sido un problema de salud pública durante cientos de años. Sin embargo, los profesionales e investigadores de diferentes dominios tienden a adoptar una visión unidimensional basada en su experiencia particular al examinar, explicar y tratar de encontrar soluciones a este complejo problema.¹ Por lo tanto, pueden existir simultáneamente varias perspectivas, a menudo contrapuestas, arraigadas en los paradigmas de la biología, la psicología, la familia, el desarrollo social y las estructuras culturales, lo que agrava el problema. Sin embargo, como el abuso de sustancias se compone de capas de desarrollo individual, influencias familiares y sociales, y condiciones ambientales, se necesita una perspectiva multinivel para analizar su etiología, mantenimiento y consecuencias. Varias teorías y modelos de diferentes paradigmas académicos en diferentes niveles de sistemas sociales deben emplearse concomitantemente para ayudar a examinar y resolver los problemas como parte de un proceso dinámico e integral.² Emplear una perspectiva multinivel de este tipo requiere que los investigadores y los profesionales exploren la interacción de los factores físicos, psicológicos, cognitivos, mentales, familiares, sociales, culturales y ambientales, y que muestren exactamente cómo esa sinergia conduce y/o mantiene el uso de sustancias y la adicción.³

El problema del abuso de las drogas está firmemente arraigado en países en desarrollo como el nuestro, especialmente en Lima Metropolitana, siendo las drogas ilegales más consumidas la marihuana, cocaína, anfetaminas y opioides; esta problemática afecta cada vez más a jóvenes, incluso desde la infancia en hogares disfuncionales; por ello, es que el presente estudio es de suma relevancia ya que el consumo de drogas ilícitas en los adolescentes y jóvenes repercute negativamente en su conducta y personalidad, que están muy arraigadas con problemas legales, según evidencias científicas; asimismo, traen consigo efectos neurológicos y de comportamiento, con la contundente relación droga-delito, ya que crea violencia y agresividad; sin embargo, no todos los adictos son delincuentes pero si presentan un alto riesgo de cometer actos involuntarios por su estado de inconciencia, como el de cometer abusos sexuales, actos vandálicos, agresiones físicas, entre otros.

En la presente investigación, se tuvo como propósito conocer la incidencia y el tipo de droga consumida por pacientes limeños en un centro de rehabilitación con el fin de aportar conocimiento actualizado, y así, poder hacer frente a este problema de salud pública, entendiendo la importancia del tratamiento eficaz, fomentando que, con un diseño planificado de intervenciones preventivas, se logre tener las herramientas necesarias para controlar la drogodependencia.

I.1 Planteamiento del problema

¿Cuál es la incidencia del consumo de droga que existe en Lima Metropolitana, de agosto a diciembre 2020?

I.2 Objetivo general

Determinar la incidencia del consumo de drogas en el Centro de rehabilitación “Sin Adicciones Perú” en Lima Metropolitana, de agosto a diciembre 2020.

I.3 Objetivos específicos

En el Centro de rehabilitación “Sin Adicciones Perú” en Lima Metropolitana, de agosto a diciembre 2020, se buscó:

1. Determinar la relación de sexo, edad y dependencia a las drogas.
2. Definir la relación entre nivel socioeconómico, grado de instrucción y dependencia a las drogas.
3. Establecer la relación entre ocupación, funcionamiento familiar y dependencia a las drogas.
4. Precisar la relación entre dependencia del alcohol, tabaco y dependencia a las drogas.

I.4 Importancia y alcance de la investigación

La adicción afecta a 31 millones de personas en todo el mundo y es un trastorno crónico recurrente que afecta a la población más vulnerable como son los adolescentes y jóvenes con graves consecuencias en el aspecto físico, psicológico,

económico y social; trayendo consigo conductas de alto riesgo, alteración de la personalidad, problemas familiares, abandono de proyectos de vida, depresión, ansiedad y angustia. Por ende, si se inicia precozmente su consumo, será casi inevitable una posterior adicción o dependencia a las sustancias psicoactivas que alteran al sistema nervioso, afectando a los neurotransmisores cerebrales y neuronas necesarias para el buen funcionamiento cerebral. El uso de estas sustancias a largo plazo puede causar problemas en el campo de la memoria, el aprendizaje, la atención, la coordinación e incluso los niveles de coeficiente intelectual.

Por todo lo antes mencionado, es de interés conocer la incidencia y el tipo de drogas consumidas en Lima (Centro de Rehabilitación "Sin Adicciones Perú), para comprender y hacer frente a este problema de salud pública. Con el apoyo de profesionales, es posible apoyar a los afectados por la adicción a sustancias psicoactivas con un tratamiento correctivo inmediato a través de una eficaz promoción / prevención del consumo de droga, a fin de que, puedan rehabilitarse y reintegrarse a la sociedad nuevamente; reduciendo con ello, la elevada tasa de consumo y conseguir que las nuevas generaciones, con un diseño planificado de intervenciones preventivas, logren controlar este gran problema.⁴

I.5 Limitaciones de la investigación

- Entre los pacientes participantes, es frecuente que algunos teman formar parte inicialmente, de la investigación inicialmente debido a causas personales que no dieron a conocer o por temor a que se difundan sus resultados a pesar de haber utilizado un formulario anónimo.
- Se presentaron incongruencias a la hora de rellenar el cuestionario acerca de las drogas de consumo actuales, es decir, comentaron acerca de drogas ilícitas que inicialmente no reportaron oralmente, y muchas veces, expresaron que no era posible recordar el tipo de droga consumida en las reuniones o eventos en los que ingirieron sustancias psicotrópicas debido al estado alterado de consciencia.
- En el Programa de Rehabilitación de la institución Sin Adicciones Perú, figuraban inscritos una cantidad determinada de personas, de los cuales sólo se tomó en cuenta a aquellos que podían llenar el formulario por ser pacientes y se excluyó a personas que se encontraban laborando en la institución.

II. GENERALIDADES

II.1. Marco teórico

Se estima que las consecuencias adversas para la salud del uso de drogas son muy graves y generalizadas, ya que 35 millones de personas padecen serios trastornos por su consumo requiriendo servicios de tratamiento actualmente. Asimismo, 271 millones de personas en el rango de los 15 a 50 años han consumido droga a lo largo de su vida; aumentando la incidencia de 5% a 30% en las últimas dos décadas. La droga más utilizada en todo el mundo es el cannabis (188 millones), seguido por los opioides (53 millones), cocaína (25 millones), y anfetaminas (5 millones), por lo que el uso y dependencia de sustancias psicoactivas representan un factor significativo en el incremento de la carga total de morbilidad a nivel mundial.⁵

Además, a nivel mundial, el consumo de drogas ilegales es responsable directa e indirectamente de 11.8 millones de muertes cada año, seguido del tabaco (8.1 millones de muertes) y el alcohol (2.84 millones de muertes). En muchos países el impacto del uso y dependencia de sustancias psicoactivas se relaciona con un amplio conjunto de problemas de salud debido al riesgo cardiovascular que ha ocasionado, con 11.4 millones de casos de defunción de adolescentes y jóvenes. Más del 2% de la población mundial tiene adicción al alcohol o a las drogas ilícitas y más de 350.000 personas mueren cada año por trastornos relacionados por su consumo o sobredosis. En los EE. UU. y varios países de Europa del Este, más de 1 de cada 20 (5%) son dependientes. En el país norteamericano, se observa gran dependencia por las drogas ilícitas, mientras que el alcoholismo es mucho más común en Rusia y Europa del Este. El consumo a largo plazo, se relaciona con trastornos psiquiátricos, que se presentan mucho más en hombres que en mujeres, además de enfermedades cardiovasculares (17.8 millones), respiratorias (3.9 millones), problemas digestivos (2.4 millones), afectación renal (1.6 millones), y suicidio, en 1 millón de casos.⁶

Es necesario recalcar que la Organización Mundial de la Salud (OMS), reportó que los continentes con más consumo de drogas ilícitas son Asia, América y Europa,

específicamente, los países de mayor preocupación actual son China, Japón, Corea del Sur, Estados Unidos y Rusia. Por otro lado, los países con menor incidencia de consumo son Perú, India, Filipinas, Arabia Saudita, Turquía y países africanos, sin embargo, estas naciones presentan grandes problemas sociales como, por ejemplo, pobreza, suicidios, además de conductas sexuales riesgosas y falta de educación.⁷

En América Latina, el consumo de drogas presenta una incidencia del 30%, donde, los hombres son consumidores en mayor proporción que las mujeres. Actualmente, se sabe que los opioides presentan una prevalencia baja, aunque se siguen considerando como un gran problema de salud pública en el mundo. Se debe enfatizar también que las drogas más consumidas son la marihuana (16%), cocaína o inhalables (15%), éxtasis (12%) y opioides (10%); subrayando la gran importancia del tratamiento inmediato ante este gran problema social.⁸

En relación a los datos a nivel nacional, el Ministerio de Salud del Perú reportó en el 2018 que las drogas más consumidas son la marihuana, cocaína (PBC), pegamento como Terokal y otros alucinógenos; afectando al sistema nervioso y otorgando efectos como euforia, placer, lo que conllevaría a la adicción, enfermedades crónicas y recurrentes, como ansiedad, depresión, enfermedades cardíacas, reducción de la memoria, paranoia y psicosis. Además, se ha observado alteración de la voluntad, desmayos, mitomanía, agresividad, descuido del aspecto físico, e ingreso a la criminalidad.

En Perú, los datos más actuales revelan que la edad promedio de inicio de consumo de drogas es a los 13 años, siendo las más consumidas: la marihuana 50%, cocaína 30% y opioides 25%; por ende, los toxicólogos deben brindar asesoría a temprana edad a los padres y adolescentes para evitar este terrible flagelo que conlleva a la pérdida de su vida, ya que su comercialización es de fácil adquisición. Mayormente se da en los adolescentes y jóvenes de las familias disfuncionales, permisivas, hijos únicos, rebeldes, hiperactivos, con problemas emocionales y psicológicos, lo cual incentiva a investigar el presente problema que tiene repercusiones físicas, económicas y sociales.⁹

II.2. Antecedentes

- Antecedentes Internacionales

Chalco (2019), en Cuenca: Ecuador, realizó un estudio titulado: “Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados en adolescentes entre 10 y 19 años en consulta externa de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Vicente Corral Moscoso”, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y los factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes que acuden al Hospital Vicente Corral Moscoso. El estudio fue de enfoque cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, y diseño correlacional, muestra 310 consumidores, técnica la encuesta y el instrumento un cuestionario. Los resultados fueron que la prevalencia 33%; el 90,6% provienen de familias disfuncionales y el consumo en el entorno social 32,3%. Las conclusiones fueron que existe una alta prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en la muestra estudiada, se relaciona con factores como la migración de los padres y el consumo social de los adolescentes.¹⁰

Gómez y Naranjo (2020), en Ibagué: Colombia, realizaron un estudio titulado: “Estudio exploratorio de prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en la ciudad de Ibagué”, cuyo objetivo fue explorar y describir los variables socio-espaciales y económicas de la problemática del consumo de SPA. El estudio fue de enfoque cuantitativo, descriptivo, y de corte transversal, la muestra 640 consumidores, la técnica la encuesta y el instrumento un cuestionario. Los resultados fueron que 44% consume 1 sustancia, 27% policonsumo con 2 sustancias, 15% de 3 sustancias, 6% de 4 sustancias y 7% es policonsumidora de 5 y más sustancias; sustancias más consumidas, la marihuana 44%, cocaína 13%, asimismo el éxtasis 6%, también se menciona al LSD 3%, y heroína 1%. Las conclusiones fueron que las campañas de información sobre riesgos y daño asociados al consumo deben ir acompañadas de acciones que promuevan el uso saludable del tiempo libre.¹¹

Fuentes (2016), en México D.F: México, realizó un estudio titulado: “Prevalencia de consumo de drogas en alumnos del último semestre de la carrera de medicina y su repercusión académica”, cuyo objetivo fue conocer el índice del consumo de drogas en alumnos del último semestre de la carrera de medicina, con el antecedente de que ellos son los futuros trabajadores de la salud y que ya conocen sus riesgos y consecuencias. El presente estudio de investigación fue de enfoque cuantitativo, método descriptivo, y de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 108 jóvenes. Los resultados fueron en cuanto al consumo de drogas, el 14% de los jóvenes admitieron que las han probado (siempre en fiestas), de los cuales 8 son hombres y 6 son mujeres, mientras que los 16 alumnos 15% restantes solo han probado marihuana, esto a menudo por invitación de amigos doce alumnos 11%, o por curiosidad nueve alumnos 8%, quince alumnos 13.9% aceptan tener algún problema debido al consumo de alguna droga, que con frecuencia es escolar, asimismo, tres alumnos 2.8% bajaron su promedio y dos alumnos consideran que dicha actividad les absorbe demasiado tiempo. Las conclusiones fueron que es importante que se realicen campañas de prevención en todos los niveles educativos, incluidos el superior, por lo general se enfocan más a alumnos de secundaria y bachillerato, pero el problema es en la educación en general.¹²

Chanila (2015), en Kinondoni: Tanzania, realizó un estudio titulado: “Evaluación de la fuerza y limitaciones del uso de drogas, intervenciones: un caso de municipio de Kinondoni”, cuyo objetivo fue evaluar la fuerza y las limitaciones de las intervenciones de uso de drogas entre jóvenes fuera de la escuela en el Municipio de Kinondoni. El presente estudio de investigación fue de enfoque cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal y diseño correlacional, la muestra estuvo conformada por 80 jóvenes. Los resultados fueron sobre las drogas que más usaban 85% eran de la opinión que las drogas que más se abusaron en Tanzania fueron marihuana, heroína y cocaína, también hubo otras drogas que fueron insignificantes 15%, de las drogas la heroína mencionada tomó la delantera al anotar la frecuencia más alta 98.2%. Las conclusiones fueron que entre las preferencias de los jóvenes están la heroína y marihuana que son drogas de fácil acceso, y pueden ser preparados con suma facilidad.¹³

Faílde et al. (2015), en Vigo: España, realizaron un estudio titulado: “Consumo de drogas en adolescentes escolarizados infractores”, cuyo objetivo fue describir los patrones de consumo de drogas en adolescentes infractores de Galicia escolarizados en 4.º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y compararlos con los de estudiantes no infractores de su mismo nivel educativo y edad. El presente estudio de investigación fue no experimental, descriptivo, enfoque cuantitativo y de corte transversal, muestra 92 estudiantes, la técnica la encuesta y el instrumento un cuestionario. Los resultados fueron que el consumo de marihuana fue de 24,8% fue el más consumido entre los del colectivo de adolescentes infractores, el orden y la prevalencia de las misma fue del cannabis 59,8%. Las conclusiones fueron que los resultados ponen en evidencia la necesidad de intervenciones educativas dirigidas a prevenir el consumo de drogas en este colectivo.¹⁴

- **Antecedentes Nacionales**

Arango (2018), en Lima: Perú, realizó un estudio titulado: “Consumo de drogas y estrategias de afrontamiento al estrés en estudiantes de una universidad privada de Lima Sur”, cuyo objetivo fue analizar la relación entre el consumo de drogas y las estrategias de afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios de una universidad privada de Lima Sur. Investigación fue no experimental, descriptivo, enfoque cuantitativo, de corte transversal y diseño correlacional, muestra 615 estudiantes, técnica la encuesta y el instrumento un cuestionario. Los resultados fueron que el 46.2% de los universitarios se encontraron en un nivel de riesgo moderado en el consumo de drogas, el 20,2% riesgo alto, 92,5% consumen cocaína y 89,4% ingieren sedantes consumo riesgo bajo, resaltándose más en las mujeres, mientras que el 5% presenta un consumo de riesgo alto para ambas drogas, sobresaliendo más en hombres 0.8%. Las conclusiones fueron que, el estilo de afrontamiento más utilizado fue dirigido a la tarea y el menos usado fue el estilo evitativo, se halló una relación estadísticamente significativa del consumo de drogas con las estrategias de reinterpretación positiva y crecimiento, desentendimiento mental, desentendimiento conductual, negación, uso de sustancias y uso de humor y el estilo de afrontamiento evitativo ($\rho = .142$; $p < .05$).¹⁵

Ramírez (2020)¹³, en Lima: Perú, realizó un estudio titulado: “Factores de riesgo de consumo de drogas en adolescentes del barrio El Porvenir del distrito de La Victoria”, cuyo objetivo fue describir el nivel de los factores de riesgos de consumo de drogas que perciben los adolescentes del barrio del Porvenir del distrito La Victoria. El presente estudio de investigación fue no experimental, descriptivo, enfoque cuantitativo y de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 125 adolescentes, la técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento fue un cuestionario. Los resultados fueron que el 82% de los adolescentes consideraron un nivel moderado los factores de riesgos de consumo de droga, el 12% nivel fuerte y el 6% nivel débil y según sexo los varones manifestaron un nivel de 84% moderado, 11% fuerte y 5% débil, respecto a las mujeres 79% moderado, 13% fuerte y 8% débil, en relación al primer consumo de drogas el 41% de los adolescentes varones consumieron droga respecto al 16% de las mujeres. Las conclusiones fueron que, en factores de riesgos individuales, los jóvenes tienen altos niveles de accesibilidad a las drogas, por la aprobación social y autoestima, y por factores de riesgo relacionales los jóvenes tienen altos riesgos por los amigos.¹⁶

Trigozo et al. (2016), en Iquitos: Perú, realizaron un estudio titulado: “Factores familiares asociados al consumo de drogas psicoactivas, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Simón Bolívar, Iquitos”, cuyo objetivo fue determinar la asociación que existe entre los factores familiares y el consumo de drogas psicoactivas, en estudiantes de secundaria de la I.E. Simón Bolívar. El estudio fue no experimental, descriptivo, enfoque cuantitativo, de corte transversal, y diseño correlacional, muestra 323 estudiantes, técnica la encuesta y el instrumento un cuestionario. Los resultados fueron que, los factores familiares, 56% tuvieron estructura familiar saludable, 79,4% disfunción familiar y 56% educación familiar en valores deficiente; en cuanto al consumo de drogas psicoactivas, 78,7% no consume. Las conclusiones fueron que, al asociar los factores familiares y el consumo de drogas, existe asociación estadística significativa entre: estructura familiar y consumo de drogas ($p = 0,013$; $p < 0,05$); funcionalidad familiar y consumo de drogas psicoactivas ($p = 0,047$; $p < 0,05$); educación familiar en valores y consumo de drogas psicoactivas ($p = 0,000$; $p < 0,05$).¹⁷

Saavedra et al. (2015)¹⁵, en Tumbes: Perú, realizaron un estudio titulado: “Prevalencia del consumo de drogas en estudiantes de secundaria de la jurisdicción Andrés Araujo Moran, Tumbes”, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia del consumo de drogas en estudiantes de secundaria de dos Instituciones Educativas del Centro Poblado Menor Andrés Araujo Morán de Tumbes. El presente estudio de investigación fue no experimental, descriptivo, enfoque cuantitativo y de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 140 estudiantes, la técnica utilizada en la investigación fue la encuesta y el instrumento fue un cuestionario. Los resultados fueron que se encontró que la edad de inicio del consumo de drogas fue aproximadamente a los 10 años; el 9,2% de los estudiantes consumen drogas ilegales (marihuana, PBC, cocaína); los hombres consumen en casi el doble con un 41,4% que las mujeres 21,4%, las drogas que más se consumen es la marihuana 10%, pasta básica de cocaína (PBC) 4.2% y cocaína 2.1%. Las conclusiones fueron que el consumo de drogas los motivos que conllevan a iniciarse en el consumo de estupefacientes en los dos sexos, se dan sobre todo por curiosidad, y en menor cantidad debido presión grupal y por cuestiones relacionadas a la familia.¹⁸

Cornejo (2016), realizó una investigación en Callao: Perú, se tituló: “Relación entre el consumo de cannabis sativa y la calidad de vida en un grupo de jóvenes de la Perla Alta, Callao”, cuyo objetivo fue examinar y evaluar la relación que existe relacionado al consumo de marihuana y el estilo de vida de unos jóvenes ubicado en el distrito de la Perla Alta. El estudio investigativo fue de carácter no experimental, fue descriptivo, con un enfoque cuantitativo y también, con un corte transversal, la muestra se conformó por 74 personas jóvenes, el tipo de técnica que se usó en la investigación fue una encuesta y como instrumento, se eligió un cuestionario. Los resultados indicaron que de los estudiantes que consumieron marihuana 1-2 días en el año 2015, el 93,2% se categorizaron con ningún riesgo de abuso, un 6,0% en un riesgo bajo de abuso y en un 0,9% de los casos, se encontró que tenía un alto riesgo de abuso de la mencionada droga. Como conclusión, se pudo obtener que hay una significativa pero negativa relación entre el consumo de *Cannabis sativa* con el estilo de vida de estos jóvenes, a pesar de esto, al estudiar la relación entre variables; se vio que, el empleo de esta droga afecta la calidad de vida del ser humano y que la forma en que nos afectan las

vivencias experimentadas, repercutirá directamente en la utilización futura de la droga.¹⁹

II.3. Bases teóricas

- Droga

Se define como una sustancia que, al ser consumida, tiene como efecto, la alteración de la funcionalidad física y psicológica. Se sabe que las drogas psicoactivas afectan al SNC y trastornan el estado de ánimo, el buen juicio y la conducta humana. Se clasifican en cuatro categorías: depresores, estimulantes, alucinógenos y otros. Estas sustancias se usan voluntariamente con el fin de percibir emociones novedosas y con el fin de alterar el estado psicológico, sin embargo, muchas veces se obtienen de manera ilícita o clandestina en el mercado negro.²⁰

Su obtención representa un gran problema actual por el abundante volumen que se fabrica. Se obtiene de forma natural o semisintética a nivel nacional. Muchas drogas tienen un carácter natural, como en el caso de la marihuana o la hoja de coca, de donde se extrae la cocaína, o pueden conseguirse a partir de plantas (adormidera) de donde se extrae el opio, también, puede tratarse de sustancias totalmente sintéticas como en el caso de las anfetaminas y medicamentos relacionados.²¹

Se pueden encontrar fácilmente en las calles, siendo las principales: los narcóticos, estimulantes, y alucinógenos, pero estos están muy raramente en forma pura porque son elaborados en laboratorios con poco equipamiento y con técnicas muy rudimentarias, como pasa en la selva.²²

Las consecuencias del abuso de drogas presentan serios desafíos en el sistema internacional de fiscalización ya que se encuentran muy difundidas en la población en general, causando daños en la calidad de vida del consumidor. El alcance del problema debe evaluarse mediante técnicas como las encuestas de población que proporcionan información valiosa sobre uso terapéutico, indicadores epidemiológicos clave sobre el uso no médico y estadísticas de muerte por

sobredosis de drogas que se consumen con fines recreativos (sustancias químicas que se consumen para disfrutar el momento, más que por razones médicas). El alcohol, el tabaco y la cafeína se pueden clasificar como drogas recreativas que generalmente se usan para proporcionar placer o mejorar la vida de alguna manera, sin embargo, pueden conducir a la adicción, a problemas sociales y de salud o a la delincuencia.²³

Entonces, el gran ahínco de organismos internacionales respecto al control de la venta ilícita de drogas se centra en primer lugar en aquellas que se obtienen a partir de plantas: heroína, cocaína y marihuana. Estas, se producen principalmente en un número reducido de naciones, por lo que existen numerosas sanciones de carácter legal para limitar su producción y así, la utilización de estas drogas. A pesar de todo esto, la meta de tener un control sobre la fabricación en aquellos países donde se producen se ha tornado cada vez más difícil en los recientes años, sobre todo, por el aumento de la producción de forma ilícita de marihuana en el mundo, incluso, en los países desarrollados, en donde están proliferando laboratorios que producen drogas sintéticas como ketamina o éxtasis. Muchas drogas sintéticas, por ejemplo, el éxtasis (3,4-metilendioximetanfetamina) y las anfetaminas, se pueden obtener de manera local haciendo uso de moléculas químicas disponibles que son muy asequibles (precursores químicos como sustancias necesarias para conseguir el producto).

Respecto a las estadísticas de su consumo, la elección de drogas a nivel nacional varía excesivamente en cada región y, además, los indicadores más visibles de comercialización de droga se registran en las economías más poderosas del mundo, donde los números más considerables de adquisición de drogas se han reportado en el sudeste asiático, cuna principal de elaboración de drogas sintéticas.²⁴

El problema de la adicción a drogas como el tabaco, el alcohol, marihuana y la cocaína se encuentran documentadas en la mayor parte de las naciones pero la cantidad de individuos que emplean estas drogas, muchas veces, no se cuantifica, y desgraciadamente los análisis poblacionales acerca del consumo de marihuana

y anfetaminas (ATS) no suelen ser exactas en comparación a los que consumen heroína y cocaína, lo que demuestra una carencia de estimaciones reales sobre el consumo de droga en varios países.²⁵

- **Consumo de drogas**

Los datos más recientes de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas reportaron que la gente consume drogas por una variedad de motivos, y el inicio del abuso depende de los muchos factores tanto sociales como psicológicos, así como la gran facilidad de obtención de dichas drogas. Muchos de los consumidores inician y perpetúan el uso de drogas debido a que les producen consecuencias agradables y les otorgan una percepción aumentada del entorno. Se conoce que la metanfetamina acrecienta la energía y la excitabilidad, incluyendo a la de tipo sexual, aminora las inhibiciones y otorga mayor confianza en uno mismo. En muchos países ricos, se utilizan por aquellas personas que desean tener una experiencia basada en los efectos específicos que otorga cada sustancia, además es consumida por personas que buscan mitigar la depresión, la angustia, la falta de cariño, y las emociones negativas que en la vida cotidiana experimentan se suelen originar en el entorno familiar. En otros lugares, como en el entorno laboral y al momento de cursar estudios, el uso de estupefacientes provee resultados más concretos, por ejemplo, permite trabajar por extensas jornadas durante la madrugada y tener mayor energía por más tiempo.²⁶

Los consumidores de estupefacientes pueden hacer uso de estas drogas por razones adicionales a los efectos placenteros que se obtiene usualmente ya que estos, van disminuyendo poco a poco sus efectos a medida que se presenta la tolerancia, por lo que se pueden usar otras drogas conjuntas para tener mayor satisfacción y continuar bajo los efectos, evitando los síntomas de abstinencia que se observan seguido a la interrupción del uso de drogas.²⁷

Además, se utilizan principalmente para buscar diversión, relajación, olvidar problemas personales o para buscar un método de escape a la realidad, ganar seguridad en la socialización, reducir la inhibición, evadir responsabilidades, con el

fin de cortar el aburrimiento y el estrés en el día a día, donde, nuestro entorno cercano, como amigos, familiares y medios de comunicación como, las redes sociales tienen el poder de influenciarnos negativamente.²⁸

Se entiende que el problema de la adicción es un tema complicado y aqueja a cada persona de forma diversa, esto depende de la clase de droga elegida, la cuantía usada y la variación del tiempo durante el cual se han consumido. Las drogas que se sabe que producen dependencia física son los opiáceos (el opio y sus derivados) y los depresores del sistema nervioso central, como los barbitúricos y el alcohol. La dependencia psicológica es observada cuando el usuario confía en una droga para producir una sensación de bienestar. El uso de estas puede ocasionar tolerancia y también, dependencia. El efecto adictivo de las drogas se clasifica como un trastorno crónico y difícil de superar que se caracteriza por la apremiante necesidad de conseguir drogas, por la utilización persistente de estas aun cuando existen graves secuelas económicas, sociales y de salud que son muy negativas, también por la pérdida de control en la forma de actuar del individuo.

Es necesario recalcar que la OMS emplea la terminología de “dependencia de sustancias” en vez de la palabra “drogadicción”; sin embargo, ambos términos se utilizan sin distinción con el fin de referirse a la persona que padece del problema de abuso de estupefacientes. Frecuentemente, estas formas ampliamente aceptadas para entender el problema de la dependencia a las drogas o el abuso de estas cumplen con tres o más de los factores presentados a continuación que tienen que encontrarse imprescindiblemente para puntualizar la subordinación a sustancias de abuso que se consideran como ilícitas.

Tabla 1. Efectos de las drogas. Fuente: OMS (2018).⁴

| TIPOS DE DROGAS | DROGA ESTIMULANTE | DROGA DEPRESORA | |
|---|---|---|---|
| | La cocaína, la metanfetamina y las anfetaminas recetadas. | Marihuana | Opioides |
| RAZÓN DE CONSUMO | Aceleran el SNC, mayor frecuencia cardíaca, temperatura y presión arterial. Mayor energía, estado de alerta y vigilia. Suprime el apetito y aumento de dopamina. | Interactúa y se une a los receptores de cannabinoides en el cerebro, produciendo un efecto relajante. | Bloquean las sensaciones de dolor, inducen sueño, reducen la temperatura corporal y disminuyen la frecuencia cardíaca, la presión arterial y las funciones respiratorias. |
| FARMACOCINÉTICA – FARMACODINAMIA | Con estimulantes presentes, se bloquea el proceso de reciclaje normal de dopamina, lo que resulta en una acumulación de este en la sinapsis, lo que contribuye a los efectos placenteros. | Unión a receptores cannabinoides e interfiere con los niveles de dopamina, provocando euforia. La biodisponibilidad por inhalación es del 11% al 45%, mientras que por la vía oral del CBD es de aprox. El 6% en humanos. | Se unen a los receptores opioides, liberando dopamina. Los medicamentos opioides interrumpen la producción natural de norepinefrina y actúan como depresores del sistema nervioso central. |
| EFEECTO NEGATIVO | Muy adictivas y su abuso puede provocar paranoia y provocar arritmias, paro cardíaco, hipertensión, convulsiones, derrame cerebral y muerte. | Puede impedir el recuerdo de eventos recientes, afecta la coordinación y los movimientos musculares involuntarios, hay alteraciones de ánimo, psicosis, problemas respiratorios, tos crónica y bronquitis. Puede alterar el ritmo cardíaco. | El uso crónico a largo plazo resulta en deterioro de la materia blanca cerebral, afectando en la respuesta al estrés, en las emociones y toma decisiones. Las complicaciones pulmonares y del corazón son una consecuencia común que resulta en depresión respiratoria que puede ser fatal. |

La sintomatología mencionada incluye síntomas de tolerancia, de abstinencia, grandes cantidades de drogas consumidas, intentos fallidos por controlar su uso, el tiempo cuantioso destinado a adquirir la sustancia, la disminución de socialización y actividades relacionadas a la ocupación que se deben al abuso, su uso continuo también, incluyendo a aquellos problemas que son tipificados como físicos o psicológicos.²⁹

En otras palabras, la utilización reiterativa de estupefacientes nace de los efectos químicos y neurológicos que provocan sintomatología de refuerzo positiva para el sistema nervioso, y conllevan a alteraciones biológicas en los circuitos eléctricos de

recompensa del cerebro y las conductas que caracterizan a la adicción, que son: tolerancia, sensibilización, dependencia, abstinencia y ansia. La transformación del consumo eventual de drogas al problema de la dependencia también implicaría la disminución de emociones negativas (síntomas de abstinencia), que se pueden comprender como causas importantes para el consumo coercitivo de las drogas.³⁰

- **Factores de riesgo**

Las investigaciones en países de altos, medianos y de bajos ingresos, con escalas visiblemente altas de consumo de marihuana y otras drogas, han evidenciado un orden común en el tiempo para el comienzo de la adquisición de drogas donde se observa un inicio en el consumo de alcohol y tabaco, seguido por la marihuana e incluyendo otros grupos de drogas a medida que se tiene mayor edad. Además, se ha visto un aumento en el abuso de opioides recetados, especialmente en personas más jóvenes. Entonces, existe una asociación entre el consumo de alcohol, cigarrillos y/o marihuana durante la adolescencia y el posterior abuso de opioides recetados durante la adultez temprana.

El consumo de drogas de abuso puede perpetuarse cuando se alcance la mayoría de edad, esta perpetuidad del consumo podría evitarse, si la persona encuentra un entorno favorable, aumentando así la probabilidad de continuar con sus estudios, conseguir una relación de pareja estable, casarse o conseguir un buen trabajo. Se sabe que, en estos casos, el uso de drogas se reduce, sobre todo, cuando se tiene prole y cuando se unen a la fuerza laboral del país.

También, se debe mencionar que los factores de riesgo para la continuación del consumo se dividen en: sociales y contextuales, familiares, individuales y por afiliación de pares, sobre todo en la adolescencia. Los factores que son esenciales en el contexto social y contextual que incrementan la posibilidad de uso de drogas son la disponibilidad inmediata de estas, el hecho de fumar y tomar alcohol cuando se es muy joven (niñez y adolescencia), también, las normas sociales que normalizan consumo alcohólico.³¹

Las circunstancias familiares que incrementan la posibilidad de consumir drogas cuando se es adolescente y cuando se está en edad adulta son la falta de comunicación que se da entre hijos hacia los padres, los conflictos intrafamiliares, entre los componentes individuales, se encuentran: ser hombre, características de la personalidad que impulsan al interés por emociones inéditas o desconocidas que implican la indagación de nuevas sensaciones, problemas y trastornos conductuales desde la niñez, conductas rebeldes, el bajo desempeño en el colegio, bajo interés por el estudio, buscar amigos con personalidad antisocial y reunirse con personas con dependencia a las drogas; este último es un vaticinador muy fuerte en la iniciación del consumo de los adolescentes y adultos. Los jóvenes que comienzan el uso de psicoactivos, suelen haber estado rodeados de muchos problemas familiares y de índole social. Entonces, se debe conocer que existen familias altamente funcionales, moderadamente funcionales y disfuncionales. Para entender esto, se ha definido que las que son funcionales cuentan con una comunicación abierta, pensando en el bienestar de los integrantes. Por lo tanto, existe comunicación, armonía, autoestima y positiva expresión de afectos. Respecto a las moderadamente funcionales, existe una expresividad media entre los miembros de la familia. Así, todos los integrantes no tienen la confianza para comunicar sus sentimientos, haciendo difícil, la armonía, afectando la autoestima. Finalmente, existen las familias disfuncionales, donde solo hay una expresiones violentas o negativas aumentando la cantidad de peleas, fomentando el alcoholismo, la violencia, la drogadicción y la delincuencia. Las que son severamente disfuncionales no conocen la forma de demostrar cariño, afectan a la autoestima de los integrantes, se observa alcoholismo, violencia, drogadicción o delincuencia intrafamiliar como algo cotidiano.³²

- **Tipos de drogas**

Los estupefacientes se clasifican de acuerdo a las consecuencias en la persona, es así que, se dividen en siete prototipos distintos de drogas, cada uno con sus propias y únicas peculiaridades, consecuencias y riesgos. Estos involucran a los estimulantes, depresores, alucinógenos, disociativos, opioides, inhalantes y marihuana. Una verdad devastadora sobre el abuso de estupefacientes es que no

solo afecta al que consume sino también, afecta, a los amigos, a la familia, a las relaciones de pareja, a los compañeros de trabajo, etc.

Es difícil especificar cuándo el uso lúdico de drogas en los jóvenes que desencadena realmente una adicción o dependencia, los peligros psicológicos y físicos de su consumo son variados; por ello, es crucial que se entiendan los motivos subyacentes de la adicción a las drogas, desde el abuso de fármacos que se recetan que generan dependencias.³³

- **Marihuana**

La marihuana se ha considerado valiosa ya que data de 2700 a. C. y se usaba como analgésico, anestésico, antidepresivo, antibiótico y sedante. Por lo general se usaba externamente (p. ej., como bálsamo o fumado) y en el siglo XIX d.C., se administró para tratar la gonorrea y la angina de pecho. Actualmente, en Perú, la cantidad de consumidores de *Cannabis sativa* (la hierba) es alta en la capital y sus nombres más comunes son "mota", "mafu", "juana", "juanita" y es también llamada "hierba". Se han encontrado diversas preparaciones en la capital, entre ellas, moño (a partir de hojas de marihuana y Skunk ('mofeta') que es una variedad de cannabis de alta potencia psicoactiva.). Algunos, la consumen en cigarrillos enrollados a mano, en pipas (llamadas "bongs").³⁴

En sus formas más fuertes, se prepara sin semilla, de plantas femeninas especialmente cuidadas y de resinas concentradas que contienen altas dosis de ingredientes activos, incluido el aceite de hachís similar a la miel. Estas resinas son cada vez más populares entre quienes las usan recreativamente, siendo el principal químico psicoactivo en la marihuana el Δ -9-Tetrahidrocannabinol, responsable de la mayoría de los efectos intoxicantes que los consumidores buscan, este químico se encuentra en la resina producida por las hojas y brotes especialmente en la planta hembra. La planta también contiene más de 500 otros productos químicos, incluidos más de 100 compuestos que están químicamente relacionados con el THC, llamados cannabinoides.³⁵

Su consumo está muy extendido entre adolescentes y adultos jóvenes con creciente popularidad de los dispositivos de vaporización. Se ha comenzado a vaporizar el THC (ingrediente que produce los efectos psicológicos) al fumar marihuana buscando que el THC y otras sustancias químicas en la planta pasen de los pulmones al torrente sanguíneo, llevando sus efectos hasta el cerebro. El consumidor comienza a experimentar efectos casi de inmediato, con la presentación de euforia y sensación de relajación. Los efectos pueden variar entre diferentes consumidores e incluyen una percepción sensorial elevada (ver colores más brillantes), percepción alterada del tiempo y aumento del apetito.³⁶

- **Cocaína**

Se deriva de las hojas de coca (*Erythroxylum coca*) y se cultiva en Bolivia, Perú y Colombia. Su fabricación se lleva a cabo en laboratorios remotos de la selva donde la materia prima sufre una serie de transformaciones químicas. Tiene diversos nombres en español, como: farlopa, coca, nieve, perica, ralla, tirito, tema, merca, zarpa, dama blanca, farla y polvo. Al crack -mezcla de cocaína con bicarbonato- se le llama también rocas, chulas, pops, piedras, riris, niñas, duras, hielos, rock&roll, rockstars, chespi o chifle. Se comercializa como un polvo blanco que se ha convertido en una de las drogas más conocidas, y la droga dura que más se consume en el mundo. Se le dio la fama de la droga de los ricos que con el paso del tiempo esto se ha ido disipando, ya que está en todos los estratos sociales. Una de las formas más comunes de consumo es el clorhidrato de cocaína, denominada polvo de coca, consumido en la forma popular de “rayas de coca” pero existen distintas formas de consumirlo con diferentes efectos.³⁷

La mayoría de consumidores inhalan cocaína, la trituran, dividen en líneas y la inhalan por la nariz, que es la forma más común de consumo, produciendo daño en el tabique nasal, especialmente si no se ha triturado bien. Algunos encuentran que cambiar el consumo entre las fosas nasales ayuda, y algunos enjuagan las fosas nasales con agua o solución salina después de su uso.

Normalmente tiene un sabor y olor amargo, mientras que la cocaína “crack” puede oler a plástico quemado o caucho. La pasta básica de cocaína y el crack se fuma por medio de un tubo de vidrio, una botella de plástico o menos comúnmente con pipas hechas con papel aluminio. Otra forma conocida es por inyección, se puede preparar en polvo para hacer una solución, que lo hace más peligroso que al inhalar o fumar esta droga. Las consecuencias que produce son sensación de felicidad momentánea.³⁸

El consumo de la cocaína y sus derivados van a producir cambios en la fisiología del consumidor: acelera la respiración, eleva la temperatura corporal al acelerar el metabolismo, produce inapetencia, ansiedad y pánico que se incrementa según la dosis. También puede aumentar sensaciones, por esto, se consume para producir mayor placer en el acto de la relación sexual.³⁹

- **Anfetaminas**

El estudiante de doctorado Lazar Edeleanu, un químico rumano, fue el primero en sintetizar anfetamina en 1887, pero abandonó su investigación. Los científicos tardaron otros 40 años en revisar la sustancia química. Cuando lo hicieron, descubrieron sus potentes efectos farmacológicos en el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), la narcolepsia y la obesidad. También, se han obtenido estimulantes de tipo anfetamínico (ATS) que son un grupo de tipos de drogas ilícitas sintéticas que incluyen metanfetamina, éxtasis y metanfetamina cristalina.⁴⁰

Pueden estar en forma de polvo, tabletas, cristales, cápsulas y empaquetadas en láminas (papel de aluminio), bolsas o globos pequeños cuando se venden ilegalmente. Además, el polvo de anfetamina puede variar en color de blanco a marrón y a veces puede tener rastros de gris o rosa. Presentan un fuerte olor y sabor amargo.⁴¹

Estas drogas usadas fuera del contexto médico tienen efectos que incluyen inquietud, acné y visión borrosa y los más raros incluyen convulsiones, problemas cardíacos y psicosis.⁴²

- **Opioides**

Son una clase de medicamentos que se encuentran en forma natural en la planta de la adormidera. Funcionan en el cerebro produciendo una variedad de efectos, incluido el alivio del dolor, son recetados como analgésicos, al bloquear las señales de dolor entre el cerebro y el cuerpo. Generalmente se recetan para tratar el dolor moderado a intenso, producen relajación, sensación placentera, por lo que pueden ser adictivas. Los efectos más comunes son problemas gastrointestinales como estreñimiento, náuseas y vómitos. Los efectos adversos en el sistema nervioso central también son comunes, como problemas de concentración, confusión, sueño y problemas de memoria. Con el uso continuo, se puede desarrollar una tolerancia a algunos de los efectos adversos, pero el estreñimiento no desaparece y, por lo general, debe tratarse.

Por esta razón, los médicos ahora son más reacios a recetar opiáceos. De hecho, debido a la epidemia de abuso de opiáceos, se están cambiando los protocolos para la prescripción de opiáceos para el alivio del dolor crónico no relacionado con el cáncer, para frenar el riesgo de adicción, abuso y sobredosis de estos por parte de pacientes a quienes se les han recetado para manejo del dolor. Hasta el 80% de los pacientes que requieren de opioides experimentan al menos un efecto adverso.

A menudo, los pacientes con dolor crónico presentan trastornos psiquiátricos en forma concomitante, como depresión, ansiedad y negatividad. Pueden informar que presentan mayor intensidad del dolor, mayor discapacidad relacionada con el dolor y niveles más altos de estrés emocional con respecto a su dolor, lo que agrava estos efectos adversos. Alrededor del 10 % de los pacientes en realidad desarrollan depresión mientras toman opioides.⁴³

Asimismo, es frecuente el trastorno por uso de opioides, que consiste en un deseo abrumador de consumirlos, aumento de la tolerancia y síndrome de abstinencia cuando se interrumpe el uso. El trastorno incluye dependencia y adicción. Esta última representa la forma más grave del trastorno. De igual forma, los pacientes pueden perder la tolerancia a un opioide si no se consume el fármaco durante un período de tiempo, como durante la rehabilitación, el encarcelamiento o un período de abstinencia exitosa en el proceso de recuperación. Debido a esta pérdida de tolerancia, los pacientes son más vulnerables a la sobredosis de opioides y la muerte si luego vuelven a las mismas dosis de opioides a las que habían sido tolerantes anteriormente. Se debe tener precaución durante estos períodos de tiempo vulnerables y se debe mantener a los pacientes con un medicamento para el trastorno por uso de opioides para minimizar el riesgo de recaída, sobredosis y muerte. También se debe explicar a los pacientes este cambio para que sepan que deben tener cuidado si vuelven a consumir drogas.⁴⁴

- **Consecuencias de la drogadicción**

Es común observar efectos a largo plazo debido al consumo de drogas incluso después de dejar de consumir estas sustancias. Se debe recordar que la inyección de drogas directamente en el torrente sanguíneo tiene un impacto inmediato y potente, teniendo efectos cardiovasculares fatales en muchas ocasiones, mientras que la ingestión de sustancias suele tener un efecto retardado. Es resaltante la gran afectación que se presenta a nivel del sistema nervioso central, debido al gran potencial adictivo que se explica por las grandes cantidades de dopamina liberadas, efecto que otorga sensaciones de placer de gran intensidad.⁴⁵

Los trastornos por uso de sustancias están asociados con una amplia gama de efectos en la salud a corto y largo plazo. Pueden variar según el tipo de droga, la cantidad y la frecuencia con que se toma y el estado de salud general de la persona. En general, los efectos del abuso y la dependencia de las drogas pueden ser de gran alcance, pueden afectar a casi todos los órganos del cuerpo humano. Es necesario resaltar que el consumo de drogas y otras enfermedades mentales a menudo coexisten. En algunos casos, los trastornos mentales como la ansiedad, la

depresión o la esquizofrenia pueden preceder a la adicción. En otros casos, el uso de drogas puede desencadenar o empeorar esas condiciones de salud mental, particularmente en personas con vulnerabilidades específicas. Además, la intoxicación grave está presente en alrededor del 30% al 40% de los intentos de suicidio.⁴⁶

Los efectos de la drogadicción pueden incluir: un sistema inmunitario debilitado, lo que aumenta el riesgo de infecciones, además, se presentan condiciones cardíacas que van desde frecuencias anormales hasta venas colapsadas y enfermedades transmisibles por drogas inyectables. También pueden provocar inapetencia y pérdida de peso, aumento de problemas hepáticos, convulsiones, derrame cerebral, confusión y daño cerebral. Puede observarse, enfermedad pulmonar, problemas de memoria, y confusión al momento de la toma de decisiones. Todo lo anterior demuestra que el abuso de sustancias es uno de los principales problemas en el mundo actual, con millones de personas que abusan de drogas legales e ilegales. Tanto las drogas de abuso como las infecciones están asociadas con una enorme carga de consecuencias sociales, económicas y de salud.⁴⁷

- **Incidencia de la drogadicción en el Perú**

Si bien el tema de la drogadicción y narcotráfico es un tema complejo en América del Sur, normalmente es Colombia, con mayor número de laboratorios ilegales a nivel mundial en el ámbito de producción de drogas, sin embargo, estos números no están lejanos a la situación peruana en cuanto a la cantidad de área dedicada a la producción coca y su fabricación. Aproximadamente la mitad de la cocaína mundial se origina en Colombia y Bolivia, sin embargo, Perú es uno de los principales productores de droga en el mundo, la distribución en todo el territorio nacional queda a cargo de los carteles de la droga.⁴⁸

Es importante hacer mención de las investigaciones de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas en el 2018 que indican que en el Perú tiene una tendencia a la estabilización en los indicadores de consumo de drogas; sin embargo, el problema no es menor pues la adicción de por sí se vincula con un

dramático proceso de deterioro personal, familiar y comunitario en términos de salud física y mental, así como en forma de violencia, delincuencia y desintegración social. De igual forma, respecto a las estrategias y acciones de control de la exportación de las drogas cocaínicas, principalmente al mercado norteamericano, europeo y asiático; los métodos de interdicción que buscan desarticular las grandes mafias de traficantes, sumado a las acciones de los diversos programas de sustitución de cultivos de plantaciones de la hoja de coca entre otros factores, han contribuido en una mayor disponibilidad de drogas cocaínicas, marihuana y otras sustancias en el mercado interno del país dentro de un proceso de significativo abaratamiento de los precios, fenómeno observado en Lima y otras ciudades urbanas del Perú. La mayor parte de estupefacientes proviene de zonas de la selva como el VRAEM en las provincias de Cusco, Apurímac, Ayacucho, Huancavelica y Junín. Estas producciones son distribuidas por distintos carteles de la droga que se encargan de masificarlo a nivel nacional e internacional, las principales áreas de cultivo son Alto Huallaga, Apurímac- El Ene, La Convención y Lares, donde se encuentran grandes plantaciones de coca, las producciones pequeñas y se encuentran situadas en Aguaytía, Inambari-Tambopata y Palcazi-Pichis-Pachitea.⁴⁹

Los extensos cultivos y la gran cantidad de laboratorios clandestinos demuestran la complejidad del problema de las drogas en el Perú. Es sabido que en el 2020 se reportó un aumento en el consumo de marihuana, siendo esta droga la predilecta por la población juvenil, y el inicio de su consumo se caracteriza por la ingesta de alcohol y consumo de tabaco en forma precoz. El comienzo del abuso de sustancias se relaciona con una gran tasa de abandono y falta de educación en el hogar, asimismo, se encontró gran prevalencia de familias disfuncionales. Adicionalmente, es cierto que el consumo de marihuana se correlaciona con el consumo de drogas más duras, pero también lo hace el consumo de alcohol y tabaco. No tiene que haber un vínculo causal entre la marihuana o el alcohol y las drogas más duras; podría ser que las circunstancias que llevan a alguien al consumo de la marihuana o al alcohol (aburrimiento, depresión, círculos sociales) pueden llevarlos fácilmente a otras drogas.⁵⁰

En la sociedad actual, se suele tener la opinión de que la drogadicción tiene un origen social que incluye a padres, adolescentes, y cualquier otro miembro de la comunidad debido al escaso conocimiento, a los problemas psicológicos y a las tendencias delincuenciales o criminales desde muy temprana edad.⁵¹ Esta problemática tiene repercusiones mucho más profundas, en sus inicios suelen esconder su adicción a su entorno. Los casos de drogadicción se extienden a toda clase de personas sin diferencia en la clase social, la educación, en la religión, ni en la edad, es así que se puede observar consumidores asiduos de diferentes edades y de toda clase social.

Asimismo, la drogadicción tiene relación con el fracaso escolar, con la disociación familiar, con el aislamiento social. Es así que en el ámbito laboral repercute en las horas de trabajo perdidas o improductivas y eventualmente en despido laboral. Suelen verse rupturas de pareja, problemas familiares, también se presentan episodios de actos delictivos como robos por la necesidad de consumo que va en incremento, problemas económicos, así como también, el deterioro en los diferentes ámbitos sociales.⁵²

- **Consumo de drogas en Lima Metropolitana**

Es un problema complejo que incluye diversos factores. Los científicos han propuesto varias explicaciones de por qué algunas personas se involucran con las drogas y luego escalan al abuso. Una explicación apunta a una causa biológica, como los antecedentes familiares de abuso de drogas o alcohol. Otra explicación es que el abuso de drogas puede deberse a la afiliación con compañeros que han caído en la drogadicción, lo que, a su vez, expone al individuo a otras drogas.

Se debe tener en cuenta que la magnitud del consumo en Lima es muy visible ya que, más de un millón y medio de peruanos, en algún momento de sus vidas usaron drogas. Aparte de eso, los estudios científicos realizados durante las últimas dos décadas proporcionan evidencia que tiende a mostrar que el consumo de drogas es uno de los factores que pueden explicar por qué algunas personas cometen actos delictivos. Por ejemplo, muchas personas que han desarrollado una adicción

a drogas costosas como la heroína y el crack/cocaína y no pueden pagar su adicción cometerán delitos para poder comprar drogas. Se pueden utilizar una serie de factores sociales, psicológicos y culturales para identificar a las personas que corren el riesgo de convertirse en delincuentes y/o consumidores de drogas. Los factores que pueden explicar tanto el consumo de drogas como la actividad delictiva incluyen la pobreza, la falta de valores sociales, los trastornos de personalidad, la asociación con consumidores de drogas y/o delincuentes y la pérdida de contacto con los agentes de socialización.⁵³

Por otro lado, el consumo de drogas legales como el alcohol y tabaco presentan una gran incidencia en el Perú y la mayor parte de limeños consumieron drogas alguna vez en sus vidas, ya sea por invitación o sugerencia de amigos cercanos, también, por curiosidad, siendo la edad un factor básico y determinante en el inicio del consumo de drogas, además se encuentra que la gran mayoría de consumidores son de género masculino.

Es destacable que las sustancias ilegales son mayormente elegidas por los dependientes de las drogas, incluso sobre el tabaco y el alcohol. Actualmente, la droga más común y popular es la marihuana, esto se debe a su fácil disponibilidad para adquirirla, no obstante, la pasta básica de cocaína (PBC) también tiene una gran acogida, seguida por los opioides, anfetaminas, etc.

Además, la prevalencia etaria que destaca por su mayor consumo de drogas ilegales se encuentra en jóvenes de edades comprendidas entre los 12 a 29 años, siendo la edad de inicio desde los 12 a 18 años en el caso de la marihuana y en el caso de PBC, la edad de inicio se encuentra entre los 15 a 50 años, la cocaína a la edad de 15 a 40 años y el éxtasis a la edad de 18 a 60 años.

A nivel mundial, es de resaltar que el mayor consumo de sustancias puede hallarse en las poblaciones más pudientes y con mejor educación, ya que se puede ver que en los estudiantes de las universidades de más prestigio, el consumo de manera regular es más accesible, así como también, se debe mencionar que en Lima Metropolitana, los consumidores suelen caracterizarse por ser estudiantes de nivel

secundario con un marcado incremento en el consumo de marihuana e inhalantes tales como el PBC, y la cocaína, donde los distritos con mayor consumo están en Comas, Rímac, San Martín de Porres, Villa El Salvador y La Perla.⁵⁴

En los inicios del consumo de droga, los jóvenes se ven influenciados inicialmente por compañeros o amigos que consumen drogas en el barrio, también, por compañeros de estudio en el colegio o universidad. Muchos factores influyen en si un adolescente probará las drogas o no, incluyendo la disponibilidad de drogas en el vecindario, la comunidad, la escuela y personas allegadas. El entorno familiar también es importante: la violencia, el abuso físico o emocional, la enfermedad mental o el consumo de drogas en el hogar aumentan la probabilidad de que un adolescente consuma drogas. Ahora bien, la vulnerabilidad genética heredada, rasgos de personalidad de control deficiente de los impulsos o una gran necesidad de emoción, condiciones de salud mental como depresión, ansiedad y creencias tales como que las drogas son “geniales” o inofensivas, hacen que sea más probable que una persona joven consuma drogas.

Otras de las particularidades del consumo de drogas es su accesibilidad que es el medidor de la proximidad de las drogas a los consumidores, esto quiere decir que, los lugares en donde se las adquieren son determinantes en el inicio y posible adicción a las drogas, determinado por las ansias de conseguir psicotrópicos para aumentar la confianza y la autoestima. La accesibilidad a estas drogas se encuentra en el orden siguiente: la marihuana, PBC, cocaína, y el éxtasis. Sin embargo, la aquiescencia en referencia al consumo de las mismas en la población de adolescentes y jóvenes siempre es el punto de partida ante el consumo de sustancias ilegales. En la mayoría de los casos, solo una porción menor de limeños está dispuesta a consumirlas si en el transcurso de sus vidas alguien se los recomienda, no pasa lo mismo en los distritos de alto consumo y con visible micro comercialización, donde el ofrecimiento de drogas es un punto relevante con respecto al consumo de drogas.⁵⁵

La micro comercialización es un tema importante que debe ser abordado, pues por este medio es que estas drogas llegan al consumidor final. Las diferentes etapas

de comercialización se inician en los carteles de la droga que se encargan de acopiar las cantidades de drogas de las diversas partes del Perú y son estos carteles que disponen la distribución en Lima proveniente de las zonas como el VRAEM, Alto Huallaga, etc. El transporte se da de manera clandestina por carretera en furgonetas camufladas para poder evadir los distintos controles o garitas de ingreso a la capital, para que esta droga llegue al consumidor.⁵⁶

En la mayoría de los casos, los puntos de venta de drogas no se localizan en un punto específico de venta dada su condición de ilegalidad penado por la ley. Casi siempre, la vinculación con vendedores de drogas se da mediante recomendaciones de amigos que proporcionan contactos de venta ambulatoria al menudeo. El desconocimiento de los puntos de venta hace que sean muy difícil combatir, por indagaciones de inteligencia u operativos policiales, la micro comercialización.⁵⁷

Finalmente, cabe destacar que los jóvenes que caen en la desgracia de la drogadicción y abusan persistentemente de sustancias psicoactivas, a menudo experimentan una variedad de problemas posteriores, que incluyen dificultades académicas, problemas relacionados con la salud mental o física; relaciones deficientes con sus compañeros e incursionan en la vida delictiva. Además, las consecuencias recaen en los miembros de la familia, la comunidad y toda la sociedad con graves daños sociales. Entonces, el abuso de consumo se relaciona con incremento de la criminalidad, con efectos como destrucción de la propiedad, agresión a familiares, deterioro en las relaciones sentimentales, posibles violaciones y quebrantamiento de la ley.⁵⁸

II.4. Glosario de términos

Incidencia. Se refiere al número de individuos que desarrollan nuevos casos de una enfermedad específica o experimentan un evento relacionado con la salud durante un período de tiempo (como un mes o año).

Prevalencia. Alude al número total de individuos en una población que tienen una enfermedad en un período de tiempo específico, generalmente expresado en porcentaje de la población.

Droga. Es una sustancia que altera la función física y psicológica, pueden ser legales (alcohol, cafeína y tabaco) o ilegales (cannabis, cocaína, anfetaminas, opioides, éxtasis y heroína), entre otros.

Drogas psicoactivas. Afectan el sistema nervioso central, alteran el estado de ánimo, pensamiento y comportamiento, pueden dividirse en 4 categorías: depresores, estimulantes, alucinógenos y otros.

Consumo de droga. Es aquella medición ya sea de incidencia o prevalencia de los individuos que hacen uso indebido de las drogas ilícitas para ser dependientes o adicción a sustancias psicoactivas.

Abuso de drogas. Se aplica normalmente al uso excesivo y adictivo de drogas, que pueden tener graves efectos fisiológicos y psicológicos, así como sociales, muchos gobiernos regulan su uso.

Tipo de droga. Son el conjunto de sustancias adictivas conocidas como estimulantes (cocaína, éxtasis, heroína), depresores (cannabis o marihuana), analgésicos (opioide, heroína) y alucinógenos (LSD).

Adicción o dependencia. Es una patología consistente en depender de una sustancia alucinógena que afecta el sistema nervioso central, funciones cerebrales, con alteración comportamental del consumidor.

III. PARTE EXPERIMENTAL

III.1 Tipo y diseño de investigación

De acuerdo con los propósitos que persigue la investigación, fue de tipo aplicada, porque confronta la teoría con la realidad. En cuanto al diseño, es una investigación descriptiva porque se interpreta la situación actual, fue cuantitativa porque la investigación se fundamenta en la medición numérica de los fenómenos ocurridos en el medio basados en la estadística para detallar las características principales de los datos y fue de corte transversal porque el estudio se realizó en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

III.2 Área de estudio

La población de estudio estuvo constituida por 60 consumidores de drogas perteneciente a Lima Metropolitana que estuvieron recibiendo atención en el Centro de rehabilitación “Sin Adicciones Perú”, de agosto a diciembre 2020.



Figura 1. Origen de los encuestados: Distritos de Lima. Fuente: Elaboración propia, basada en Los 43 distritos de Lima y Callao, 2015.

III.3. Población y muestra

- Tamaño de muestra

Para la obtención del tamaño de la muestra del estudio no se utilizó el cálculo del

muestreo probabilístico aleatorio simple, por ser una muestra finita; quedando la población muestral conformada por los 60 participantes.

- **Selección de muestra**

Se incluyó a los consumidores de drogas perteneciente a Lima Metropolitana que recibieron rehabilitación en el Centro de rehabilitación “Sin Adicciones Perú”, de agosto a diciembre 2020, de ambos sexos, adolescentes, adultos jóvenes, maduros y mayores, que aceptaron participar voluntariamente previa firma del consentimiento informado y se excluyó a comercializadores de drogas, consumidores de drogas que estuvieron en las cárceles, que presentan alteraciones de conciencia y alteraciones mentales.

III.4. Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de información

- Técnica: Encuesta - La cual constó de introducción, instrucciones, datos generales y específicos. Para conocer la incidencia, se utilizó el siguiente análisis:

Tasa de incidencia = Número de casos nuevos en un periodo dado

Total de consumidores de drogas

Para la recolección de datos se solicitó la autorización mediante una carta de presentación dirigida al director del Centro de rehabilitación “Sin Adicciones Perú”. A continuación, se inscribió el estudio en la Oficina de Docencia e Investigación de la institución. Luego se coordinó con el Dpto. de Psicología/Bienestar social para conocer a los participantes y realizar un cronograma de recolección de datos. Se realizó la encuesta en el mes de diciembre del 2020, en un lapso de 20 a 30 minutos por cada uno de los participantes.

III.5. Análisis estadístico

Luego de recolectar los datos, se procesaron los mismos en una tabla matriz y se codificaron usando el programa estadístico SPSS y Excel para la presentación de tablas/gráficos, es así que, fue posible hacer el análisis considerando el marco teórico para su posterior discusión. Seguidamente, se determinaron los resultados en forma general y específica según los hallazgos y/o reportes encontrados.

IV. RESULTADOS

IV.1. Presentación y análisis de los resultados

Tabla 2. Incidencia del Tipo de droga que se consume en el centro de rehabilitación Sin Adicciones Perú en Lima Metropolitana, de agosto a diciembre 2020. Fuente: Elaboración propia.

| Incidencia del consumo de droga | Tipo de drogas | | | | | | | | Total | |
|---------------------------------|----------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Marihuana | | Cocaína | | Anfetaminas | | Opioides | | N | % |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | | |
| Baja | 01 | 01.7 | 02 | 03.3 | 00 | 00.0 | 00 | 00.0 | 03 | 05.0 |
| Media | 05 | 08.3 | 06 | 10.0 | 01 | 01.7 | 01 | 01.7 | 13 | 21.7 |
| Alta | 18 | 30.0 | 13 | 21.7 | 09 | 15.0 | 04 | 06.7 | 44 | 73.3 |
| Total | 24 | 40.0 | 21 | 35.0 | 10 | 16.7 | 05 | 08.3 | 60 | 100.0 |

En la **Tabla 2** se puede evidenciar que, mayormente la incidencia del consumo de drogas es alta porque el consumo de marihuana fue de un 30% (18 personas), cocaína en un 21.7% (13 personas), anfetaminas en un 15% (09 personas), y opioides en un 6.7% (04 personas). Incidencia media porque consumieron cocaína en un 10% (06 personas), marihuana en un 8.3% (05 personas), anfetaminas en un 1.7 (01 personas), y opioides en un 1.7% (01 personas); y baja porque consumieron cocaína en un 3.3% (02 personas) y marihuana en un 1.7% (01 personas).

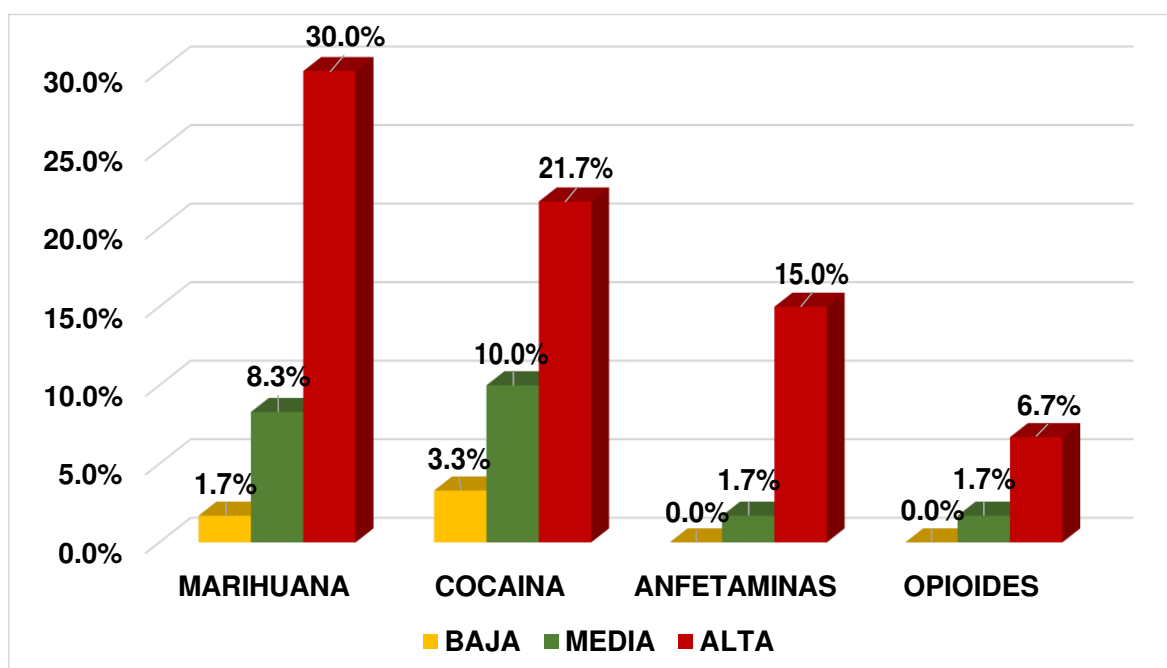


Figura 2. Incidencia y el tipo de droga que se consume en el centro de rehabilitación Sin Adicciones Perú en Lima Metropolitana, de agosto a diciembre 2020. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Tipo de droga según sexo que se consume en el centro de rehabilitación Sin Adicciones Perú en Lima Metropolitana, de agosto a diciembre 2020. Fuente: Elaboración propia.

| Sexo | Tipo de Droga | | | | | | | | Total | |
|----------------|---------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Marihuana | | Cocaína | | Anfetaminas | | Opioides | | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Hombres | 20 | 33.3 | 19 | 31.7 | 06 | 10.0 | 05 | 08.3 | 50 | 83.3 |
| Mujeres | 04 | 06.7 | 02 | 03.3 | 04 | 06.7 | 00 | 0.00 | 10 | 16.7 |
| Total | 24 | 40.0 | 21 | 35.0 | 10 | 16.7 | 05 | 08.3 | 60 | 100.0 |

En la **Tabla 3** se puede evidenciar que, mayormente los varones consumieron marihuana en un 33.3% (20 personas), cocaína 31.7% (19 personas), anfetaminas 10% (06 personas), y opioides 8.3% (05 personas); y las mujeres consumieron marihuana en un 6.7% (04 personas), anfetaminas 6.7% (04 personas), y cocaína 3.3% (02 personas).

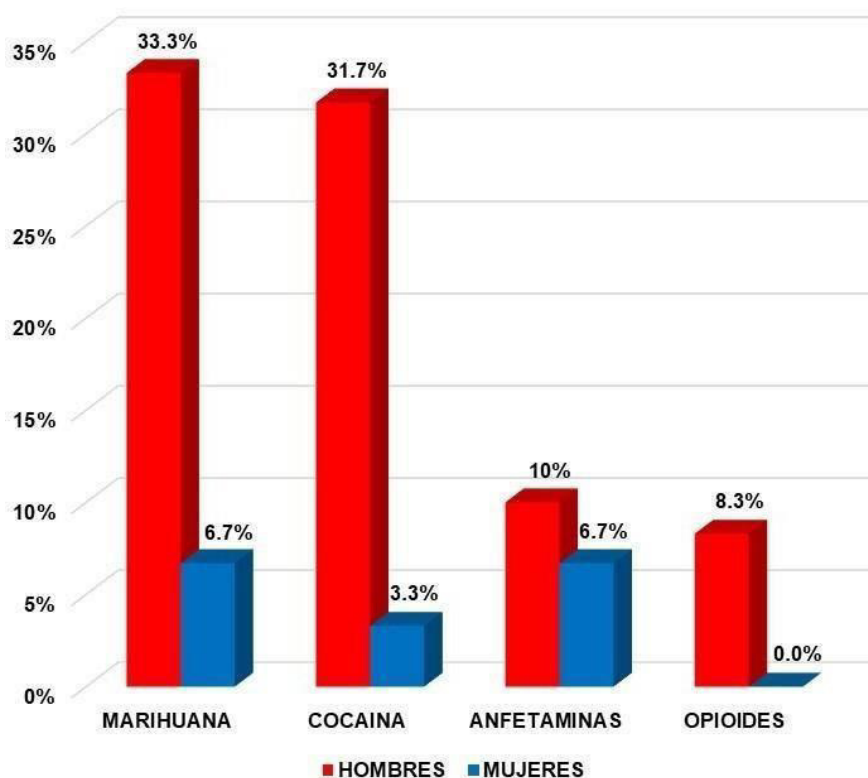


Figura 3. Incidencia y el tipo de droga según sexo que se consume en el centro de rehabilitación Sin Adicciones Perú en Lima Metropolitana, de agosto a diciembre 2020. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Tipo de droga según edad que se consume en el centro de rehabilitación Sin Adicciones Perú en Lima Metropolitana, de agosto a diciembre 2020. Fuente: Elaboración propia.

| Edad | Tipo de Droga | | | | | | | | Total | |
|--------------|---------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Marihuana | | Cocaína | | Anfetaminas | | Opioides | | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 12 a 19 | 05 | 08.3 | 06 | 10.0 | 06 | 10.0 | 02 | 03.3 | 19 | 31.7 |
| 20 a 39 | 14 | 23.3 | 13 | 21.7 | 04 | 06.7 | 01 | 01.7 | 32 | 53.3 |
| 40 a 59 | 03 | 05.0 | 02 | 03.3 | 00 | 00.0 | 02 | 03.3 | 07 | 11.7 |
| 60 a + | 02 | 03.3 | 00 | 00.0 | 00 | 00.0 | 00 | 00.0 | 02 | 03.3 |
| Total | 24 | 40.0 | 21 | 35.0 | 10 | 16.7 | 05 | 08.3 | 60 | 100.0 |

En la **Tabla 4** se puede evidenciar que, el mayor consumo se dio a la edad de 20 a 39 años, se consumió marihuana en un 23.3% de los casos (14 personas), cocaína en un 21.7% (13 personas), anfetaminas en un 6.7% (04 personas), y opioides en un 1.7% (01 persona).

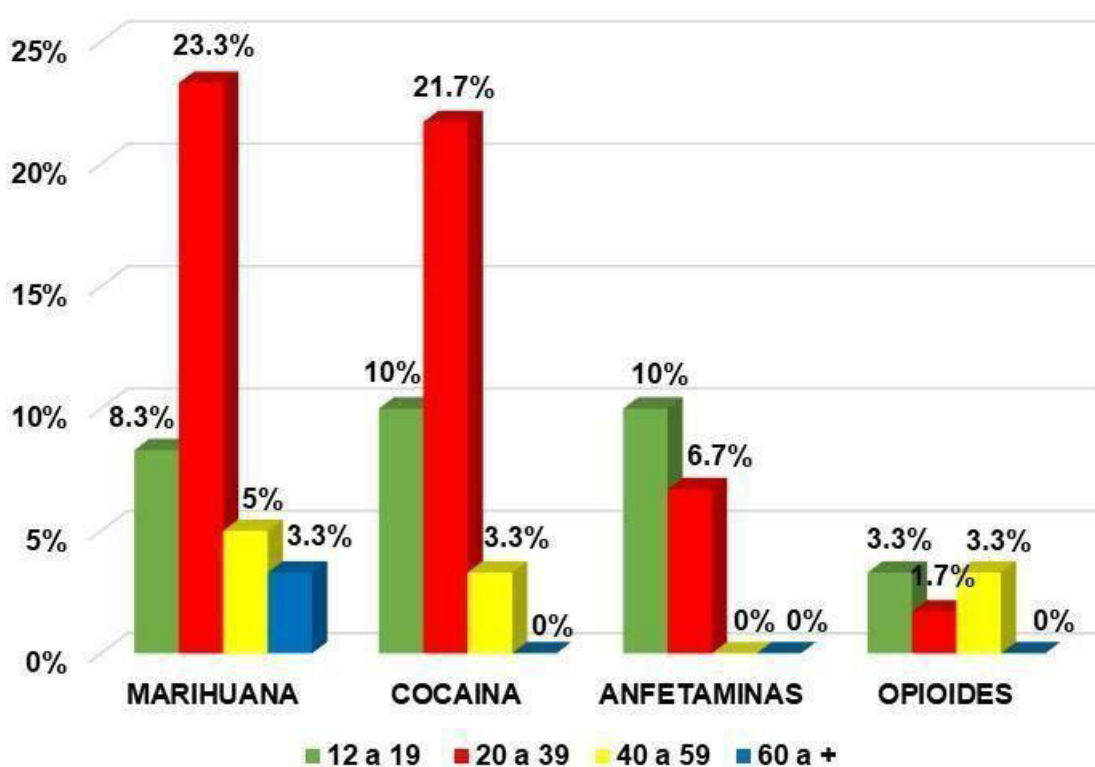


Figura 4. Incidencia y el tipo de droga según edad que se consume en el centro de rehabilitación Sin Adicciones Perú en Lima Metropolitana, de agosto a diciembre 2020. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5. Tipo de droga según nivel socioeconómico que se consume en el centro de rehabilitación Sin Adicciones Perú en Lima Metropolitana, de agosto a diciembre 2020. Fuente: Elaboración propia.

| Nivel Económico | Tipo de Droga | | | | | | | | Total | |
|-----------------|---------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Marihuana | | Cocaína | | Anfetaminas | | Opioides | | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Nivel A | 03 | 05.0 | 02 | 03.3 | 00 | 00.0 | 01 | 01.7 | 06 | 10.0 |
| Nivel B | 14 | 23.3 | 17 | 28.3 | 08 | 13.3 | 03 | 05.0 | 42 | 70.0 |
| Nivel C | 06 | 10.0 | 02 | 03.3 | 02 | 03.3 | 01 | 01.7 | 11 | 18.3 |
| Nivel D | 01 | 01.7 | 00 | 00.0 | 00 | 00.0 | 00 | 00.0 | 01 | 01.7 |
| Total | 24 | 40.0 | 21 | 35.0 | 10 | 16.7 | 05 | 08.3 | 60 | 100.0 |

En la **Tabla 5** se pudo evidenciar que, esencialmente, el nivel económico B se encuentra implicado en el consumo de drogas, donde, un 23.3% consumió marihuana (14 personas), cocaína, en un 28.3% (17 personas), anfetaminas, en un 13.3% (08 personas), y opioides, en un 5% (03 personas). En el nivel C, 10% consumió marihuana (06 personas), cocaína en un 3.3% (02 personas), anfetaminas en un 3.3% (02 personas), y opioides en un 1.7% (01 persona). Respecto al nivel A, la marihuana fue consumida en un 5% (03 personas), la cocaína en un 3.3% (02 personas), y opioides, en un 1.7% (01 persona). Finalmente, respecto al nivel D, solo el 1.7% solía consumir marihuana (01 persona).

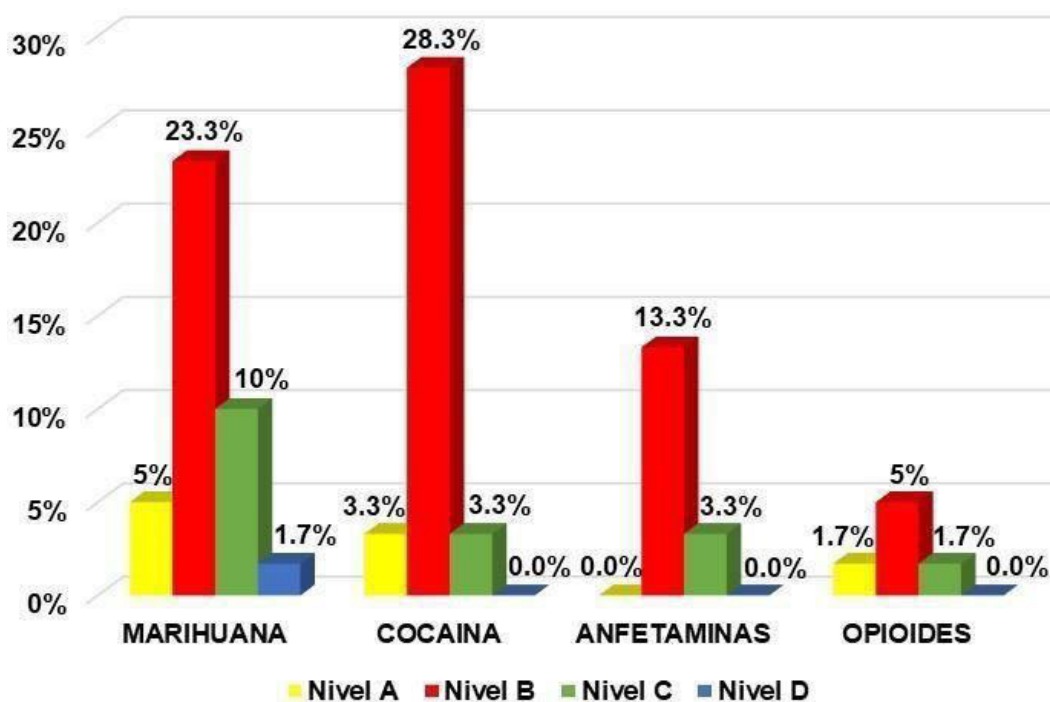


Figura 5. Incidencia y el tipo de droga según nivel socioeconómico que se consume en el centro de rehabilitación Sin Adicciones Perú en Lima Metropolitana, de agosto a diciembre 2020. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6. Tipo de droga según grado de instrucción que se consume en el centro de rehabilitación Sin Adicciones Perú en Lima Metropolitana, de agosto a diciembre 2020. Fuente: Elaboración propia.

| Grado de Instrucción | Tipo de Droga | | | | | | | | Total | |
|----------------------|---------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Marihuana | | Cocaína | | Anfetaminas | | Opioides | | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Secundaria | 10 | 16.7 | 12 | 20.0 | 07 | 11.7 | 03 | 05.0 | 32 | 53.3 |
| Superior | 14 | 23.3 | 09 | 15.0 | 03 | 05.0 | 02 | 03.3 | 28 | 46.7 |
| Total | 24 | 40.0 | 21 | 35.0 | 10 | 16.7 | 05 | 08.3 | 60 | 100.0 |

En la **Tabla 6** se pudo evidenciar que, mayormente los consumidores de drogas tuvieron grado de instrucción secundaria, consumiendo cocaína en un 20% (12 personas), marihuana en un 16.7% (10 personas), anfetaminas en un 11.7% (07 personas), y opioides en un 5% (03 personas). En aquellos con instrucción superior, se observó que consumieron marihuana en un 23.3% (14 personas), cocaína en un 15% (09 personas), anfetaminas en un 5% (03 personas), y opioides en un 3.3% (02 personas).

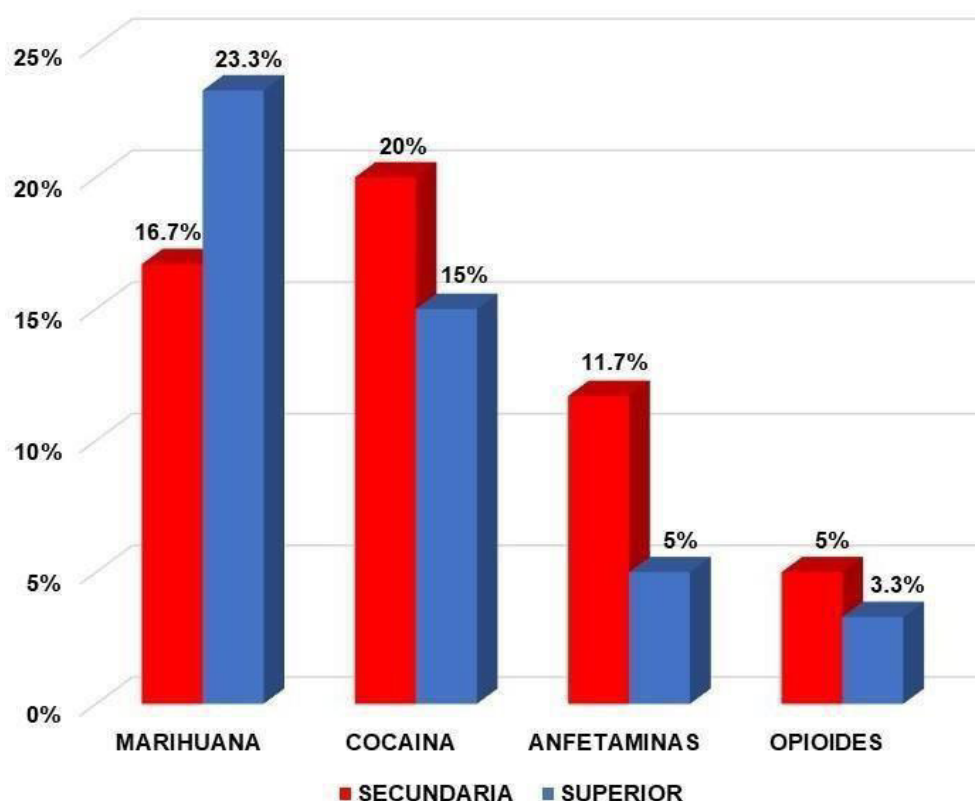


Figura 6. Tipo de droga según grado de instrucción que se consume en el centro de rehabilitación Sin Adicciones Perú en Lima Metropolitana, de agosto a diciembre 2020. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7. Tipo de droga según ocupación que se consume en el centro de rehabilitación Sin Adicciones Perú en Lima Metropolitana, de agosto a diciembre 2020. Fuente: Elaboración propia.

| Ocupación | Tipo de Droga | | | | | | | | Total | |
|----------------------|---------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Marihuana | | Cocaína | | Anfetaminas | | Opioides | | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Estudiante | 08 | 13.3 | 06 | 10.0 | 05 | 08.3 | 00 | 00.0 | 19 | 31.7 |
| Dependiente | 07 | 11.7 | 03 | 05.0 | 02 | 03.3 | 01 | 01.7 | 13 | 21.6 |
| Independiente | 09 | 15.0 | 12 | 20.0 | 03 | 05.0 | 04 | 06.6 | 28 | 46.7 |
| Total | 24 | 40.0 | 21 | 35.0 | 10 | 16.7 | 05 | 08.3 | 60 | 100.0 |

En la **Tabla 7**, se pudo evidenciar que, los consumidores de drogas tuvieron ocupación independiente. Un 20% consumía cocaína (12 personas), marihuana en un 15% (09 personas), opioides en un 6.6% (04 personas), y anfetaminas en un 5% (03 personas). Respecto a los estudiantes, un 13.3% consumen marihuana (08 personas), cocaína en un 10% (06 personas), y anfetaminas en un 8.3% (05 personas). Respecto a los dependientes, 11.7% consumían marihuana (07 personas), cocaína en un 5% (03 personas), anfetaminas en un 3.3% (02 personas), y opioides en un 1.7% (01 personas).

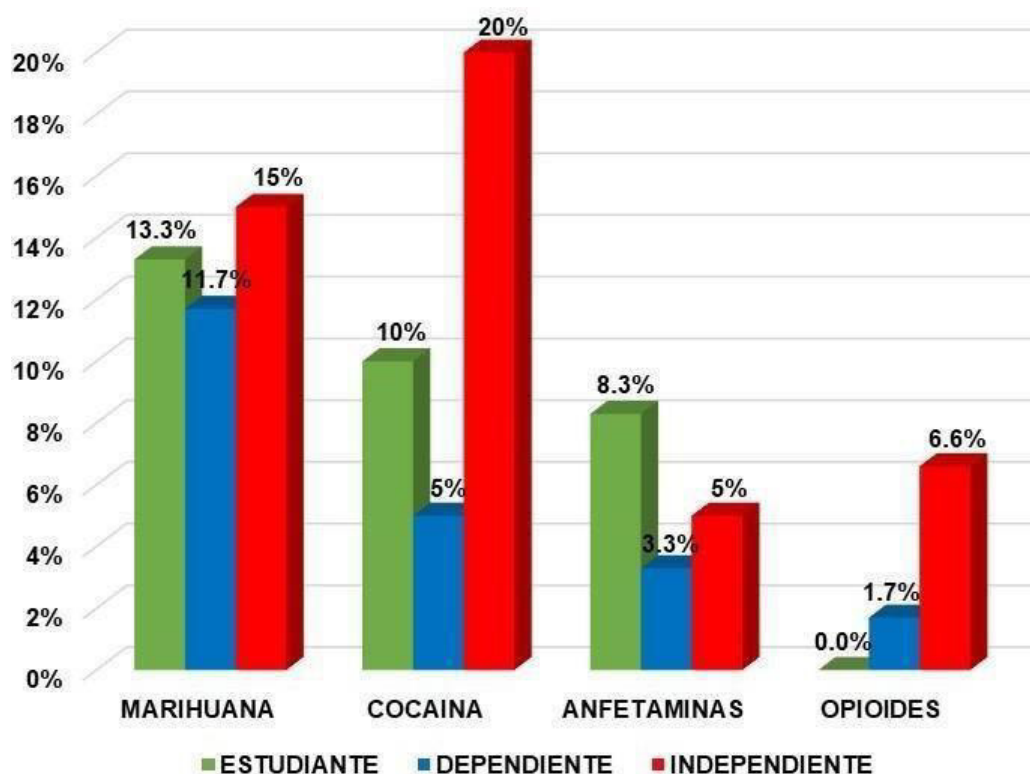


Figura 7. Tipo de droga según ocupación en el centro de rehabilitación Sin Adicciones Perú en Lima Metropolitana, de agosto a diciembre 2020. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8. Tipo de droga según funcionamiento familiar en el centro de rehabilitación Sin Adicciones Perú en Lima Metropolitana, de agosto a diciembre 2020. Fuente: Elaboración propia.

| Funcionamiento Familiar | Tipo de Droga | | | | | | | | Total | |
|-------------------------|---------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Marihuana | | Cocaína | | Anfetaminas | | Opioides | | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Funcional | 07 | 11.7 | 06 | 10.0 | 04 | 06.7 | 01 | 01.7 | 18 | 30.0 |
| D. Leve | 08 | 13.3 | 10 | 16.7 | 00 | 00.0 | 02 | 03.3 | 20 | 33.4 |
| D. Moderado | 05 | 08.3 | 05 | 08.3 | 04 | 06.7 | 00 | 00.0 | 14 | 23.3 |
| D. Severa | 04 | 06.7 | 00 | 00.0 | 02 | 03.3 | 02 | 03.3 | 08 | 13.3 |
| Total | 24 | 40.0 | 21 | 35.0 | 10 | 16.7 | 05 | 08.3 | 60 | 100.0 |

En la **Tabla 8** se pudo evidenciar que, los consumidores de drogas con disfunción familiar leve consumían cocaína en un 16.7% de los casos (10 personas), marihuana en un 13.3% (08 personas), y opioides en un 3.3% (02 personas). Respecto a las familias funcionales, 11.7% consumían marihuana (07 personas), cocaína en un 10% (06 personas), anfetaminas en un 6.7% (04 personas), y opioides en un 1.7% (01 personas). Además, cuando la disfunción fue moderada, fue visible el consumo de marihuana en un 8.3% (05 personas), cocaína en un 8.3% (05 personas), anfetaminas en un 6.7% (04 personas). Así, cuando la disfunción es severa, se consumió marihuana en un 6.7% (04 personas), anfetaminas en un 3.3% (02 personas) y opioides en un 3.3% (02 personas).

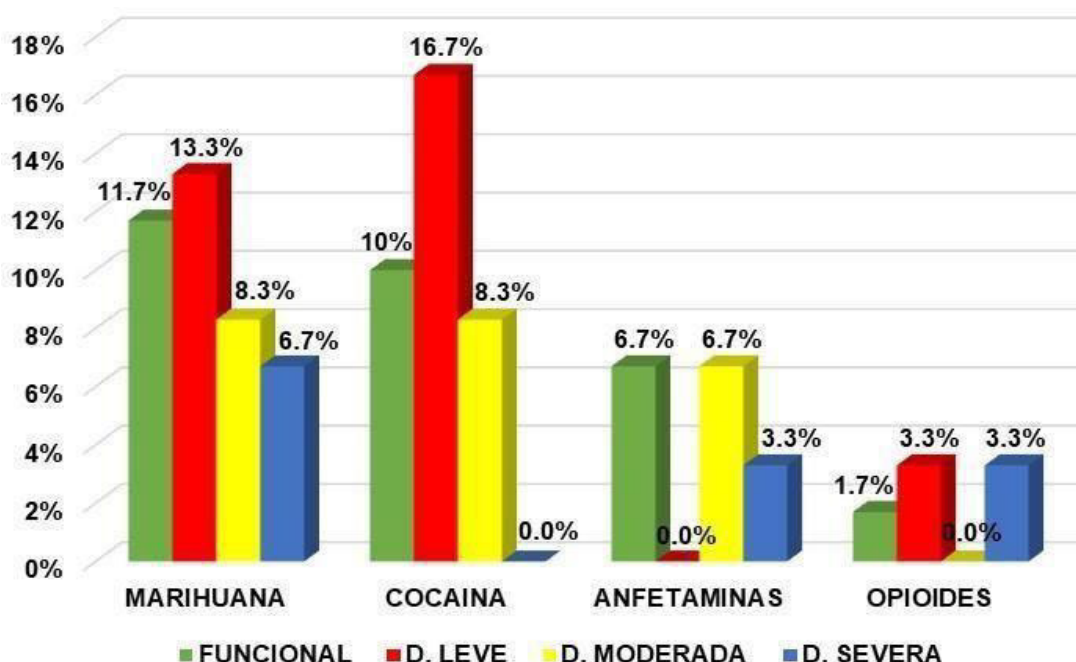


Figura 8. Tipo de droga según funcionamiento familiar que se consume en el centro de rehabilitación Sin Adicciones Perú en Lima Metropolitana, de agosto a diciembre 2020. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9. Tipo de droga según dependencia del alcohol que se consume en el centro de rehabilitación Sin Adicciones Perú en Lima Metropolitana, de agosto a diciembre 2020. Fuente: Elaboración propia.

| Dependencia del Alcohol | Tipo de Droga | | | | | | | | Total | |
|-------------------------|---------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Marihuana | | Cocaína | | Anfetaminas | | Opioides | | N | % |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | | |
| No | 16 | 26.7 | 15 | 25.0 | 07 | 11.7 | 04 | 06.7 | 42 | 70.0 |
| Si | 08 | 13.3 | 06 | 10.0 | 03 | 05.0 | 01 | 01.7 | 18 | 30.0 |
| Total | 24 | 40.0 | 21 | 35.0 | 10 | 16.7 | 05 | 08.3 | 60 | 100.0 |

En la **Tabla 9**, se pudo evidenciar que, los consumidores de drogas sin dependencia al alcohol tuvieron como predilección a la marihuana en un 26.7% (16 personas), cocaína en un 25% (15 personas), anfetaminas en un 11.7% (07 personas), y opioides en un 6.7% (04 personas). Respecto a aquellos con dependencia al alcohol, estos consumieron marihuana en un 13.3% (08 personas), cocaína en un 10% (06 personas), anfetaminas en un 5% (03 personas), y opioides en un 1.7% (01 personas).

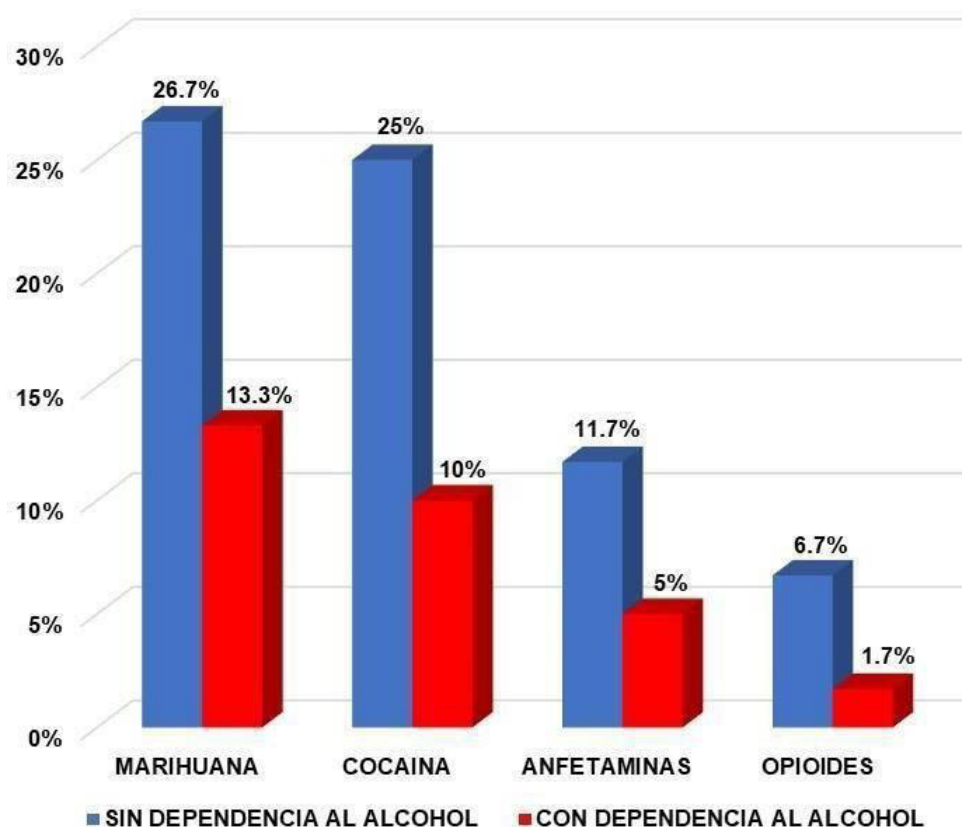


Figura 9. Tipo de droga según dependencia del alcohol que se consume en el centro de rehabilitación Sin Adicciones Perú en Lima Metropolitana, de agosto a diciembre 2020. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 10. Tipo de droga según dependencia de tabaco que se consume en el centro de rehabilitación Sin Adicciones Perú en Lima Metropolitana, de agosto a diciembre 2020. Fuente: Elaboración propia.

| Dependencia del Tabaco | Tipo de Droga | | | | | | | | Total | |
|------------------------|---------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Marihuana | | Cocaína | | Anfetaminas | | Opioides | | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| No | 21 | 35.0 | 07 | 11.7 | 05 | 08.3 | 03 | 05.0 | 36 | 60.0 |
| Si | 03 | 05.0 | 14 | 23.3 | 05 | 08.3 | 02 | 03.3 | 24 | 40.0 |
| Total | 24 | 40.0 | 21 | 35.0 | 10 | 16.7 | 05 | 08.3 | 60 | 100.0 |

En la **Tabla 10**, se pudo evidenciar que, los consumidores de drogas sin dependencia al tabaco consumían marihuana en un 35% (21 personas), cocaína en un 11.7% (07 personas), anfetamina en un 8.3% (05 personas), y opioides en un 5% (03 personas). En el caso de aquellos con dependencia al tabaco, estos consumían cocaína en un 23.3% (14 personas), anfetaminas en un 8.3% (05 personas), marihuana en un 5% (03 personas), y opioides en un 3.3% (02 personas).

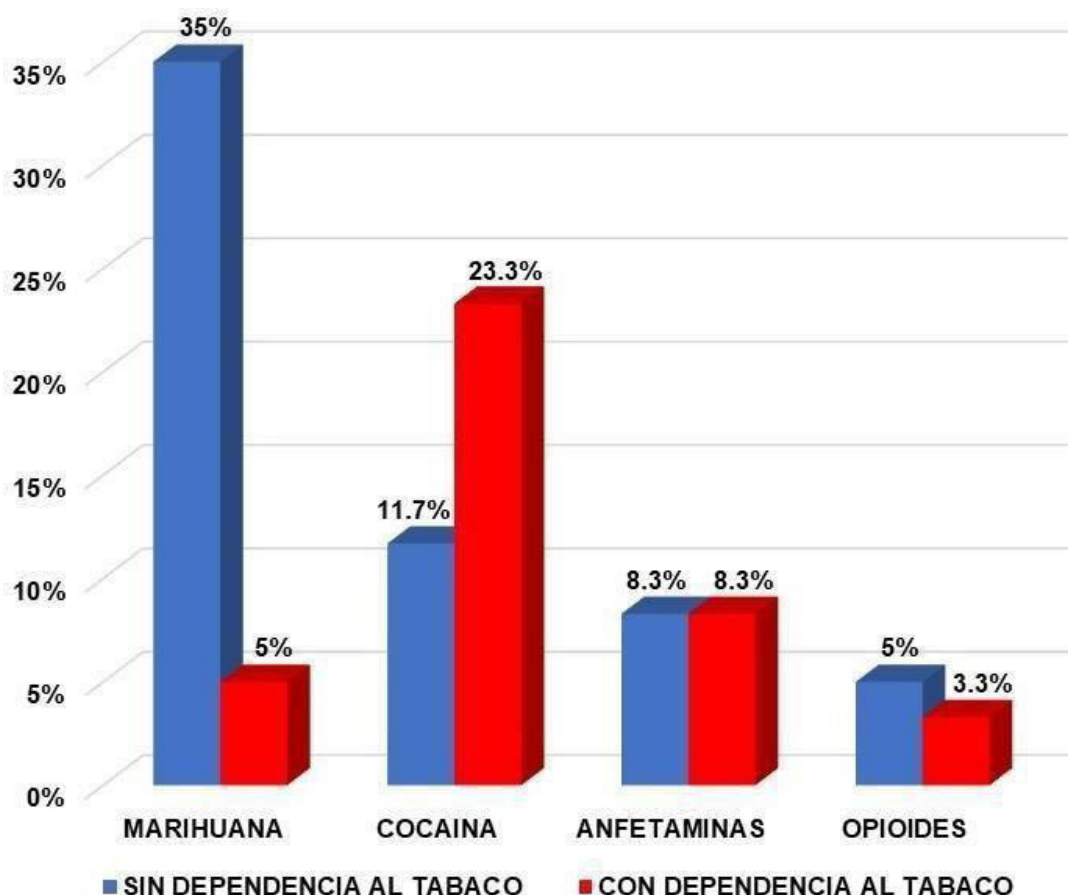


Figura 10. Incidencia y el tipo de droga según dependencia de tabaco que se consume en el centro de rehabilitación Sin Adicciones Perú en Lima Metropolitana, de agosto a diciembre 2020. Fuente: Elaboración propia.

V. DISCUSIÓN

La incidencia del consumo de drogas en los pacientes del Centro de rehabilitación "Sin Adicciones Perú", mostró una incidencia de consumo diaria alta en la mayoría de casos con una incidencia de 73.3%, donde un 30% consumían marihuana, cocaína en un 21.7% y de alcohol en un 26.7%. Esto coincide con lo encontrado por Chalco (2019)⁷ que reportó hallazgos coincidentes donde el consumo fue alto (67%), siendo consumidores de marihuana en un 62%, cocaína en un 24% y alcohol en un 14%. Asimismo, el estudio de Saavedra y Calle (2015)¹⁸ también obtuvo que la incidencia fue alta con un 62.8%, donde se consumieron drogas legales como el alcohol en un 42.8%, marihuana en un 5.7% y cocaína, en un 3.5%. También, Gómez y Naranjo (2020)¹¹ mostró hallazgos coincidentes, ya que presentaron una incidencia de consumo alto en un 76% y se presentó que las drogas que más se consumieron fueron la marihuana en un 44%, cocaína (39%) y opioides en un menor porcentaje (17%). Es indiscutible que estamos inmersos en una sociedad en la cual el consumo de drogas está cada vez más presente entre personas de todas las edades. Específicamente con respecto al consumo de la marihuana, con el paso del tiempo ha aumentado y se ha naturalizado. Del mismo modo, los hallazgos concuerdan con la idea de que la marihuana es una "droga de inicio" y muchas de las personas que consumen esta droga no pasan a consumir otras drogas más potentes. Se debe agregar que, los estudios afirman que el crecimiento del consumo de marihuana en la región sudamericana en la última década es bastante visible.⁵⁹ Se observa que este consumo es bastante alto, especialmente en jóvenes, porque se usa como medio para encajar o para imitar a los que los rodean, también por el temor a no ser aceptados en un círculo social que incluye a sus compañeros consumidores de drogas. También, algunos adolescentes recurren a ciertas drogas, para mejorar su rendimiento a nivel deportivo o social, sin embargo, esto suele tener originarse por la búsqueda de nuevas experiencias emocionantes o nuevas.

Se observó que la mayor parte de consumidores fueron varones en un 83.3%, siendo las drogas más consumidas, la marihuana en un 33.3%, cocaína en un 31.7%, anfetaminas en un 10% y opioides en un 8.3%. Las mujeres mostraron una incidencia de 16.7%, donde se encontró que consumían mayormente marihuana

en un 6.7%, anfetaminas en un 6.7% y cocaína en un 3.3%. Al respecto, el estudio de Saavedra y Calle (2015)¹⁸ sobre incidencia del consumo de drogas legales o ilegales en estudiantes reportó resultados similares, donde un 41.4% de los consumidores fueron varones y un 21.4% fueron mujeres. Los estudios internacionales confirman que el consumo de drogas es mucho más alto en los hombres⁶⁰, provocando visitas al departamento de emergencias o muertes por sobredosis, por lo que se presentan tasas más altas de uso o dependencia de drogas ilícitas en varones. A nivel nacional, DEVIDA confirma estos resultados ya que los hombres presentan mayor incidencia de consumo de tabaco, marihuana, cocaína, PBC y éxtasis porque cada año, se inician en su consumo más de 14,000 hombres y 7,000 mujeres.⁶¹ Se debe recalcar que, existen distintas manifestaciones en el sexo femenino y masculino ante el consumo de sustancias y, es así que, es más probable que las mujeres permanezcan abstinentes, intoxicarse más después de ingerir alcohol a niveles similares que los hombres y son propensas a desarrollar más reacciones fatales⁶² por consumo sustancias psicotrópicas; por lo que, la dependencia a las drogas del género femenino es menos común.

Por otra parte, en el estudio que se presenta, se encontró que la mayor parte de los pacientes consumidores de drogas tenían entre 20 a 39 años (53.3%), un 31.7% tuvieron de 12 a 19 años, un 11.7% tuvieron entre 40 a 59 años y un 3.3% fueron de 60 años o más. Referido al estudio de Chalco (2019)¹⁰, se reportaron otros hallazgos donde la incidencia del consumo de drogas en los adolescentes se encontró en las edades de 15 a 19 años (53.2%). Respecto a las edades entre 10 a 14 años, se encontró una incidencia de 46.8%. Por otro lado, el estudio de Saavedra y Calle (2015)¹⁸ mostró gran consumo de drogas entre las edades de 19 a 24 años en un 50%. Entre las edades de 16 a 18 años (31%), en menores de 15 años (9%) y en mayores de 25 años (9%). Igualmente, Gómez y Naranjo (2020)⁵² halló que los jóvenes de 15 a 20 años consumían drogas en un 36%, los que tenían 11 a 15 años (32%), los niños de 7 a 10 años (13%), en el rango de 21 a 25 años (8%) y de 26 a 50 años (11%). Los artículos internacionales muestran que los consumidores de drogas se concentran mayoritariamente entre los 18 y 25 años de edad, rango similar al utilizado en la presente tesis que halló que la mayor incidencia de consumo entre los 20-39 años.⁶³ La adolescencia es un período clave para la experimentación inicial con la marihuana, y alcanza su punto máximo en la edad

adulto joven⁶¹ y es así que, se observa que las edades más tempranas demuestran una mayor adicción a las drogas. Asimismo, los adultos jóvenes (18-25 años) cuentan con mayor riesgo de abuso de sustancias ilícitas porque están en una etapa de exploración de la identidad, mayor independencia y muchos cambios tales como mudanzas, nuevos empleos, y relaciones sociales diversas.

Según nivel económico, se exhibe que la mayor parte de consumidores se encontraron en el nivel socioeconómico B (70%), seguido del nivel C en un 18.3%, y en el nivel A, solo en un 10% de los casos. Al respecto, el estudio de Chalco (2019)⁷, coincide con los resultados, donde se registró que los consumidores son mayormente de nivel económico medio (66.5%), nivel alto (23.5%) y nivel bajo (10%). El estudio de Arango (2018)¹⁵ reportó resultados coincidentes, donde la mayor parte de consumidores se encontraba en un nivel económico medio (55%), alto en un 40% y bajo en un 5%. Igualmente, Fuentes (2016)¹², reportó hallazgos coincidentes ya que los estudiantes encuestados fueron de nivel económico medio (80%), alto (15%) y bajo (5%). Lo expuesto demuestra que el consumo de drogas como el alcohol presenta grandes riesgos para la salud, particularmente en la población de ingresos medios y bajos, donde el abuso está asociado con la incidencia de un conjunto diverso de problemas sociales. Se debe recalcar que más del 80% de la población mundial cuenta con ingresos bajos y medios donde, a causa de la falta de control del gobierno, la venta y consumo de drogas es notable.⁶⁴ Entonces, según nivel económico, los consumidores suelen provenir de familias no pobres y, debido a la presión familiar y malas juntas, se inician en el consumo de sustancias. Esto se evidencia bastante en los jóvenes de nivel medio ya que, cuentan con la capacidad económica para acceder a sustancias ilícitas al tener suficientes ingresos familiares. Además, se sabe que pueden verse involucrados en el uso de sustancias adictivas por la búsqueda de sensaciones placenteras en las situaciones difíciles.

A propósito del grado de instrucción, la mayor parte de participantes contaron con estudios secundarios (53.3%), seguido de los que habían cursado estudios superiores (46.7%). Al respecto, el estudio de Chalco (2019)¹⁰, reportó hallazgos coincidentes, donde la incidencia del consumo de drogas en los adolescentes mostró un nivel educativo secundario en un (80.3%) y de primaria (19.7%). Por lo

que, lo mostrado verifica que el abuso de drogas y alcohol son problemas importantes que afectan a los jóvenes con educación escolar mucho más que en el pasado. Con frecuencia, los jóvenes comienzan a experimentar con el alcohol, el tabaco y otras drogas durante los años de escuela y un número menor comienza durante la escuela primaria.⁶⁵ Es sabido que, en comparación de los jóvenes que solo cuentan con nivel secundario, los jóvenes con un nivel superior tienen menos probabilidad de usar drogas ilícitas. Por ende, el grado de instrucción es un factor clave en el inicio del consumo de las drogas, ya que el mayor factor de iniciación en las drogas es la presión grupal, la curiosidad y las fiestas.⁶⁶

En cuanto a la ocupación, la mayor parte se clasificó como independiente en un 46.7% de los casos y un 53.3% fueron dependientes o estudiantes, donde la mayoría consumía cocaína (20%) seguido de marihuana (15%). En cuando a Chalco (2019)¹⁰, se presentó que la mayoría de participantes fueron estudiantes (58.1%), dependientes (36.9%) e independientes (5%), siendo consumidores de marihuana (62%) y cocaína (24%). De igual forma, Arango (2018)¹⁵, reportó resultados similares a Chalco, presentándose mayormente estudiantes (55.1%), además de trabajadores en un 44.9%, que consumieron drogas ilegales como la marihuana en un 58.1% y cocaína en un 32.5% de los encuestados. Es resaltante que en los últimos años se viene observando mundialmente que, más del 40% del total de personas que buscan ayuda para salir de la adicción por consumo de drogas son trabajadores autónomos o aquellos que trabajan y estudian.⁶⁷ Por otro parte, muchas personas dependientes evitan recibir tratamiento porque temen que hacerlo pueda perjudicar su carrera o evitar que sean contratados por futuros empleadores.

En materia de la función de las familias de los consumidores, la mayor parte presentó un grado de disfunción en un 33.4% y provinieron de familias funcionales en un 30%. A propósito de esto, Chalco (2019)¹⁰, manifestó que la mayor parte de consumidores provienen de familias funcionales (59.4%), con disfuncionalidad moderada en un 30.3% y de familias disfuncionales severas (10.3%). En cuanto al estudio de Trigoso, Alvan y Santillán (2016)¹⁷ se encontró que los consumidores tuvieron familias disfuncionales en un 79.4% y, familias funcionales en un 20.6% de los investigados. El entorno familiar es de gran importancia para el desarrollo

psicológico del comportamiento. El funcionamiento familiar se refiere a un modelo en el que los miembros de la familia pueden obtener las condiciones materiales y espirituales necesarias para avanzar y promover su desarrollo físico, mental y social en una dirección saludable y beneficiosa. La investigación ha identificado una fuerte conexión entre las relaciones familiares inadecuadas y la adicción al alcohol u otras drogas. Este estudio pudo recoger que el 70% de los participantes y sus familias sufrieron diversas formas de ruptura familiar, como la pérdida de la custodia de sus hijos, la ruptura matrimonial, el abuso físico y psicológico, la depresión y la mala salud. Lo analizado, permite entender que el funcionamiento familiar es básico porque los jóvenes son muy susceptibles al consumo de drogas, sobre todo cuando existen familias disfuncionales e incluso funcionales que no tienen la educación necesaria o apertura para hablar sobre el problema de los estupefacientes en la sociedad.⁶⁸ La falta de comunicación, las peleas y la violencia intrafamiliar caracterizan a las familias disfuncionales y esto se relaciona con serios problemas de drogadicción.

En el centro de rehabilitación, el 70% de los consumidores de drogas no presentó dependencia al alcohol, asimismo, la mayoría inclinó su preferencia por la marihuana en un 26.7% y cocaína en un 25%. Chalco (2019)¹⁰, reportó hallazgos coincidentes donde la mayor parte de encuestados no fueron asiduos consumidores de alcohol en un 76%, prefiriendo consumir marihuana en un 62% y cocaína en un 24%. El estudio de Ramírez (2020)¹⁶ reportó que un 78% enunció que consumía bebidas alcohólicas frecuentemente y prefería drogas como marihuana y cocaína en un 29% de los casos. Del mismo modo, Fuentes (2016)¹², coincide que el consumo de bebidas alcohólicas se presentó conjuntamente con la dependencia a las drogas en un 89.8% de los casos, prefiriendo la marihuana 85.2% y la cocaína 14.8%. El consumo de alcohol se estudia bastante porque se suele entender como una bebida de uso libre sin tomar en cuenta que es una droga de consumo común, incluyendo a las cervezas, vinos, licores o tragos. Además, al estar el individuo en condiciones de ebriedad, se puede consumir o mezclar drogas para equilibrar los efectos depresores que se producen en el SNC inicialmente. Se sabe que las personas que abusan del alcohol tienen más probabilidades de abusar de otras sustancias y dejar su consumo para probar medicamentos recetados o

drogas ilícitas (cocaína, heroína, éxtasis y marihuana) que pueden causar efectos secundarios potencialmente mortales.⁶⁹

En lo que respecta a la dependencia del tabaco, se encontró que un 60% no fueron dependientes de esta droga donde, un 35% consumía mayormente marihuana y un 11.7% consumía cocaína. Acerca de esto, Chalco (2019)¹⁰, reportó que la gran mayoría de consumidores no fueron dependientes al tabaco (97.5%). También, el estudio de Ramírez (2020)¹⁶, reportó que los encuestados no presentaron dependencia al tabaco (71%) siendo consumidores de marihuana y cocaína en un 29%. A la par, Fuentes (2016)¹² reportó que la mayoría de consumidores no dependían del tabaco. A pesar de no considerarse al tabaco como una droga que cause gran detrimento en el desarrollo de la vida y no tener tan mala fama como otras adicciones, afecta al sistema respiratorio y puede ocasionar cáncer a largo plazo. Estudios recientes han demostrado las asociaciones entre el uso de la marihuana y la probabilidad de dejar de fumar posteriormente porque comparten una vía común de administración (inhalación).⁷⁰

VI. CONCLUSIONES

1. La incidencia del consumo de drogas en Centro de rehabilitación “Sin Adicciones Perú” en Lima Metropolitana, de agosto a diciembre 2020, fue evidentemente alta con un resultado de (73.3%) donde, los consumidores fueron principalmente varones en un 83.3% de los casos y entre ellos, un 33.3% se inclinaron por la marihuana. Por otro lado, la mayoría de los consumidores se encontraba en el rango etéreo de 20 a 39 años (53.3% de los investigados).
2. La mayor parte de consumidores contaba con un nivel económico B en el 70% de los casos, donde un 23.3% consumía marihuana y los consumidores principalmente tenían solo instrucción secundaria (53.3%).
3. Los consumidores fueron mayoritariamente de ocupación independiente en un 46.7% de los casos, donde un 20% de ellos consumía cocaína preferentemente. Asimismo, se observó un nivel de disfunción familiar leve en un 33.4% de los casos.
4. Los consumidores no presentaron dependencia al alcohol en su mayoría (70% de los casos) donde, un 26.7% de esta población, consumía marihuana. Del mismo modo, la mayor parte de los participantes no sufría de dependencia al tabaco (60%) y la mayor parte de estos consumía mayormente marihuana (35%).

VII. RECOMENDACIONES

- Realizar estudios similares, estudiando los factores asociados al consumo de drogas enfocados a los familiares, jóvenes y adultos en situación de vulnerabilidad, con énfasis a quienes proceden de familias disfuncionales, padres permisivos o restrictivos, divorciados, o con violencia familiar.
- Desarrollar más investigaciones en diferentes zonas del Perú que utilicen metodologías de la evaluación del riesgo a la dependencia de las drogas con la participación de los familiares, para dar a conocer la implicancia de los factores económicos y socioculturales, que genera situaciones de vulnerabilidad ya sea por la influencia de familiares, de amigos o de otras personas de su entorno con problemas de drogadicción.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Oliveira A., Feitosa C.D.A., dos Santos A.G., Lima L.A.D., Fernandes M.A., Monteiro C.F.D. Spirituality and religiosity in the context of drug abuse. *Rev. Da Rede De Enfermagem Do Nordeste*. 2020;18:283–290. Doi: 10.15253/2175-6783.2020000200019. [CrossRef] [Google Scholar] [Ref list]
2. Moore T.M., Seavey A., Ritter K., McNulty J.K., Gordon K.C., Stuart G.L. Ecological momentary assessment of the effects of craving and affect on risk for relapse during substance abuse treatment. *Psychol. Addict. Behav.* 2016;28:619–624. Doi: 10.1037/a0034127. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] [Ref list]
3. Coffey R.M., Levit K.R., Kassed C.A., McLellan A.T., Chalk M., Brady T.M., Vandivort-Warren R. Evidence for substance abuse services and policy research: A systematic review of national databases. *Eval. Rev.* 2009;33:103–137. Doi: 10.1177/0193841X08328126. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] [Ref list]
4. Ryan JE, Smeltzer SC, Sharts-Hopko NC. Challenges to Studying Illicit Drug Users. *J Nurs Scholarsh.* 2019 Jul;51(4):480-488. Doi: 10.1111/jnu.12486. Epub 2019 May 20. PMID: 31106524; PMCID: PMC6671678
5. UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito). 2019. Informe mundial sobre las drogas 2019. Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. Nueva York: UNODC
6. Guerrero-López CM, Serván-Mori E, Rodríguez-Franco R, Montañez-Hernández JC, Gómez-Dantés H. Lung cancer in Mexico: Findings from the Global Burden of Disease Study, 1990-2016. *Salud Publica Mex* [Internet]. 7 de junio de 2019 [citado 7 de agosto de 2021];61(3, may-jun):240-8. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/9932>
7. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2018 - Colaboremos por la salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 [consultado el 08 de Abril del 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2018/es/>
8. Ministerio de Salud (MINSa). Programa de Tratamiento para pacientes con Trastornos Mentales y del Comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas y otras conductas adictivas en el Departamento de

- Adicciones del Hospital "Victor Larco Herrera". Lima: Hospital Victor Larco Herrera, Departamento de Adicciones; 2018
9. Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas [CEDRO] (2018). Epidemiología de drogas en población urbana peruana: encuesta en hogares. Lima: CEDRO
 10. Chalco Cando FJ. Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados en adolescentes entre 10 y 19 años en consulta externa de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Vicente Corral Moscoso 2020. [master's thesis on the Internet]. Cuenca; 2019-11-11 [cited 7 Aug. 2021]. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/31953>
 11. Gómez J y Naranjo G (2020). Estudio exploratorio de prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en la ciudad de Ibagué. Ibagué: Alcaldía de Ibagué.
 12. Fuentes E. Prevalencia de consumo de drogas en alumnos del último semestre de la carrera de medicina y su repercusión académica. RIDE. Rev. Iberoam. Investig. Desarro. Educ, 2016;7(13):423-434.)
 13. Chanila S. (2015) Assessment of Strength and Limitations of Drug Use Interventions: A Case of Kinondoni Municipality. Masters thesis, The Open University Of Tanzania
 14. Faílde Garrido, J. M.; Dapía Conde, M. D.; Alonso Álvarez, A. & Pazos Millán, E. (2015). Consumo de drogas en adolescentes escolarizados infractores [Drug use in schooled adolescent offenders]. Educación XX1, 18(2), 167-188, doi: 10.5944/educXX1.14014
 15. Arango, J: Consumo de drogas y estrategias de afrontamiento al estrés en estudiantes de una universidad privada de Lima sur [Titulación]. Universidad Autónoma del Perú; 2018. [Citado 30 de abril de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/AUTONOMA/661/1/ARANGO%20RAMOS%2C%20JUDITH%20LULIANA.pdf>.)
 16. Ramírez (2020). Factores de riesgo de consumo de drogas en adolescentes del barrio El Porvenir del distrito de La Victoria. Lima 2020. UCV, Lima 2020.)
 17. Trigozo Parra, M. G., Alvan Lozano, C. I., & Santillan Bicerra, K. A. (2016). "Factores Familiares Asociados al Consumo de Drogas Psicoactivas, en Estudiantes de Secundaria de la Institución Educativa Simón Bolívar, Iquitos

- 2016". (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Iquitos, Perú. Obtenido de <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/4442>
18. Saavedra M. Prevalencia del consumo de drogas en estudiantes de secundaria de la jurisdicción Andrés Araujo Moran, Tumbes, 2015. Revista de Investigación Científica. Universidad Nacional de Tumbes. Perú. 12(1): 75 –82
 19. Cornejo, M (2016). Relación entre el consumo de cannabis sativa y la calidad de vida en un grupo de jóvenes de la Perla Alta, Callao. recuperado: <https://repositorioacademico.upc.edu.pe>
 20. Campos, G. (2003). Plan Municipal sobre Drogodependencias y otros trastornos adictivos. Congreso Jornadas sobre el papel de la familia en la prevención de las drogodependencias. Logroño: FEMP y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
 21. López, J. J., & Tarazonas, O. (2014). Consumo de drogas y el rendimiento académico en estudiantes del séptimo ciclo nivel secundaria de la Institución Educativa Pública N.º 3095 Perú Kawachi. Los Olivos
 22. Colonio E. & Huaycañe J. (2016) Intervención breve en consumo de tabaco, alcohol y marihuana en estudiantes de la Universidad Nacional Del Centro Del Perú-2015 (tesis de grado, Universidad Nacional Del Centro del Perú Huancayo, Perú
 23. Santander, O. (2019). Descripción de la intención para consumir drogas. Una visión desde la tipología, cognición, neuropsicología y desarrollo. *Drugs and Addictive Behavior*. 4. 110-148. 10.21501/24631779.3161
 24. Sánchez, T., Arroyo, A., y Azcona, A. (2014). Relación entre consumo de sustancias, búsqueda de sensaciones, impulsividad y síndrome disejecutivo en población universitaria. *Reduca – serie congresos alumnos*, 6(4), 312-321. Recuperado de <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca/article/view/1831>
 25. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA). II Estudio Nacional: Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2015 [Internet]. Lima: Devida; 2007 [citado el 12-10-2019]. Disponible en <http://www.Devida.gob.pe/>

26. Unov.org. 2020. La Oficina De Las Naciones Unidas Contra La Droga Y El Delito (UNODC). [online] Recuperado de: <<https://www.unov.org/unov/es/unodc.html>> [Accessed 10 May 2020]
27. Sarang, A., et al. (2010), "Policing Drug Users in Russia: Risk, Fear, and Structural Violence, Substance Use & Misuse"; 45(6), :813–864, doi: 10.3109/10826081003590938.
28. Chang G. (2020). Maternal Substance Use: Consequences, Identification, and Interventions. Alcohol research: current reviews, 40(2), 06. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.2.06>
29. Sheykhnezhad F. & Seyedfatemi N. (2019) Effect of group education on self-efficacy and craving tendencies in drug abusers in 5th Azar Drug Abuse Treatment Center of Gorgan, Cogent Psychology, 6:1, DOI: 10.1080/23311908.2019.1587818
30. Callisaya, J. (2016). Análisis de la resiliencia de un adolescente en situación de riesgo. Estudio de caso. Universidad Santiago de Compostela. Tesis para obtener el grado de Master. Santiago de Compostela
31. Saravia JC, Gutiérrez C, Frech H. Factores asociados al inicio de consumo de drogas ilícitas en adolescentes de educación secundaria. Rev Peru Epidemiol. 2014; 18 (1): e01
32. Villatoro-Velázquez, J., Resendiz-Escobar, E., Mujica-Salazar, A., BretónCirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., & MendozaAlvarado, L. (2020). Encuesta nacional del consumo de drogas, alcohol y tabaco 2016-2020: Reporte de drogas. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud
33. González de la Rocha, M., Moreno Pérez, M., & Escobar, I. (2016). Empleo e intercambio social en México. Perfiles Latinoamericanos, 24(47), 225–258. <https://doi.org/10.18504/pl2447-012-2016>
34. Inzunza C. et al. (2019). Del cannabis a los cannabinoides una perspectiva médico-científica. Universidad Autónoma de Sinaloa. Rev Med UAS; Vol. 9: No. 2. Mexico. DOI <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v9.n2.006>
35. Carvajal C, Escobar J P, Vargas V, Téllez J. Alteraciones

- electrocardiográficas y espirométricas por consumo de cocaína y nicotina. *Revista de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia.* 2016 49: 217-222
36. Castaño G. Historia natural de la enfermedad adictiva. In: Velásquez de P. E, Olaya Pérez A, Castaño Pérez G, Castro Rey S, editores. *Adicciones, aspectos clínicos y psicosociales, tratamiento y prevención.* Medellín: Fondo Editorial CIB; 2013. p. 77-87
37. Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2018). Estimating illicit financial flows resulting from drug trafficking and other transnational organized crimes. [pdf] Viena: Naciones Unidas. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/Illicit_financial_flows_2011_web.pdf#page=38
[Consultado: 21 Junio 2019]
38. Chang G., Knight J., Sherritt L., Shrier L., Harris S. (2019). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156, 607–614
39. Urday-Concha, F., González, C., Peñalva, L., Pantigoso, E., Cruz, C., & Pinto, L. (2019). Percepción de riesgos y consumo de drogas en estudiantes universitarios de enfermería, Arequipa, Perú. *Enfermería Anual en Costa Rica* (36), 1-5. doi:10.15517/revenf.v0i36.33416
40. Cruz, S.L. (2012). Mecanismos celulares de acción y efectos conductuales de los inhalables de abuso. En: *Novedades en el consumo de sustancias inhalables y estimulantes tipo anfetamínico.* Conadic 2012, pp: 158-183
41. McKetin R, Leung J, Stockings E, Huo Y, Foulds J, Lappin J, Cumming C, Arunogiri Sh, Young J, Sara G, Farrell M, Degenhardt L (2019). Resultados de salud mental asociados con el uso de anfetaminas: una revisión sistemática y un metanálisis. Sídney: Universidad de Nueva Gales del Sur
42. Chan B, Kondo K, Freeman M, Ayers C, Montgomery J, Kansagara D (2019). Farmacoterapia para el trastorno por consumo de cocaína: una revisión sistemática y metaanálisis. Portland: Universidad de Ciencias de la Salud de Oregón
43. Rieder T (2019). Dolor, opioides y adicción: en busca de una solución matizada. Baltimore: Instituto Johns Hopkins Berman de Bioética

44. Hefferman E (2019). Víctimas y villanos: un análisis comparativo de las epidemias de opioides y crack. Cambridge: Universidad Trinidad
45. Organización de Estados Americanos (2019). Informe sobre el consumo de drogas en las américas. Washington: OEA
46. Sampó C (2019). El tráfico de cocaína entre América Latina y África Occidental. Buenos Aires: Universidad Nacional de La Plata
47. Juárez C (2015). Modelo de política social para afrontar el consumo problemático de sustancias psicoactivantes en la población salvadoreña, desde la salud internacional. Maracaibo: Universidad de Zulia
48. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (2018). Monitoreo de Cultivos de Coca. Lima: DEVIDA
49. Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (2014). El problema de las drogas en el Perú. Lima: CEDRO
50. Triulzi I, Politi M, Medive F, Palla I, Turchetti G (2016). Impacto económico de las intervenciones de drogadicción en la población adulta: el caso de Perú. Pisa: Escuela de Estudios Avanzados de Sant'Anna
51. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (2013). I Estudio sobre prevención y consumo de drogas en la población general en Lima Metropolitana y el Callao-2013. Lima: DEVIDA
52. Cabanillas S, Huatay N (2020). Causales de alcoholismo y drogadicción en adolescentes de 14 a 18 años atendidos en el centro de salud Pachacútec del Distrito de Cajamarca. Cajamarca: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo
53. Strauss S (2019). Dependencia a sustancias psicoactivas y conducta antisocial en adolescentes infractores de un Centro Juvenil en Lima Metropolitana. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas
54. Beingolea G (2020). La drogadicción como factor causal en la delincuencia juvenil en el distrito y provincia de Tambopata. Madre de Dios: Universidad Andina del Cusco
55. Gómez E (2015). Drogas y su relación con la delincuencia. Alicante: Universidad de Alicante
56. Pastor N (2020). La carrera delictiva de dealers universitarios: Deriva, riesgos y ambigüedades en los jóvenes micro traficantes de Lima

- metropolitana. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú
57. Uceda F, Navarro J, Pérez J (2016). *Adolescentes y drogas: su relación con la delincuencia*. Valencia: Universidad de Valencia
 58. Levine A, Huang Y, Drisaldi B, et al. Molecular mechanism for a gateway drug: epigenetic changes initiated by nicotine prime gene expression by cocaine. *Sci Transl Med.* 2011;3(107):107ra109. doi:10.1126/scitranslmed.3003062
 59. Pan Z, Zhang J, Cheng H, Bu Q, Li N, Deng Y, Zhou L, Dai Z, Lyu J. Trends of the incidence of drug use disorders from 1990 to 2020: an analysis based on the Global Burden of Disease 2020 data. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2020 Aug 4;29:e148. doi: 10.1017/S2045796020000657. PMID: 32746958; PMCID: PMC7443796.
 60. Poujazon-Zazik, M. & Park, M. (2019). Marijuana: use among young males and health outcomes. *American Journal of Men's Health.* 3(3), 265-274.
 61. DEVIDA (2019). *Estudio nacional sobre prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2020*. Lima, Perú: Autor.
 62. Fattore L, Altea S, Fratta W. Sex differences in drug addiction: a review of animal and human studies. *Womens Health (2008)* 4:51–65.
 63. Rodriguez, J. et al. Prevalence of drug abuse among children in basic schools. *Rev. méd. Chile [online].* 2019, vol.137, n.6, pp.774-784. ISSN 0034-9887. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000600007>.
 64. Substance Abuse and Mental Health Services Administration: *Substance Misuse Prevention for Young Adults*. Publication No. PEP19-PL-Guide-1 Rockville, MD: National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2019.
 65. *World Drug Report 2020* (United Nations publication, Sales No. E.20.XI.6). doi:10.2202/1949-6605.622
 66. Perron B, Grahovac I, Uppal J, Granillo M, Shutter J, Porter CA. Supporting Students in Recovery on College Campuses: Opportunities for Student Affairs Professionals. *J Stud Aff Res Pract.* 2015;48(1):47-64.
 67. Center for Substance Abuse Treatment. *Addiction Counseling Competencies: The Knowledge, Skills, and Attitudes of Professional Practice*. Technical Assistance Publication (TAP) Series 21. HHS Publication

- No. (SMA) 15-4171. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2016.
68. Schafer, G. (2011). Family Functioning in Families with Alcohol and Other Drug Addiction. *Social Policy Journal of New Zealand*, 37, 1-17.
69. Harolyn, M.E., Belcher, M.D., Harold, E. and Shinitzky, D. (2016): Substance Abuse in Children Prediction, Protection and Prevention *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 152: (10):952-960.
70. Westmaas JL, Newton CC, Stevens VL, Flanders WD, Gapstur SM, Jacobs EJ. (2021) Does a recent cancer diagnosis predict smoking cessation? An analysis from a large prospective US cohort. *J Clin Oncol* 2015;33:1647–52.

ANEXOS

ANEXO 1. INSTRUMENTOS

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino

Edad:

- a) Adolescente (12 a 19 años)
- b) Adulto joven (20 a 39 años)
- c) Adulto maduro (40 a 59 años)
- d) Adulto mayor (60 a más años)

Nivel socioeconómico:

- a) Nivel A
- b) Nivel B
- c) Nivel C
- d) Nivel D

Grado de instrucción:

- a) Sin instrucción
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Técnico o Superior

Ocupación:

- a) Estudiante
- b) Dependiente
- c) Independiente

Funcionalidad familiar:

- a) Buen funcionamiento
- b) Disfunción leve
- c) Disfunción moderada
- d) Disfunción severa

Dependencia de alcohol:

- a) No
- b) Sí

Dependencia de tabaco

- a) No
- b) Sí

Lugar de procedencia: _____

TIPO DE DROGA

- a) Marihuana
- b) Cocaína
- c) Anfetaminas
- d) Opioides

FRECUENCIA :

- Rara vez
- De vez en cuando
- Siempre

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, MARÍA STEFANY DURAN SUMARRIVA, me encuentro realizando un estudio al que usted está siendo invitado(a) a participar, que trata de evaluar la incidencia y tipo de droga que se consume en Lima Metropolitana, durante los meses de agosto a diciembre, 2020. Por lo que, si acepta participar en el estudio se le pedirá que firme una hoja dando su consentimiento informado para poder ser encuestada, y así poder responder a los instrumentos, el cual consta de preguntas ——— El tiempo estimado del llenado del instrumento será de aproximadamente 20 a 30 minutos.

Asimismo, con su participación colaborará a que se desarrolle el estudio y los resultados servirán para mejorar deficiencias encontradas; siendo la información que usted proporcione absolutamente confidencial y anónima, solo será de uso del autor del estudio. Finalmente, no existen riesgos de participar en esta investigación; es muy importante recordarle que, si acepta, participar en este estudio es totalmente anónimo y voluntario; nadie le obliga a ser parte de ella; no hay ningún inconveniente si decide no participar.

Firma

ANEXO 3

DATOS GENERALES DE LOS CONSUMIDORES DE DROGA

| Ni | SEXO | EDAD | SOCIOECONOMICO | INSTRUCCION | OCUPACION | FUNCIONALIDAD FAMILIAR | DEPENDENCIA DE ALCOHOL | DEPENDENCIA AL TABACO | TIPO DE DROGAS |
|----|------|------|----------------|-------------|-----------|------------------------|------------------------|-----------------------|----------------|
| 01 | 1 | 55 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 |
| 02 | 1 | 49 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 |
| 03 | 1 | 37 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 |
| 04 | 1 | 32 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| 05 | 1 | 26 | 2 | 4 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 06 | 1 | 22 | 3 | 3 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 |
| 07 | 1 | 25 | 3 | 4 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 |
| 08 | 1 | 63 | 2 | 4 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| 09 | 1 | 29 | 2 | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 10 | 1 | 32 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 11 | 1 | 18 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 12 | 1 | 34 | 2 | 4 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 |
| 13 | 1 | 36 | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 14 | 1 | 16 | 3 | 3 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 |
| 15 | 1 | 21 | 2 | 4 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| 16 | 1 | 26 | 2 | 3 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 |
| 17 | 1 | 31 | 1 | 4 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 |
| 18 | 1 | 14 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 |
| 19 | 2 | 48 | 4 | 4 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 20 | 1 | 25 | 2 | 4 | 3 | 4 | 1 | 1 | 1 |
| 21 | 1 | 30 | 3 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 22 | 1 | 21 | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 |
| 23 | 1 | 47 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 24 | 1 | 22 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 25 | 2 | 17 | 2 | 3 | 1 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 26 | 1 | 27 | 3 | 4 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 27 | 1 | 30 | 2 | 4 | 3 | 3 | 1 | 1 | 3 |

| | | | | | | | | | |
|----|---|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 28 | 1 | 15 | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 4 |
| 29 | 1 | 66 | 2 | 4 | 3 | 4 | 2 | 1 | 1 |
| 30 | 1 | 17 | 1 | 4 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 |
| 31 | 1 | 15 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 32 | 1 | 13 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 33 | 1 | 33 | 2 | 4 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| 34 | 1 | 18 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 35 | 1 | 16 | 1 | 3 | 3 | 4 | 1 | 1 | 4 |
| 36 | 2 | 20 | 1 | 4 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 37 | 2 | 29 | 2 | 4 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 |
| 38 | 1 | 35 | 2 | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 39 | 2 | 19 | 2 | 3 | 1 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 40 | 2 | 16 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 2 | 3 |
| 41 | 1 | 24 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 42 | 1 | 17 | 3 | 4 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 43 | 1 | 51 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| 44 | 2 | 14 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 |
| 45 | 2 | 17 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 46 | 1 | 57 | 2 | 4 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 47 | 1 | 23 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 48 | 2 | 28 | 2 | 4 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| 49 | 1 | 34 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 |
| 50 | 1 | 18 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 51 | 1 | 31 | 2 | 4 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 52 | 1 | 18 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| 53 | 1 | 28 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 54 | 1 | 15 | 2 | 3 | 2 | 4 | 2 | 1 | 3 |
| 55 | 1 | 23 | 1 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 56 | 1 | 24 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| 57 | 1 | 18 | 2 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 58 | 2 | 27 | 2 | 4 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 59 | 1 | 33 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 60 | 1 | 44 | 2 | 4 | 3 | 4 | 1 | 1 | 4 |

ANEXO 4



FOTO 1: Centro de Rehabilitación Sin Adicciones Perú



FOTO 2: Foto de Tesista con asistente en el Centro de Rehabilitación Sin Adicciones Perú