

# factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud

*Alfonso Zavaleta Martínez - Vargas*  
*Editor*



Centro de Información y Educación para  
la Prevención del Abuso de Drogas

## Presentación

La población joven peruana incorpora a cerca de la quinta parte de la población del país, y constituye el rango de edad en el que se centraliza el mayor riesgo para la iniciación y mantenimiento del uso de drogas. Por este motivo, Cedro ha considerado necesaria la publicación de una obra de enfoque multidisciplinario, y multifactorial cuyo eje central sea la juventud, y la existencia de factores de riesgo y prevención del consumo de drogas.

Este libro constituye un aporte multidisciplinario al conocimiento de los factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud, en el que en seis capítulos se incorporan las experiencias de un equipo multidisciplinario de especialistas en el tema drogas y juventud.

En el primer capítulo Carmen Masías, Psicóloga y Educadora trata sobre la resiliencia, capacidad intrínseca del ser humano para enfrentar situaciones difíciles y adversas y entre ellas la capacidad de defenderse frente a la oferta de las drogas, y recuperarse de la adversidad. El análisis crítico y profundo del rol de la comunidad y la necesidad de crear y sostener programas preventivos del consumo de drogas que promuevan la resiliencia son tratados en detalle.

En el segundo capítulo Zavaleta, Romero y Castro, estudian las variables asociadas a la prevalencia de drogas en los jóvenes de Lima-Perú. Los autores analizan los resultados de una encuesta aplicada a jóvenes de Lima, y demuestran la relación entre la prevalencia de vida (uso alguna vez en la vida de drogas ilegales marihuana, PBC ó cocaína clorhidrato) y la edad del joven, la facilidad o dificultad de acceso a la

droga ilegal, así como el probar drogas por curiosidad, diversión ó sensación de bienestar.

En el tercer capítulo Milton Rojas revisa los principales aspectos psicológicos de los factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. Rojas analiza exhaustivamente el enfoque de riesgo y caracteriza los factores principales identificados, entre los que destacan la familia disfuncional, patrones de educación y crianza, abuso de drogas en el contexto familiar, actitud hacia la familia, vulnerabilidad biológica, cogniciones y rasgos de la personalidad, el ser varón, la edad (16-19 años) y la relación de pertenencia a grupos y los pares. Como factores protectores incluye: comunicación y diálogo abierto y claro, límites y reglas delimitadas en la familia, educación congruente, familia integrada, expresiones de afecto como costumbre, no abuso de alcohol en la familia, no antecedentes de adicción o abuso de drogas en la familia, buena percepción del padre, cogniciones y rasgos de personalidad, autoestima, autonomía en el grupo, práctica frecuente de deportes entre otros.

En el cuarto capítulo José Anicama se ocupa del impacto de los factores de riesgo y protectores en el desarrollo de la conducta adictiva, mediante un abordaje conductual cognitivo discute la concepción, las estrategias y los principios básicos de la prevención, resaltando la importancia de los factores de riesgo y de protección para el abuso de drogas. Sustenta el análisis los resultados de varios estudios del autor en jóvenes de Lima Metropolitana. Destacan como factores protectores el sentirse amados y valorados por sus padres y familia, compartir algunos momentos gratos durante el día, ser populares y aceptados por sus amigos, estar informados de los efectos negativos de las drogas, y tener amigos con los que comparten sus preocupaciones.

En el quinto capítulo, Rosa María Ugarte trata acerca de la familia como factor de riesgo, protección y resiliencia en la prevención del abuso de drogas en los adolescentes, y enfatiza el rol de la relación intrafamiliar del joven, los problemas asociados a la separación – individuación, subversión de jerarquías tradicionales, figura paterna ausente y emocionalmente distante del hijo, presencia de madre indulgente y

simbiótica, pseudo individuación y organización familiar rígida entre otros factores de riesgo. Se resalta el rol gravitante de la familia y el entorno familiar y la escasa importancia que se da a este factor en algunos programas de prevención del consumo de drogas.

En el sexto capítulo, Jorge Arnao trata acerca de la prostitución adolescente y el consumo y microcomercialización de drogas, un tema tabú de difícil de su abordaje, por lo que ha sido poco estudiado en nuestro medio. El capítulo incluye un amplio análisis de las características de dicha actividad en el país, y los factores que contribuyen a su expansión en nuestro medio, revisando las interacciones entre la prostitución adolescente y el consumo de drogas. En el análisis se incluye el escaso abordaje que hacen los medios de comunicación masiva sobre el tema, y la relación actual existente entre pornografía de menores e Internet.

Con este libro, CEDRO pone a disposición de la comunidad un nuevo aporte al conocimiento y la prevención de la farmacodependencia en el país.

Finalmente, deseamos expresar nuestro agradecimiento institucional a la NAS , Embajada de los E.E. U.U., gracias a cuyo aporte financiero fue posible la edición e impresión de esta obra, así como la realización de varios de los estudios y programas citados en los diferentes capítulos de la obra.

Lima, Setiembre 2001

***Alfonso Zavaleta Martínez – Vargas***  
**Editor**

<b>3</b>	<b>Presentación</b>
<b>7</b>	<b>Índice</b>
<b>9</b>	<b>Perfil de los autores.</b>
<b>13</b>	<b>Capítulo 1.</b> Resiliencia y programas preventivos del consumo de drogas. <i>Carmen Masías</i>
<b>29</b>	<b>Capítulo 2.</b> Variables asociadas a la prevalencia de vida de drogas en jóvenes de Lima - Perú. <i>Alfonso Zavaleta, Eduardo Romero y Ramiro Castro de la Mata</i>
<b>51</b>	<b>Capítulo 3.</b> Factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. Revisión y análisis del estado actual. <i>Milton Rojas</i>
<b>95</b>	<b>Capítulo 4.</b> Impacto de los factores de riesgo y factores protectores en el desarrollo de la conducta adictiva. <i>José Anicama</i>
<b>131</b>	<b>Capítulo 5.</b> La familia como factor de riesgo, protección y resiliencia en la prevención del abuso de drogas en adolescentes. <i>Rosa María Ugarte</i>
<b>171</b>	<b>Capítulo 6.</b> Prostitución adolescente, consumo y microcomercialización de drogas. <i>Jorge Arnao</i>

## Perfil de los autores

### § **JOSÉ CARLOS ANICAMA GÓMEZ**

Psicólogo Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Post-Grado en Psicología: Diseño de Sistemas Educativos Universidad Estatal de Florida, USA

Post-Grado en Psicología: Modificación de Conducta, Universidad de Manitoba, CANADA.

Master en Salud Pública, Universidad de Alabama.

Master en Psicología Universidad Peruana Cayetano Heredia

Doctor en Ciencias con mención en Psicología Universidad Peruana Cayetano Heredia

Profesor Principal Universidad Nacional Federico Villarreal

Consultor e Investigador del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas

Coordinador de la Maestría Iberoamericana On Line en Drogas Dependencias, CICAD, Organización de Estados Americanos.

Premio Nacional en Psicología 1997.

### § **JORGE L. ARNAO MARCIANI**

Psicólogo (Universidad Mayor de San Marcos).

Consultor en dirección y evaluación de grupos focales.

Consultor de la Agencia Suiza para el desarrollo y la cooperación – Perú, para el proyecto de capacitación laboral y prevención de drogas en jóvenes.

Especialista en metodología participativa.

Representante de CEDRO en las diferentes mesas de trabajo sobre adolescencia.

Ha publicado artículos científicos sobre adolescencia en revistas y diarios.

Autor de libros e investigaciones sobre la adolescencia.

Jarnao@cedro.org.pe

§ **RAMIRO CASTRO DE LA MATA**

Medico, Doctor en Medicina (Universidad Peruana Cayetano Heredia)  
Presidente del Directorio de – CEDRO.

Profesor Principal y Ex Vicerrector de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Profesor Universidad San Martín de Porres

Miembro de la Academia Nacional de Medicina

Ex Subdirector, Consejo Nacional y Ciencia y Tecnología

Ex Research Fellow, University of Pennsylvania, U.S.A.

Ganador del premio COSAPI a la innovación científica y tecnológica

e-mail: rcastro@terra.com.pe

§ **CARMEN MASÍAS CLAUX**

Psicóloga (Universidad Nacional Mayor de San Marcos), Master en Psicología (Terapia Familiar, Universidad Particular San Martín de Porres).

Con estudios de Doctorado en Psicología (Universidad Nacional Federico Villarreal).

Ha participado en actividades docentes en universidades Nacional Mayor de San Marcos, Universidad Ricardo Palma, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Sub Directora del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas - CEDRO.

Miembro de la Junta coordinadora de la Red Iberoamericana de ONGs que trabajan en Drogodependencia (RIOD) y encargada del Nodo Andino (Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela).

Ha realizado consultorías temporales para USAID y el Programa de acercamiento entre Ongs de las Américas y el CARIBE. (Lima, la Habana, Cuba).

Consultora en el Programa de Desarrollo Curricular en Educación en Población en el Perú (con el Ministerio de Educación).

§ **MILTON ROJAS VALERO**

Psicólogo (Universidad Ricardo Palma)

Miembro de la primera promoción de la Maestría en Farmacodependencia (Universidad Peruana Cayetano Heredia).

Encargado del servicio de consejería y terapia breve para abusadores y adictos a las drogas “Lugar de escucha”, CEDRO.

Ex-becario del Centro Europeo contra las drogas (Francia).

Presidente de la Sociedad Peruana de Psicólogos en Conductas Adictivas.

Investigador interesado en la investigación clínica de la drogodependencia desde la perspectiva de género.

Ganador del Premio del Área de Psicología, Colegio de Psicólogos del Perú.

§ **EDUARDO ROMERO BOLOGNESI**

Licenciado en Estadística (Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Actualmente se encuentra realizando Maestría en Ciencias con mención en proyectos de inversión (Facultad de Ingeniería Económica y CC. SS. Universidad Nacional de Ingeniería).

Programador de sistemas empresariales (CIBERTEC).

Encargado de procesamiento y análisis estadístico del Área de Investigaciones CEDRO.

Experiencia en desarrollo y tratamiento estadístico de estudios enfocados en el Área de las ciencias sociales, investigación de mercados, Psicología y Arqueología.

e-mail: eromero@cedro.org.pe

§ **ROSA MARIA UGARTE DIAZ**

Licenciada en Psicología -Universidad Nacional Mayor de San Marcos  
Estudios de Maestría en Farmacodependencia, Universidad Peruana Cayetano Heredia

Formación en Terapia Familiar, FASIS, Perú.

Ex- Directora de Juventudes y Ex asesora de la Comisión del Uso Indebido de Drogas del Ministerio de Educación.

Supervisora del Programa Comunidad Educativa, Escuela de Padres, CEDRO

Coordinadora de Proyectos Educativos con la cooperación española y europea -CEDRO

Consultora y capacitadora en programas educativos, habilidades sociales y de familia -CARE PERU.

§ **ALFONSO ZAVALETA MARTINEZ-VARGAS**

Médico, Doctor en Farmacología (Universidad Cayetano Heredia)

Encargado del Área de Investigaciones, CEDRO

Profesor Principal, Coordinador Sección Farmacología, Facultad de Ciencia y Filosofía, Universidad Cayetano Heredia.

Subdirector, Centro Antidoping, Universidad Peruana Cayetano Heredia

Fue Director General, Centro Nacional de Control de Calidad, y Subjefe del Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud.

Ganador de los Premios Nacionales Hipólito Unanue, Grunenthal, Roussell, Alberto Hurtado y Carlos Gutiérrez Noriega (CONCYTEC) por investigaciones en el área biomédica.

e-mail: azavaleta@cedro.org.pe

## **Capítulo 1**

# Resiliencia y programas preventivos del consumo de drogas

**Carmen Masías Claux**

## RESILIENCIA Y PROGRAMAS PREVENTIVOS

*Carmen Masías Claux*<sup>1</sup>

### RESUMEN

*La capacidad intrínseca del ser humano para enfrentar situaciones difíciles y adversas, en particular de los adolescentes menos favorecidos social, cultural y económicamente, es examinada por la autora. En un escenario enmarcado por limitaciones, desventajas y frustraciones, pareciera ser que justamente la resiliencia asume el rol de verdaderos escudos de protección para evitar la incorporación de comportamientos riesgosos y la convivencia con ellos. Esa capacidad de respuesta innata, se propone promoverla y afianzarla dentro de los programas preventivos de conductas de riesgo.*

**Palabras Clave:** *Resiliencia, Jóvenes, Drogas.*

### Prevención y Resiliencia

Hace unos días observaba la entrevista en televisión a una artista española-argentina quien describía la forma cómo había iniciado su pasión por el dibujo: durante la guerra civil española, a la edad de ocho años, cuando trabajaba en el campo en pastoreo. Lo único que atesoraba la familia era una cabra, una vaca y dos ovejas. El aburrimiento empezó a agobiar a la niña pues las jornadas comenzaban casi en la madrugada, terminando a las seis de la tarde. Fue ahí cuando ésta tomó una pequeña

---

<sup>1</sup> Subdirectora de CEDRO



rama caída de un árbol y sobre la tierra comenzó sus primeros esbozos, que ha continuado haciendo hasta hoy.

Al verla en la pantalla, al percibir su expresión de satisfacción en ese narrar suyo gozoso del pasado, a pesar de las circunstancias, entendemos en parte, lo que es la resiliencia: la capacidad de las personas para afrontar la adversidad y sacar de ella provecho.

Igualmente tuve oportunidad de enriquecer mi entendimiento de resiliencia en los últimos días de vida de mi madre. Al acomodar las cobijas de su cama, un día húmedo limeño y ya con la enfermedad haciendo sus estragos, ella con una enorme sonrisa expresó: “que maravilla, poder recibir todo este calor. Pensar, que cuando nací casi no tuvieron con qué abrigarme” (ella vio la luz, última de ocho hermanos, en el crudo invierno de fines de junio de Santiago de Chile, en una situación de pobreza pero también de esperanza) .

Al analizar estos dos hechos, por cierto, para mí, uno más conmovedor que el otro, en ambos, percibo a estas personas enfrentando un pasado. La artista lo recuerda como una situación que la lleva a crear. En el caso de mi madre, la resiliencia se manifiesta justo antes de enfrentar la muerte, como una actitud de “balance positivo” y de gratitud hacia la vida.

Los dos ejemplos hacen referencia a personas adultas, que miran el pasado y el presente con serenidad digna de imitarse. Pero ¿cuál es el rol de la resiliencia y cómo puede ésta ayudarnos en el caso de los niños y niñas, los y las adolescentes, las y los jóvenes? ¿Es posible potenciarla frente a las situaciones de riesgo en los programas preventivos dirigidos a esta población?

Entendemos por resiliencia aquel constructo que nos permite o nos facilita la comprensión de la persona humana más allá de sus sufrimientos, es decir el ser capaz de desarrollar sus potencialidades y recursos propios y no sólo de verse inmersa en situaciones de riesgo. La persona, ante quizás lo inevitable, usando sus recursos afectivos e intelectuales incluyendo su sentido del humor.

Gran parte de la población joven del mundo y en especial de los países en desarrollo, está creciendo en condiciones de adversidad. Los ataques terroristas, la guerra como respuesta, son situaciones extremas que parece dejarán de ser coyunturales para instalarse como parte de una agenda mundial que afecta, de forma especial, a niños, niñas, adolescentes y jóvenes, así como a mujeres adultas. Es difícil imaginar en este panorama el fortalecimiento de la resiliencia y sin embargo, esta se hace más necesaria que nunca.

No sólo la situación absurda y CONDENABLE de la guerra “pone a prueba”, por decirlo de algún modo, la resistencia de los humanos. También la adversidad tiene estrecha relación con los pocos recursos materiales con los que gran parte de la humanidad, sobre todo joven, debe subsistir y aún tener esperanzas y responder a lo que de ella se espera, es decir, conductas no perturbadoras del sistema.

El mundo, a pesar de las condiciones adversas de vida de la gran mayoría, sigue manteniendo la expectativa que los, las adolescentes y jóvenes alcancen una madurez, una adultez deseable, extinta de conductas disfuncionales y libre de consumo de drogas y de actos no éticos o perturbadores. Todo ello, sabemos fehacientemente, está estrechamente ligado a la calidad de vida no sólo material sino espiritual del sujeto, a la cultura familiar, a su entorno, a sus creencias y a su ideología.

Desde este enfoque, la población joven del Perú estaría en su mayoría, en situación de riesgo, así como la de otros países en vías de desarrollo, pero también la de otros países desarrollados 54% de pobres y 18% de pobres extremos en nuestro país, así como una prevalencia de maltrato muy alta (54%) en los hogares (Anicama 2,000), sería una condición “sine qua non” para el riesgo pero por qué no, para analizar la resiliencia. Con esta condición expresada y con la situación post traumática de la guerra terrorista y su represión nuestro país podría pasar a ser uno de los contextos más resilientes del mundo y ser visto como “un laboratorio”. Sin embargo, la resiliencia no se analiza aislándola como un invernadero, sino ligada, fundamentalmente a las características humanas.

Es por ejemplo importante, frente al concepto de resiliencia, analizar y entender “el como” los padres o tutores enfrentan la adversidad y que rol juegan las organizaciones naturales, las redes informales y el sentido de comunidad. Ello constituye un modelo o paradigma para los miembros de la familia, aunque es claro que la resiliencia es casi “un paquete propio” que cada uno o cada una tiene para enfrentar lo adverso.

Dentro del marco de la prevención de las situaciones y factores de riesgo, en relación con el uso indebido de sustancias, el embarazo no deseado y temprano, las conductas delictivas y la deserción escolar, Dryfoos ha concluido en que existen lo que él denomina “marcadores” de riesgo o predictores de riesgo y que estos se manifestarán o plasmarán en conductas de consumo de sustancias y otras, dependiendo de la mayor o menor resiliencia de los y las adolescentes y jóvenes.

Estos “marcadores” el autor los resume en lo siguiente:

- Inicio temprano de sustancias psicoactivas (antes de los 12 años).
- Problemas escolares: malas notas, agresividad, crueldad con los/las compañeros(as).
- Problemas familiares: falta de soporte de los padres/madres. Disfuncionalidad de la familia, más allá de cual sea su estructura.
- Modelos de padres /madres consumidores.
- Depresión.
- Poca tolerancia a la frustración.
- Débil identidad cultural.
- Conflicto de identidades.
- Carencia de habilidades y
- Pobre vínculo con los padres u otras figuras tutoriales.

Estos “marcadores” de los que nos habla Dryfoos, están en estrecha relación con el denominado “síndrome de riesgo”, es decir con el “grado de estructura y de organización de las diferentes conductas de riesgo y su covariación individual”.

Esta covariación individual puede entenderse fundamentalmente a través de las investigaciones de campo en adolescentes y jóvenes, cuyos

hallazgos nos aproximan a “como estos miran, como perciben el mundo”. Sin embargo, la pregunta subsiste en cuanto a la resiliencia: ¿Por qué muchos adolescentes y jóvenes en situaciones de enorme adversidad no se involucran en conductas de riesgo?. ¿Cuáles son aquellos factores y situaciones protectores que constituyen “su resiliencia”?

**Jessor (1991)** para explicar las conductas de riesgo propone las siguientes fuentes de varianza: biológica, genética, ambiental-social, la referida a percepción del medio, la de la personalidad de cada sujeto y la de la conducta manifiesta.

Ninguna de estas fuentes puede ser vista aisladamente ni va a pesar de forma contundente sin ser analizada en su relación con las demás. Un adolescente por ejemplo, desde lo biológico puede tener un padre alcohólico, sin embargo su propio cociente intelectual puede constituir un factor de protección influyente en sus decisiones y conductas.

Hemos estado acostumbrados a que la connotación de factor o situación de protección es opuesta a “factor de o situación de riesgo”. Sin embargo no lo es, simplemente se trata de factores o situaciones diferentes que funcionan de forma activa para promover conductas deseables ó no. En pocas palabras las categorías de causalidad están interrelacionadas entre sí.

Si regresamos al análisis de la pobreza y como esta juega un rol en el individuo, podríamos decir que esta puede tener un efecto en las expectativas del sujeto en cuanto a que quiere y que espera de la vida, de su propia vida. Esta percepción puede pasar a formar parte asimismo de su personalidad y puede influir en sus conductas.

Pero podríamos decir también que la situación de pobreza “ha teñido” al sujeto de una expectativa de cambiar las cosas, de transformar su propio ambiente y esto se ha convertido en un rasgo de persistencia internalizado y ha pasado a formar parte del sujeto que utiliza este “drive” para ir logrando metas de cambio en su propia vida. Ello posiblemente guiará sus conductas hacia el logro.

Rutter aporta sobre resiliencia lo siguiente: “ características de los niños, niñas, adolescentes que no tienen problemas conductuales o emocionales a pesar de haber tenido experiencias y estrés que en la población general están asociados al daño”. ” Habilidad de rebotar ... más aún de ser fortalecido(a) por la adversidad...”.

Para Rutter (1990), la resiliencia se origina en: a) un ambiente que promueva oportunidades. b) una personalidad fuerte con rasgos de autonomía y c) una capacidad de comunicarse, de poner en práctica habilidades, de tomar decisiones etc.

Para este mismo autor, la resiliencia no consiste en evitar la adversidad ni la situación de riesgo en general, sino más bien en una exposición controlada al riesgo. Es decir, la resiliencia está en relación al control que sobre la propia vida se ejerza. Es el “saber” lo que pasa. Es el conocer “el porque las cosas se dan de cierta manera y no de otra” aunque desearíamos que no sea así.

Cuando le preguntaron a una joven y famosa periodista norteamericana cómo había podido superar el hecho que sus dos padres hubiesen sido drogadictos y por lo tanto negligentes con su cuidado y el de sus hermanos, ella contestó: “yo sabía que estaban enfermos y sabía que me amaban”. Esta profesional enfrentó la más tremenda adversidad, incluso la de vivir en las calles de New York y terminar, en esas circunstancias su educación secundaria sin que nadie lo supiese en la escuela.

Un niño o una niña puede darse cuenta que su padre está alterado, que “la razón” es que hace meses que busca empleo sin encontrarlo y “perdona” su conducta porque la entiende, porque sabe cual es su origen. “Sabe” que está gritando no porque ella o él sea malo, sino porque su padre tiene “una razón”: su frustración ante la incapacidad de encontrar trabajo.

El comprender, el saber la situación, disminuye la ansiedad del sujeto, lo hace menos vulnerable a aquellas cosas que él o ella saben que no dependen de su conducta.

Es deseable la independencia entre los adolescentes y sus padres, más allá de lo importante del vínculo que es necesario fortalecer. El sentimiento de ser único o única y de saber que se puede tener control sobre la propia conducta y sobre la propia vida en general, otorga un sentimiento de “poder” que es parte de la resiliencia.

En algunas intervenciones DE ciertos programas de CEDRO en ambientes tugurizados, el trabajo con niños y adolescentes cuyos padres consumen y trafican con sustancias ilegales se vuelve una herramienta de empoderamiento de estas poblaciones jóvenes que aún en las peores circunstancias pueden adquirir el sentimiento y la percepción de ser únicos e importantes y manejar por lo tanto sus conductas más allá de determinismos familiares.

En este contexto, es de enorme importancia el involucramiento de las redes de soporte comunitarias, formales e informales, los liderazgos “naturales”, las comunidades religiosas y las tutorías, aún las espontáneas.

La existencia y la promoción de otros modelos representa una variable fundamental en la construcción de ambientes resilientes. Asimismo el juego, el arte, los espacios de fortalecimiento espiritual sean ó no estos religiosos.

Un niño o niña puede distanciarse de las conductas inadecuadas e incluso ilegales de los padres. Buscar por ejemplo, actividades sanas a través de los grupos de tutoría y no acompañar a sus progenitores en la venta de sustancias psicoactivas. Una adolescente puede entender el alcoholismo de su madre, sin juzgarla, pero sabiendo que no desea para sí misma esa situación.

Los niños y adolescentes pueden aprender estilos de afrontamiento así como a alejarse física y emocionalmente de las situaciones de riesgo y de la fatalidad, aún cuando sean sus padres ó no los que estén en ellas inmersos. Ejemplo de ello representan los cientos de adolescentes y jóvenes en el programa de “Toma de Conciencia” de CEDRO en las zonas del Alto Huallaga y el Valle del Ene Apurímac. La “cultura de la coca” (droga) empieza a dejar de ser percibida como un determinismo

frente al cual ellos y ellas nada puedan hacer. La naturaleza y sus posibilidades, entre ellas, sus beneficios pacificadores, ejerce una influencia en la resiliencia de estos adolescentes y jóvenes de las zonas mencionadas que empiezan a percibir su entorno natural con promesas de otras alternativas más allá de la producción y tráfico de drogas.

Crear programas preventivos del uso indebido de sustancias con los niños y niñas, los y las adolescentes y los y las jóvenes, implica generar y recoger la resiliencia ya instalada y fortalecerla, y tomar en cuenta ciertos principios que pueden servir de pautas en el desarrollo de los programas. Entre estos, los siguientes:

1. Los niños, niñas y adolescentes no tienen un ritmo uniforme de maduración. Tener igual edad no significa igual ritmo de maduración psicológica, biológica, social.

La situación precaria por ejemplo de algunos niños, niñas y adolescentes que trabajan puede acelerar una maduración en un sentido y tal vez no en otro. Asimismo varía la de aquellos y aquellas que han vivido en la calle por expulsión de sus hogares.

Por ejemplo, en programas de “Niños, Niñas y Adolescentes de la Calle” de CEDRO y de otras instituciones se encuentra que la maduración sexual de muchos de ellos ha sido precoz por las condiciones de hacinamiento y promiscuidad en el hogar de origen y en la misma calle.

La lectura desde la perspectiva biológica nos dice que los ritmos biológicos son singulares en cada individuo. Así, los niveles de vulnerabilidad biológica, la alimentación, las cogniciones, la auto-eficacia y otras variables contextuales, pueden jugar un rol importante en el desarrollo psicológico y social del o la adolescente.

2. En nuestro país, los ambientes y aquello que percibe el niño, la niña, los adolescentes, son muy diversos, aunque se tienda

a una cultura globalizada, sobre todo a través de los medios de comunicación masivos.

Y si bien existen diferencias marcadas sobre todo entre lo rural y lo urbano, la tendencia a la globalización, ofrece mensajes uniformizados y lenguajes compartidos universales más relacionados con la imagen que con la palabra.

Asimismo el fenómeno de “rapidización” en cuanto, a ciencia y tecnología, cada vez más acelerado, implica tomar en cuenta otro tipo de ritmos y lenguajes, sobre todo cuando nos referimos a programas dirigidos a adolescentes.

Los programas preventivos y de promoción de la resiliencia deberían promover el aprendizaje entre “culturas diferentes”, rescatando aquellos factores que desde lo rural o desde lo urbano promueven la resiliencia y pueden ser aprendidos y reforzados por diferentes grupos.

3. El mundo es configurado fundamentalmente por los adultos. La generación del terrorismo, la guerra, la prostitución, el afán de lucro desmedido e implacable, el narcotráfico etc. proviene de la construcción adulta.

Ello implica reflexionar profundamente sobre el mundo adulto así como sobre la no satanización de la población joven.

4. La población joven es manipulada por el mundo adulto. Este mundo adulto exhibe estereotipos que tienen por finalidad última fomentar el consumo masivo de la población joven.

La educación en valores no consumistas y el rescate de la espiritualidad y de la trascendencia se hacen cada vez más urgentes como variables que pueden incrementar la resiliencia.

5. Los programas dirigidos a adolescentes y jóvenes, sobre todo en lo que se refiere a su sexualidad y a la prevención del uso

indebido de sustancias, están enfocados, sobre todo en el mundo oficial, a atacar problemas y no a construir con los propios adolescentes y jóvenes espacios de atención cálidos, afectivos y comprensivos.

Se hace necesario un enfoque basado en las potencialidades, no condenatorio, que involucre la participación de los propios adolescentes y jóvenes, como un factor de incremento de la resiliencia.

El o la adolescente debe dejar de ser un chivo expiatorio, para convertirse, a través de los programas inteligentes, en sujeto de su propio desarrollo, con el apoyo adulto.

Es importante recordar que el o la adolescente prefiere “ser alguien” a ser nadie. Puede preferir ser detestado u odiado antes que ser ignorado, “no visto”... El “adultocentrismo” lleva a ignorar que la población joven tiene mucho que decir y que desea hacerlo.

La estigmatización de la adolescencia no promueve en lo absoluto la resiliencia. Por el contrario, atenta contra ella.

6. Los padres, madres, tutores, no se sienten, en muchos casos, preparados para comprender y asumir los cambios en sus hijos, sobre todo en la adolescencia. Por ello se hace necesario involucrarlos en programas participativos de comprensión de las etapas evolutivas y de las pautas de crianza.

Los padres, madres, pueden entender que potencialmente son sujetos preventivos. El hecho de prevenir o rehabilitar no debe dejarse totalmente en manos de “expertos” ni esperar milagros de “vacas sagradas” que en muchos casos pueden aprovechar del temor y la sumisión de los padres en aras de “curar” y de “promover la salud mental”, fomentando más bien prácticas reñidas con la ética y la moral.

Los padres y madres deben ser sujetos activos en la prevención y en la recuperación de sus hijos e hijas y no meros espectadores de muchas veces los experimentos de sujetos sin escrúpulos y/o “endiosados” dentro de su rol profesional o empírico.

Es deseable promover la resiliencia dentro de los profesionales de la salud mental, reconociendo asimismo los traumas que en muchos sujetos pudieran existir.

7. El maltrato intrafamiliar representa uno de los indicadores más preocupantes en lo que a salud mental se refiere en nuestro país y en América Latina. El factor mayor-menor resiliencia estaría estrechamente ligado a este indicador.

Es importante trabajar este factor como uno de los más importantes, para disminuir las situaciones de riesgo y crear resiliencia familiar y comunitaria. Las Demunas, las defensorías, los enfoques de conciliación y los esfuerzos por tratar padres-madres-profesores maltratantes, deberán reforzarse para aumentar la resiliencia.

8. Se está perdiendo en nuestras culturas la tradición de transmisión de adultos a niños, niñas y adolescentes como una forma de reforzar la identidad y de aumentar la resiliencia. Se hace necesario por lo tanto promover programas que tiendan a rescatar modelos adultos transmisores de cultura.

Los programas intergeneracionales tanto en zonas rurales como urbanas tenderán a fomentar la identidad y a evitar o disminuir el conflicto de identidades.

En un mundo fundamentalmente hedonista y promotor de lo joven (en cuanto al consumo, porque en otro plano lo niega) es importante rescatar los valores ligados a la tradición y la experiencia, así como a lo espiritual más allá del culto a lo físico.

## Palabras finales:

En última instancia la resiliencia es la lucha para rescatar el desarrollo humano en toda su dimensión frente a la adversidad, frente a lo inevitable, frente a un mundo cada vez más enfrentado y polarizado que a su vez nos invita a pensar en formas nuevas de tolerancia, de comprensión, de entendimiento.

En los niños, niñas, adolescentes y jóvenes podemos encontrar como adultos que somos, una enorme e inagotable fuente de inspiración: sus propias resiliencias. Necesitamos solamente cambiar esa falta de empatía social desde los adultos frente a los adolescentes. Requerimos lo que el colombiano Restrepo nos plantea, “rescatar la ternura” y que esta se vuelque sin racismos ni sexismos, ni fundamentalismos. Requerimos lo que el chileno Marturana propugna: “acabar con los lenguajes hegemónicos” de todo tipo: profesionales, de género, religiosos, ideológicos, raciales, étnicos, etc.

Rescatar la resiliencia del mundo joven es también rescatar su lenguaje, su inconformismo, su angustia frente a un futuro que el mundo adulto aún no sabe delinear desde lo humano.

El Perú, a pesar de sus múltiples problemas cuenta con herramientas poderosas que promueven la resiliencia: el sentido de comunidad, la organización barrial incluyendo la juvenil que surge frente a la adversidad, la familia extensa, el trabajo comunitario (minka), el intercambio sin que medie moneda alguna (trueque), el sentido del humor basado fundamentalmente en el entrenamiento frente a la frustración, la creatividad como respuesta a lo inesperado, la multiculturalidad retando los uniformismos y la expectativa creciente frente a la modernidad.

Es indispensable tener una mirada hacia toda esta riqueza, para implementar programas que tomen en cuenta estas variables, recordando que cierta dosis de adversidad fortalece más que la no exposición absoluta al riesgo

## REFERENCIAS

- Anicama, J.** Estudio Epidemiológico sobre La Violencia y Comportamientos Asociados en Lima Metropolitana y Callao. Lima: Universidad Nacional Federico y Ministerio de Salud. 2000.
- CBS.** Programa twenty/twenty: entrevistas varias. Junio, 2000.
- Canal “A”** (Argentina) Programa de entrevistas: Buenos Aires. 2001.
- Dryfoos, J. G.** Adolescent at Risk Oxford University Press, New York, 1990.
- Jessor, R.** Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. Journal of Adolescent Health 1991, 12: 597-605.
- Kotliarenko, R.** La Pobreza, desde la Mirada de La Resiliencia. Adolescencia al Día. Washington: OPS, Fundación Kellogg. 1995.
- Lara, A; Masías, C; Mejía, P.** CEDRO. Análisis de Programas dirigidos a Adolescentes. Lima: CEDRO. 1997-2,001
- Masías, C.** Experiencias de Vida.
- Programa de Salud y Desarrollo del Adolescente,** División de Promoción y Protección de La Salud. Adolescencia al Día, Resiliencia. Washington: OPS, Fundación W.K.Kellogg. 1999.
- Restrepo, J.** El Derecho a La Ternura. Bogota: Paidós. 1997.
- Rutter M and Rutter M.** **Growing Minds:** Personal Development Across The Life Span. New York : Basic Books . 1999.
- Rutter, M.** Psychosocial resilience and protective mechanism. In: Rolf J.; Masten A. S.; Cicchetti D. et al. (Eds). Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology. Cambridge. Cambridge University Press. 1990.

## Capítulo 2

Variables asociadas a la  
prevalencia de vida  
de drogas en jóvenes  
de Lima – Perú

**Alfonso Zavaleta**

**Eduardo Romero**

**Ramiro Castro de la Mata**



## VARIABLES ASOCIADAS A LA PREVALENCIA DE VIDA DE DROGAS EN JOVENES DE LIMA - PERU

*Alfonso Zavaleta*<sup>1,2</sup>

*Eduardo Romero*<sup>1</sup>

*Ramiro Castro de la Mata*<sup>1,2</sup>

### RESUMEN

*El consumo de drogas en los jóvenes es un problema de salud en el Perú por lo que se vienen efectuando múltiples esfuerzos para establecer medidas preventivas y de control, siendo necesaria la búsqueda de factores protectores del inicio del consumo de drogas ilegales en los jóvenes. En este estudio se evalúan las variables asociadas a la prevalencia de vida (consumo al menos una vez en la vida) de drogas ilegales: marihuana o cocaína clorhidrato o pasta básica de cocaína (PBC). Se realizó un estudio utilizando la base de datos de jóvenes encuestados en la ciudad de Lima pertenecientes al estudio “Los jóvenes en el Perú: opiniones y valores-1997”, una encuesta en hogares de diseño probabilístico, de estratificación implícita, trietápica por conglomerados y autoponderada, con una muestra de 451 jóvenes encuestados de ambos sexos y edad comprendida entre 15 y 24 años. Para el estudio la muestra fue dividida en tres grupos: no consumidores de drogas, consumidores de drogas legales y consumidores de drogas ilegales. Los resultados obtenidos fueron sometidos a análisis estadístico descriptivo (Ji-cuadrado y análisis de correspondencia simple) utilizando los programas SPSS y Minitab.*

*Se encontró asociación entre la prevalencia de vida y la edad del entrevistado, así como con la facilidad o dificultad para acceder a: hipnóticos, estimulantes, marihuana, clorhidrato de*

---

<sup>1</sup> Area de Investigaciones, CEDRO

<sup>2</sup> Sección Farmacología, Departamento Académico de Ciencias Fisiológicas, Facultad de Ciencias y Filosofía, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.



*cocaína y pasta básica de cocaína. Se encontró asociación entre prevalencia de vida y el probar drogas: por curiosidad; por diversión y por sensación de bienestar (“tomando drogas me siento mejor”).*

*No se encontró asociación entre la prevalencia de vida y la variable viven los padres, ni con la variable edad cuando el joven se enteró de lo que es una droga ilegal.*

*En el análisis de correspondencia entre las variables dificultad o facilidad para acceder a la droga, y prevalencia de consumo de drogas ilegales (marihuana, clorhidrato de cocaína ó PBC) se encontró una representación de comportamiento similar para las tres drogas: los que no consumen drogas en la muestra, mayormente no cuentan con información sobre como acceder a las drogas ilegales; aquellos que consumen drogas legales tienen un acceso mediano ó fácil a las drogas ilegales y para los consumidores de drogas ilegales les es fácil obtener dichas drogas.*

*Los resultados obtenidos confirman la relación entre la prevalencia de vida y edad del joven, la facilidad o dificultad de acceso a la droga ilegal, así como el probar drogas por curiosidad, diversión ó sensación de “bienestar”, postulándose su probable utilidad en estudios futuros, como indicador de riesgo o protección.*

**Palabras Clave:** Prevalencia de vida, drogas ilegales, drogas legales, factor de riesgo, marihuana, cocaína, pasta básica de cocaína.

## INTRODUCCION

El consumo de drogas en los jóvenes es un importante problema de salud pública en la mayoría de los países del mundo. La globalización y la revolución de las comunicaciones difunden modelos de comportamiento que son rápidamente imitados y frente a los cuales no hay tradiciones socioculturales de control. En el Perú los estudios epidemiológicos han permitido apreciar que se trata de un problema

cuya magnitud va en aumento, por lo que se vienen efectuando múltiples esfuerzos estatales y privados para establecer medidas preventivas y de control.

Diversidad de estudios han revelado la existencia de factores cuya presencia en la vida de un individuo propician o hacen más probable un comportamiento inclinado hacia conductas de riesgo tales como el consumo de drogas, mientras que su ausencia marca una menor probabilidad de aparición de ese tipo de conductas. Estos se denominan factores de riesgo. En sentido inverso, aquellos factores cuya presencia previene la aparición o desarrollo de dichas conductas de riesgo y su ausencia las favorece, son los denominados factores de protección.

En la gran mayoría de los casos ambos tipos de factores pueden entenderse en un continuo donde en un extremo se encuentra la probabilidad del riesgo por presencia del factor y en el otro extremo, la probabilidad de la protección ante la carencia de dicho riesgo. Lamentablemente, esta relación no es necesariamente tan clara cuando se estudian comportamientos complejos tales como la adicción a drogas. Por ello se asume el referirse a ambos tipos de factores simultáneamente en los análisis los factores de riesgo y protección en el abuso de drogas.

Es necesario seguir explorando y estudiando la dinámica de los factores de riesgo y de los factores protectores del inicio del consumo de drogas ilegales en los jóvenes. Es por ello que en el presente estudio se evalúan, en la población de jóvenes de la ciudad de Lima las variables asociadas a la prevalencia de vida (consumo al menos una vez en la vida), de las drogas ilegales más empleadas en el medio: marihuana (MA), clorhidrato de cocaína (CO) y pasta básica de cocaína (PBC).

En este trabajo se aborda el estudio de las asociaciones entre el consumo de drogas y diversas variables individuales en la población joven urbana de la ciudad de Lima comprendida entre los 15 y 24 años, la cual no sólo incluye aproximadamente la quinta parte de la población urbana, sino al rango etáreo en donde se centraliza el mayor riesgo para la iniciación y el mantenimiento del consumo de drogas.

## MATERIAL Y METODOS

Para el estudio se empleó la base de datos de jóvenes encuestados en la ciudad de Lima obtenida del estudio "Los jóvenes en el Perú: opiniones y valores-1997" (Castro y Rojas 1998), una encuesta aplicada en hogares de diseño probabilístico, de estratificación implícita, trietápica por conglomerados y autoponderada, aplicada a jóvenes residentes habituales. El criterio de inclusión fué la edad comprendida entre 15 y 24 años al momento de la entrevista, lo que arrojó un total de 451 encuestas.

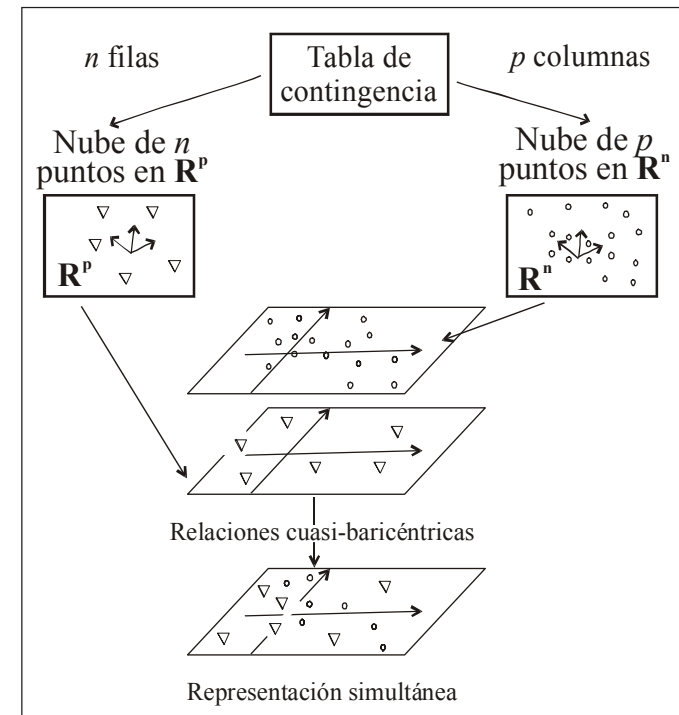
El marco muestral del estudio se obtuvo básicamente a partir de información cartográfica, el último censo de población y vivienda, llevado a cabo en 1993 (INEI 1994) y la verificación del tamaño de la ciudad (número de viviendas). El estudio se realizó en Lima Metropolitana. Se definió como unidad de selección a las viviendas particulares lo cual se estima está en relación directa con el número de hogares y con una cantidad media de habitantes por hogar. La unidad muestral mínima fue la vivienda particular. El marco fue definido como el conjunto de viviendas particulares con residentes habituales presentes en la ciudad.

El instrumento de evaluación corresponde a una encuesta de 170 preguntas desarrolladas por el personal del Area de Comunicaciones de Cedro, sobre diversos aspectos incluyendo estructura familiar, solución de problemas familiares, disciplina y valores familiares, actividades y roles sexuales, hábitos, valores individuales, solución de problemas y toma de decisiones personales, información, opiniones y actitudes sobre diversos aspectos de la problemática de drogas, e información sobre el mismo joven.

Para este estudio, la muestra fue dividida en tres grupos según su declaración en la encuesta: no consumidores de drogas, consumidores sólo de drogas legales y consumidores de drogas ilegales. Los resultados obtenidos fueron sometidos al análisis estadístico mediante la prueba de independencia, Ji cuadrado (Conover 1980) y el análisis de correspondencia simple (Benzecri 1976, Campo 1999) utilizando los

programas SPSS versión 6.1.2 (Ferrán 1997), y Minitab versión 11 (Minitab Inc 1994). La figura 1 muestra esquemáticamente el procedimiento del análisis de correspondencia simple.

Figura 1: Esquema de la representación simultánea del análisis de correspondencias simple (reproducido de Benzecri 1976)



## RESULTADOS Y DISCUSION

### Prevalencia de vida

La prevalencia de vida (consumo alguna vez en la vida) encontrada para las drogas sociales en los jóvenes de la ciudad de Lima fue: alcohol 87,5% y tabaco 56,8%.

La prevalencia de vida para las drogas ilegales en jóvenes de la ciudad de Lima fue: para la marihuana 2,8%, para el clorhidrato de cocaína 1,0% y para la pasta básica de cocaína 1,1%.

## Edad

Se ha encontrado una relación positiva, entre las variables prevalencia de vida de drogas (legales e ilegales) y edad del entrevistado ( $Ji^2=9,58$   $p=0,008$ ).

Estos resultados son concordantes con los datos de prevalencia de vida según edad reportados en estudios epidemiológicos previos de Cedro (Rojas y Castro 1999) y Contradrogas (1999), y con la probabilidad de inicio del consumo de diferentes drogas legales e ilegales reportado por Contradrogas (1999).

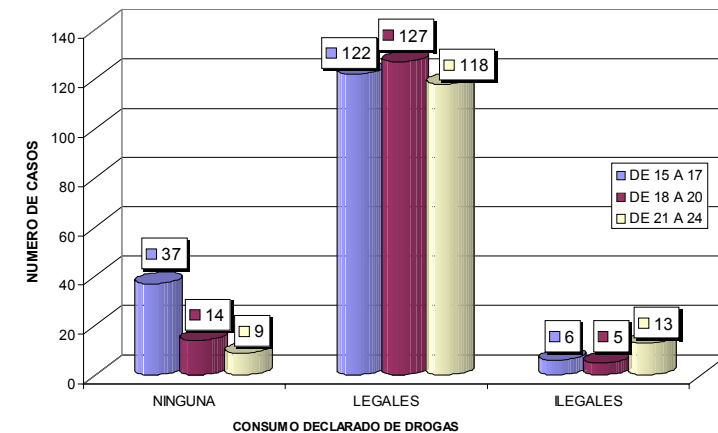
En la figura 2 se observa cómo disminuye con la edad el número de personas que nunca ha consumido drogas. Además, del total de personas que manifiestan haber consumido al menos alguna vez en la vida drogas ilegales (24 casos), la mayoría (13 casos) tiene una edad que oscila entre los 21 y 24 años.

## Razones de consumo

Las razones declaradas para el consumo de drogas ilegales fueron: por curiosidad/por probar 57,6%, por diversión o placer 21,3%, por problemas familiares 8% y por problemas de la sociedad 5,3%

En nuestro estudio se ha encontrado que los jóvenes en la ciudad de Lima asocian el consumo de drogas legales e ilegales con el consumo por curiosidad (tabla 1), difiriendo de lo observado recientemente en un estudio cualitativo efectuado por Rojas VM y col (2001) en púberes y adolescentes atendidos en el servicio "Lugar de Escucha" de Cedro en la ciudad de Lima, donde las principales razones para el inicio del consumo de sustancias psicoactivas son la presión de pares (32% de los casos) y el ser aceptado por el grupo (19.5% de los casos), seguido por la curiosidad (17.5% de los casos). (Rojas VM 2001, comunicación personal)

Figura 2: Prevalencia del consumo de drogas en los jóvenes de Lima, Perú, según edad del entrevistado.



Otros investigadores (Clerici, 1996; Donovan y Rosengren, 1999; Perkinson, 1997; Villanueva, 1989, Washton, 1995) han sugerido para la población adolescente de otros medios, otras motivaciones para el uso de sustancias psicoactivas como:

- Se encuentran fácilmente;
- constituyen un medio rápido y sencillo de sentirse a gusto;
- permiten que uno se sienta mejor aceptado en el círculo de relaciones entre pares;
- tienen la capacidad de autocontrolar los sentimientos desagradables modificándolos o reduciendo la ansiedad y la depresión;
- aminorar las tensiones acarreadas por las presiones existenciales.

En la tabla 1 se observa que existe un consenso entre la gran mayoría de jóvenes entrevistados (339 de 451 casos), quienes afirman que la curiosidad es un factor que induce a probar drogas. Se ha observado además, que existe relación entre estas dos variables ( $Ji^2=18,465$ ,  $p=0,001$ ).

TABLA 1: Prevalencia de consumo de drogas en jóvenes de Lima, Perú: Consumo de las personas por curiosidad, según su consumo declarado de drogas.

CONSUMO DE DROGAS	Consumo de las personas por curiosidad			TOTAL(%)
	Si	No	Sin información	
Ninguna	36	21	3	60 (13,3%)
Legales	279	84	4	367 (81,4%)
Ilegales	24	0	0	24 (05,3%)
TOTAL	339	105	7	451
(%)	(75,2%)	(23,3%)	(1,6%)	(100,0%)

Asociaciones encontradas en este estudio.  
Se encontraron las siguientes asociaciones:

- Prevalencia de vida y edad del joven entrevistado ( $Ji^2= 24,63$ ,  $p=0,00006$ ),
- Prevalencia de vida y facilidad o dificultad para acceder a: hipnóticos ( $Ji^2= 17,17$ ,  $p=0,008$ ), estimulantes ( $Ji^2= 19,57$ ,  $p=0,003$ ), MA ( $Ji^2= 22,06$ ,  $p=0,001$ ), CO ( $Ji^2= 18,15$ ,  $p=0,0058$ ), PBC ( $Ji^2= 22,31$   $p=0,001$ ),
- Prevalencia de vida y el probar drogas por: a) curiosidad ( $Ji^2= 18,46$ ,  $p=0,001$ ), b) por diversión ( $Ji^2= 18,46$   $p=0,001$ ), sensación de bienestar ("tomando drogas me siento mejor",  $Ji^2= 15.2$   $p=0.004$ ).

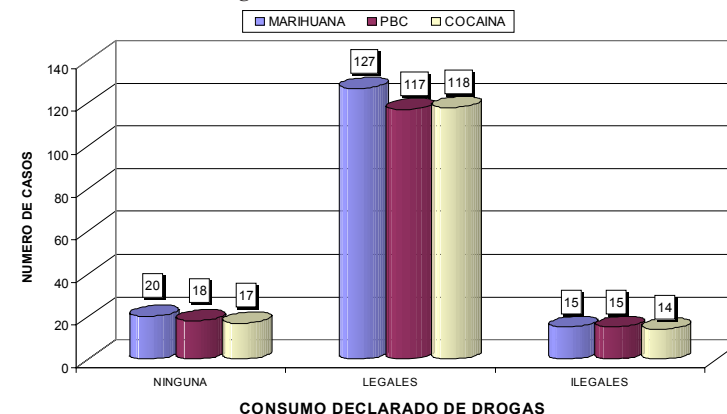
### Acceso a drogas ilegales

En la figura 3 se observa que del total de jóvenes que manifiestan consumir drogas legales, la mayoría considera que es fácil el acceso a la marihuana.

### Facilidad o dificultad de tener acceso a medicamentos sicotrópicos y otras drogas

Una variable investigada, para apreciar la familiaridad de los jóvenes con las sustancias psicoactivas fué el preguntar sobre la facilidad o dificultad de acceso a los medicamentos correspondientes. Se encontró

Figura 3: Jóvenes que consideran fácil el acceso a drogas ilegales, según su consumo declarado de drogas.



que hay una asociación positiva entre las variables prevalencia de drogas y facilidad o dificultad para acceder a hipnóticos ( $Ji^2= 17,170$   $p= 0,086$ ) Del total de personas que consumen drogas legales (367 casos), la mayoría (165 casos), manifiesta que es fácil obtener medicamentos hipnóticos. Del total de personas que manifiestan no consumir drogas en general (60 casos), la mayoría opina que hay una facilidad mediana para acceder a hipnóticos.

Del total de jóvenes que manifiestan consumir drogas legales (figura 4), 87 de ellos señalan a la marihuana como una droga de facilidad de acceso mediano, 80 a la Pasta Básica de cocaína y 77 al clorhidrato de cocaína.

Los jóvenes que han consumido al menos alguna vez en la vida drogas legales y/o ilegales (figura 5), manifiestan que la droga de mayor dificultad de acceso es la cocaína.

A diferencia de la tabla 1, en la tabla 2 se observa que la mayoría de jóvenes que no consumen drogas, afirma que las personas no prueban drogas por diversión, caso contrario a los jóvenes que consumen drogas (legales o ilegales) quienes mayoritariamente afirman que se puede probar drogas por diversión. Para los jóvenes de la ciudad de Lima, se demuestra que existe asociación entre el consumo de drogas y el factor diversión (prueba de independencia  $Ji^2= 10,124$  ,  $p= 0,0383$ ).

TABLA 2: Prevalencia de consumo de drogas en jóvenes de Lima, Perú: Consumo de las personas por diversión, según su consumo declarado de drogas.

CONSUMO DE DROGAS	Consumo de las personas por diversión			TOTAL(%)
	Si	No	Sin información	
Ninguna	27	31	2	60 (13,3%)
Legales	238	124	5	367 (81,4%)
Ilegales	17	7	0	24 (05,3%)
TOTAL	282	162	7	451
(%)	(62,5%)	(35,9%)	(1,6%)	(100,0%)

La mayoría de los jóvenes entrevistados (332 casos) manifiestan que las drogas no ayudan a sentirse mejor en caso de problemas, se observa también la asociación entre estas dos variables ( $Ji^2= 15,20$  ,  $p = 0,004$ ). (Tabla 3).

TABLA 3: Prevalencia de consumo de drogas en jóvenes de Lima, Perú: Jóvenes que al tener problemas manifiestan que tomando drogas podrían sentirse mejor, según su consumo declarado de drogas.

CONSUMO DE DROGAS	Personas que al tener problemas manifiestan que tomando drogas podrían sentirse mejor			TOTAL(%)
	Si	No	Sin información	
Ninguna	19	38	3	60 (13,3%)
Legales	82	281	4	367 (81,4%)
Ilegales	9	13	2	24 (05,3%)
TOTAL	110	332	9	451
(%)	(24,4%)	(73,6%)	(2,0%)	(100,0%)

En el análisis de correspondencia efectuado entre las variables dificultad o facilidad para acceder a la droga, y la prevalencia de vida de drogas ilegales (Marihuana o Cocaína clorhidrato o PBC) encontramos una representación de comportamiento similar para las tres drogas: los que no consumen drogas en la muestra, mayormente no cuentan con información sobre como acceder a las drogas ilegales; aquellos que consumen drogas legales tienen un acceso mediano ó fácil a las drogas ilegales y para los consumidores de drogas ilegales les es fácil obtener dichas drogas. (Figuras 6, 7 y 8).

FIGURA 6: Representación factorial: Análisis de la relación entre la variables Prevalencia y facilidad o dificultad para acceder a Marihuana.

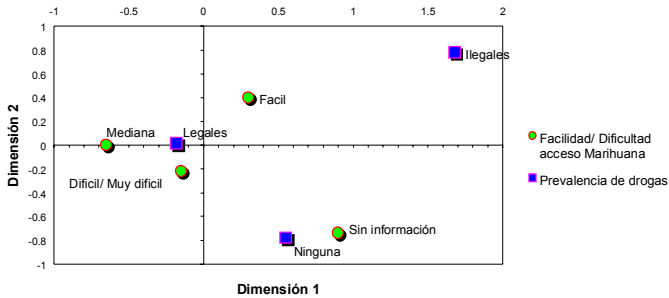


FIGURA 7: Representación factorial: Análisis entre las variables. Prevalencia y facilidad o dificultad para acceder a PBC.

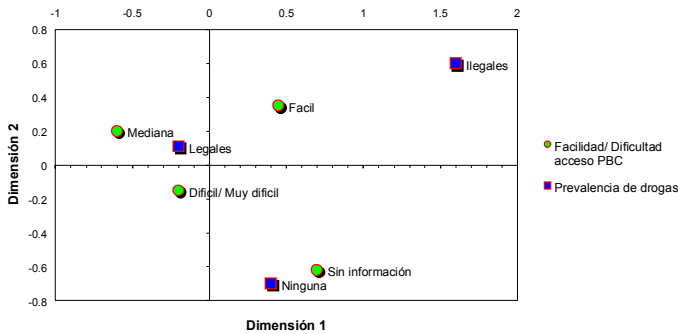
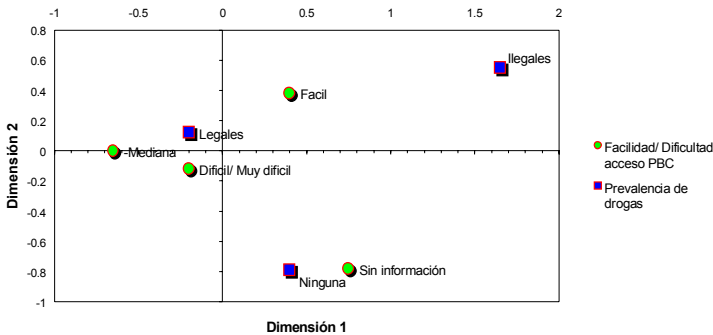


FIGURA 8: Representación factorial: Análisis de la relación entre las variables Prevalencia y factibilidad o dificultad para acceder a cocaína.



Asociación entre el consumo de drogas legales e ilegales.

En la Figura 9 se observa la asociación entre las variables consumo de PBC y consumo de cocaína. El consumo de marihuana se sitúa en un espacio intermedio, entre el consumo de PBC o cocaína y el consumo de drogas legales, lo cual supone un vínculo entre el consumo de drogas legales y el paso hacia las drogas ilegales. Por otro lado, el 94.3% de las personas que han consumido drogas legales manifiestan no haber consumido alguna vez en la vida drogas ilegales (Tabla 4), lo que sugiere que existen otros factores (no representados en la Figura) que contribuyen a la prevalencia de consumo de drogas ilegales en los jóvenes estudiados.

También se observa que aquellos que consumen marihuana, se encuentran en una ubicación (Figura 9) completamente opuesta a aquellos que manifiestan no haber probado alguna vez en la vida alguna droga legal. Este resultado guarda concordancia con las experiencias obtenidas por Rojas y col. (2001) en el servicio "Lugar de Escucha" de Cedro, que sugieren que los consumidores de marihuana incorporan el fumado de esta droga como un estilo de vida y tienden a opinar en consonancia, solo con aquellos grupos de jóvenes que manifiestan ideas afines.

FIGURA 9: Asociación entre consumo de drogas legales y consumo de drogas ilegales.

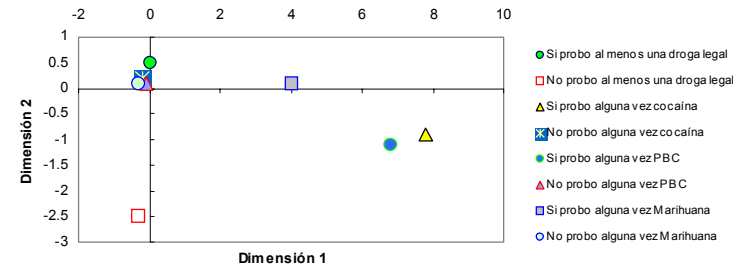


TABLA 4. Relación entre personas que manifiestan haber consumido por lo menos una vez en la vida por lo menos una droga legal (alcohol, tabaco) y aquellas personas que manifiestan haber consumido drogas ilegales (Marihuana, PBC, Clorhidrato de cocaína).

CONSUMO DE DROGAS LEGALES	CONSUMO DE DROGAS ILEGALES		Total
	SI	NO	
SI	22	367	389
NO	2	60	62
Total	24	427	451

Variables sin asociación con la prevalencia de vida encontradas en este estudio

No se encontró asociación entre la prevalencia de vida y la variable viven los padres ( $Ji2= 3,29$   $p=0,19$ ), ni la edad cuando el joven se enteró de lo que es una droga ilegal ( $Ji2= 5,95$   $p=0,19$ ).

Los Factores de Riesgo y Protección del Consumo de Drogas.

La problemática del consumo de drogas en los jóvenes (incluidos los subgrupos de púberes y adolescentes) ha sido planteada en el ámbito psicológico por Au y Donaldson (2000) y para un entendimiento general, como una alternativa de afrontamiento (coping) a los problemas personales; sugiriéndose que se usan drogas, entre otras razones, para "responder" a las necesidades personales o para sentir la pertenencia a un grupo (Clerici, 1996).

Diferentes estudios epidemiológicos efectuados en el Perú, por Cedro y otras instituciones durante la última década han señalado variables claves al inicio del consumo de drogas tanto legales (alcohol y tabaco) como ilegales (marihuana, pasta básica de cocaína, clorhidrato de cocaína e inhalantes) las cuales pueden señalar la probabilidad de riesgo al consumo. (Rojas y Castro 1997, Contradrogas 1999, Ministerio de Educación 1999)



Entre las variables sociodemográficas más importantes, está el sexo, encontrándose que la prevalencia de vida (uso al menos alguna vez en la vida) de alcohol y tabaco entre las mujeres está tendiendo a aproximarse cada vez más al encontrado en los varones, mientras que el consumo de las ilegales se tiende a encontrar en predominio claramente masculino, sin dejar de estar presente entre las mujeres. En cuanto a la edad, los estudios efectuados revelan que el periodo etáreo de mayor consumo se encuentra comprendido, principalmente entre los 19 y 24 años. Así mismo, los estudios revelan que es Lima Metropolitana, la capital del país, en donde los diversos indicadores epidemiológicos (incidencia y prevalencias) señalan la existencia del mayor consumo de todas las drogas legales e ilegales en el Perú, encontrándose además una tendencia progresiva hacia al aumento de éstas. (Rojas y Castro 1997, Contradrogas 1999).

El Ministerio de Educación bajo el auspicio del PNUFID desarrolló un estudio epidemiológico a escala nacional publicado en 1999, en el que de modo simultáneo se analizó e interpretó la información procedente de cuatro grupos: estudiantes de educación primaria de menores, profesores de educación primaria de menores, estudiantes de formación magisterial y, profesores de los institutos de formación magisterial. (Ministerio de Educación 1999). En lo que se refiere a los factores de riesgo y de protección se determinó que la auto calificación de las notas escolares como excelentes y buenas, constituye un factor de protección, puesto que el riesgo de prevalencia decrece en un 27% respecto a los alumnos que auto calificaron sus notas como regulares o malas.

Por otro lado, el que el niño perciba que las relaciones con sus padres se desarrollan de manera fluida y en comunicación estrecha se constituye en un factor de protección, reduciendo la probabilidad de prevalencia de uso de drogas frente a los niños cuya relación con sus padres es limitada y conflictiva.

Al parecer existiría relación entre la violencia verbal o física en el interior de la familia y la prevalencia de uso de drogas psicoactivas; toda vez que la prevalencia es mayor en aquellos casos donde la violencia es más frecuente en la vida del estudiante. Este estudio muestra que cerca del 15% de niños tienen relaciones conflictivas con sus padres,

constituyéndose en un factor de riesgo, mientras que el 85% mantienen relaciones buenas con sus progenitores, en cuyo caso es un factor de protección de uso de drogas. (Ministerio de Educación 1999).

Maritza Rojas reportó en 1999 los resultados de un estudio de casos y controles efectuado en Lima, Perú, con una muestra de 60 sujetos de uno y otro sexo, comprendidos entre los 16 y 30 años de edad y residentes en Lima Metropolitana, la mitad de los cuales fueron adictos a drogas y la otra mitad fueron controles no adictos a drogas, a los que se les hubiera ofrecido drogas ilegales y no hubieran aceptado consumirlas. Los resultados obtenidos en este estudio demuestran la relevancia del entorno familiar y la interacción con la madre, así como el recibir una información preventiva, como factores clave para la protección frente al uso futuro de drogas ilegales. Inversamente, la susceptibilidad como móvil para el inicio en el consumo de alcohol, una baja autoestima y bajas expectativas académicas se perfilan como factores de riesgo al uso de dichas sustancias. (Rojas 1999)

Rojas no encontró diferencias importantes con relación al sexo y la edad, sugiriéndose que una vez que los individuos se involucran en patrones intensivos del uso de drogas (adictos o casos) o toman la decisión de abstenerse en su uso (no adictos o controles) dichas variables no marcan una diferencia sustancial para la identificación de factores de riesgo o de protección, tal como si se observa en la población general, en donde la mayor muestra de consumidores está constituida por consumidores ocasionales. Coincidentemente con los estudios poblacionales, las motivaciones a la iniciación del consumo marcaron una diferencia según grupos etáreos, evidenciándose que los grupos más jóvenes suelen ser más susceptibles a la presión de grupo que los mayores de 22 años. (Rojas AM 1999)

Los factores de riesgo listados hasta la fecha para el inicio del consumo de drogas son numerosos. Lettieri y col, llegaron a esbozar hasta 43 teorías diferentes al respecto en 1980. (Lettieri y col. 1980). Las hipótesis más estudiadas son las que exponen hipótesis relacionadas con la influencia social, con problemas existenciales y con deficiencias adaptativas (Sussman y Dent, 2000); con alteraciones de personalidad,

con ritmos biológicos y con hiperactividad en los adolescentes (Hoffmann et al, 2000); con malos hábitos, problemas de aprendizaje, disponibilidad de las drogas, modelos inadecuados, fenómenos de condicionamiento, pobre autoconcepto-autoestima-autovaloración; stress (Stocker, 1999), ansiedad, dificultades familiares (Bell et al, 2000; Hilburn, 1996), hasta factores genéticos y vulnerabilidad (Zickler, 1999).

El Modelo de Pandina y col. (1984) subraya que las interpretaciones mono causales de la iniciación del consumo, han sido completamente superadas. Los autores reconocen la complejidad del fenómeno. No obstante ensayan una clasificación de los factores de la siguiente manera:

- a) Factores intrapersonales: Afectan al consumidor
- b) Factores interpersonales: Afectan al consumidor en sus relaciones con los demás;
- c) Factores relacionados con la droga y su contexto: Intervienen factores como la disponibilidad, ideología.

Finalmente, los resultados obtenidos en este estudio confirman la relación entre la prevalencia de vida (consumo alguna vez en la vida) de drogas legales e ilegales y edad del joven, la facilidad o dificultad de acceso a la droga ilegal, así como el probar drogas por curiosidad, diversión ó sensación de "bienestar", postulándose su probable utilidad en estudios futuros, como indicador de riesgo o protección.

### Agradecimientos.

Este trabajo fue realizado bajo auspicio económico de la Oficina de Asuntos Antinarcóticos (NAS), Embajada de los Estados Unidos de Norteamérica, Perú, a CEDRO. Los autores agradecen a Virgilio Rojas y Luis Tapia por el apoyo brindado durante la realización del trabajo, y a Milton Rojas por los comentarios efectuados al manuscrito.

### REFERENCIAS

**Au JG and Donaldson S I.** Social influences as explanations for substance use differences among asian-american and european-american adolescents. *Journal of Psychoactive Drugs* 2000, 32 (1): 15-23

**Bell NJ, Forthum LF and Sun Sh.** Attachment, adolescent competencies, and substance use: Developmental considerations in the study of risk behavior. *Substance Use/Misuse* 2000, 35(9): 1177-1206

**Benzecri, J. P. L'** analyse des donées. París: Dunod. 1976.

**Castro de la Mata, R. y Rojas, M.** Los jóvenes en el Perú: opiniones, actitudes y valores - 1997. Monografía de investigación del Centro de Información y Educación Para La Prevención Del abuso De Drogas (CEDRO) N° 16. Lima: Cedro. 1998

**Campo, E. P.** Estadística exploratoria Multidimensional. PRESTA (Programme de Recherche et d' Enseignement en Statistique Appliquée)., Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 1999.

**Clerici, M.** Adolescencia y trastornos debidos al consumo de drogas. En: Adolescencia y toxicomanía. Hacia un proceso de reinserción. Experiencias de la comunidad San Gregorio (Colombia). Santafé de Bogotá: Greco Ed. 1996.

**Conover, W. J.** Practical Nonparametric statistics 2ª. ed. New York: John Wiley & Sons. 1980

**CONTRADROGAS**, Perú 1999. Encuesta Nacional sobre Prevención y Uso de Drogas. Informe General 1998. Lima: CONTRADROGAS, INEI, PNUFID. 1999.

**Donovan DM and Rosengren DB.** (1999). Motivation for behavior change aand treatment among substance abusers. In: Tucker JA, Donovan DM and Marlatt GA (Eds.) Changing Addictive Behavior. Bridging Clinical and Public Health Strategies. New York: The Guilford Press.:127-159. 1999.

**Ferrán, A. M. SPSS para Windows:** programación y análisis estadístico. Madrid: McGraw-Hill / Interamericana de España. 1996.

**Hilburn, CL.** Adolescent-Parent attachments and family problem-solving styles. *Family Process* 1996, 35 (1): 57-80

**Hoffmann JP, Cerbone FG and Su S S.** A growth curve analysis of stress and adolescent drug use. *Substance Use / Misuse* 2000, 35 (5): 687-716

**Instituto Nacional de Estadística.** Perú: Censos Nacionales 1993. IX de Población. IV de Vivienda. Resultados definitivos Perú. Tomo 1 (7). Aspectos Generales, Población. Lima: INEI. 1994



**Lettieri, D.** Theories on drug abuse: Selectec contemporary perspectives. Washington: NIDA. 1980

**Ministerio de Educación Perú.** Estudio epidemiológico del uso indebido de sustancias psicoactivas y sus condiciones en la población escolar y docente de educación primaria y formación magisterial. Lima: Ministerio de Educación. 1999.

**Ministerio de Educación Perú.** Estudio epidemiológico del uso indebido de sustancias psicoactivas y sus condicionantes en la población escolar y docente de educación primaria y formación magisterial. Lima: Ministerio de Educación/PNUFID. 1999.

**Minitab Inc.** Minitab User's Guide Release 11 for Windows. Pensylvania: Minitab Inc. State College. 1994

**Pandina, RJ; Labouvie, EW; and Raskin-White, H.** Potential contributions of the life span development approach to the study of adolescent alcohol and drug use: The Rutgers Health and Human Development Project: A Working Model. Journal of Drug Issues 1984, 2 : 253-268

**Perkinson, RR.** Chemical Dependency Counseling. A practical Guide. Thousands Oaks: SAGE. 1997.

**Rojas, AM y Castro de la Mata, R.** Epidemiología de las drogas en la población urbana peruana - 1995. Monografía de investigación 15. Lima: Cedro. 1997.

**Rojas, AM.** Factores de Riesgo y Protección en el abuso de drogas Ilegales en adolescentes jóvenes de Lima Metropolitana. Lima: Cedro. 1999

**Rojas, AM.** Adolescencia y resiliencia, un comportamiento de riesgo: el consumo de drogas psicoactivas. Psicoactiva 1998, 16: 37-63.

**Rojas, AM.** Factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. Revisión y análisis del estado actual. En: Zavaleta A. (Ed). Factores de riesgo y protección del consumo de drogas en Jóvenes. Lima: Cedro. 2001.

**Rojas VM.** (2000). Adolescencia y resiliencia. Un comportamiento de riesgo: El consumo de drogas psicoactivas Psicoactiva 16: 37-63

**Stocker, S.** Studies link stress and drug addiction. NIDA Notes 1999, 14(1): 12-14

**Sussman, S. and Dent, CW.** One-Year prospective of drug use from stress-related variables. In: Substance Use / Misuse 2000, 32 (5): 717-735

**Villanueva, M.** Factores psicológicos asociados a la iniciación y habituación. En: F. León y R. Castro de la Mata (Eds.). Pasta Básica de Cocaína. Un estudio multidisciplinario. Lima CEDRO.: 167-209. 1989.

**Washton, AM.** Tratamiento en poblaciones especiales. En: La adicción a la cocaína. Tratamiento, recuperación y prevención. Barcelona: Paidós.: 253-272. 1995

**Zickler, P.** Evidence accumulates that long-term marijuana users experience withdrawal. NIDA Notes 2000, 15 (1): 6-7

## **Capítulo 3**

Factores de riesgo y protectores  
identificados en adolescentes  
consumidores de sustancias  
psicoactivas. Revisión y análisis del  
estado actual

**Milton Rojas**

**FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES IDENTIFICADOS  
EN ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS  
PSICOACTIVAS.  
REVISIÓN Y ANÁLISIS DEL ESTADO ACTUAL**

*Milton J. Rojas Valero <sup>1</sup>*

**RESUMEN**

*El presente ensayo toma como base el enfoque de riesgo de salud pública para hacer un acercamiento a la telaraña causal de ciertos factores de riesgo y de protección en adolescentes.*

*Teniendo como marco la revisión de investigaciones nacionales y extranjeras sobre la temática de la adolescencia y comportamientos riesgosos, se sistematiza e intenta analizar los resultados de un conjunto de investigaciones que han establecido asociaciones entre algunos factores de riesgo y la vulnerabilidad para la adquisición de ciertas conductas riesgosas, incluyendo el consumo de drogas.*

*Del mismo modo, se presentan y discuten aquellas investigaciones que han logrado establecer algunos factores protectores que reducen o atenúan la incorporación de conductas que pueden conllevar riesgo.*

***Palabras Clave:*** Drogas, Jóvenes, Factores de riesgo, Factores de Protección, Resiliencia.

---

<sup>1</sup> Servicio Lugar de Escucha, CEDRO

## INTRODUCCIÓN

La pre-adolescencia, adolescencia y adolescencia tardía son periodos de cambio, de paso a la posición adulta. Estos periodos se revelan particularmente vulnerables a todo tipo de comportamientos riesgosos.

Diferentes estudios han demostrado que entre los y las adolescentes, las motivaciones más frecuentes en la iniciación del consumo de **Sustancias Psicoactivas (SPA)** son el hecho de encontrarlas fácilmente, constituyen un medio rápido y sencillo de sentirse a gusto, permiten que el joven se sienta mejor aceptado en el círculo de relaciones entre pares; o por el hecho de que determinadas sustancias tienen la capacidad de controlar los sentimientos desagradables, modificándolos, o reduciendo la ansiedad y la depresión, aminorando las tensiones.

Para algunos adolescentes experimentar el consumo de sustancias es un rito necesario al atravesar la fase de individuación. De hecho, se podría decir que la mayor parte de estos adolescentes son “experimentadores” o “consumidores ocasionales”.

Ellos, influenciados generalmente por coetáneos, hacen uso de sustancias de manera ocasional y no necesariamente desarrollan dependencia.

Sin embargo, para aquellos adolescentes que presentan personalidad más compleja que puede ir hasta la patología, el consumo de sustancias constituye a menudo la única alternativa para enfrentarse a los problemas personales, al igual que a los adultos; así mismo suelen ser los más sensibles a reaccionar favorablemente a la adicción.

Ahora bien, el estado actual de la investigación en el campo del fenómeno de las **SPA**, al igual que las otras ramas de la ciencia, nos indica que la Psicología es una área de la ciencia del comportamiento humano que está en constante evolución.

Sin embargo, en lo que se refiere a la indagación sobre los factores de riesgo y de protección referidos a este campo en nuestro medio aún es deficiente.

Ahora bien, cuando se intenta analizar la puerta de ingreso al fenómeno de las **SPA**, el enfoque generalmente empleado para su profundización, ha sido el de los factores; es decir, se han desarrollado investigaciones sobre las variables que más se asocian en las diferentes clases y culturas, con el consumo o con el no consumo. A los primeros se los han llamado factores de riesgo y a los segundos, factores de protección.

En el presente trabajo se hace una revisión detallada del enfoque de riesgo en la adolescencia desde la arista de la salud pública, luego se aborda los factores protectores identificados, pasando por el concepto de resiliencia.

En función a la sistematización de ambos factores identificados y al análisis de los mismos se espera aportar tanto en el conocimiento y la profundización de los mismos.

## EL ENFOQUE DE RIESGO.

En nuestro medio, en la última década han aparecido algunos trabajos sobre riesgo y adolescencia, tanto en el rubro del consumo de drogas (CONTRADROGAS, 1999; Ministerio De Educación, 1999; CEDRO: Rojas, A. 1999; CEDRO: Rojas, 1998; Perotto y Valdivieso, 1994; como en el de salud pública (Peñaherrera, 1999; Perales et al, 1996; Perales et al, 1995; Perales et al, 1993). En todo caso, este es el tópico que más se ha investigado en cuanto al fenómeno de las drogas.

Históricamente el concepto de riesgo en salud ha sido ampliamente usado en salud pública y en la clínica. Tal es el caso de las enfermedades cardiovasculares, obstétricas neonatales, con relación a mortalidad materna y patología oncológica (ligada al cáncer de pulmón y fumado de tabaco y al cáncer cérvico uterino), para detectar individuos o grupos

con mayor probabilidad de padecer daños específicos (el hecho indeseado en salud: enfermedad, secuelas, muerte) y realizar acciones para prevenir o reducir la aparición (incidencia y prevalencia) del hecho indeseado (Donas, 1998).

Para Jessor (1991), Donas (1998), Pandina (1996), Rodríguez (1995), Suárez y Krauskopf (1995) el riesgo viene a ser la probabilidad de que acontezca un hecho indeseado que afecta a la salud de un individuo o de un grupo social. La idea central del enfoque de riesgo descansa en el hecho que el riesgo nos brinda una medida de la necesidad de atención de la salud.

El conocimiento del riesgo o de la probabilidad de que se presenten futuros problemas de salud, nos permite anticipar una atención adecuada y oportuna a fin de evitar o modificar esa eventualidad.

El uso del enfoque de riesgo presupone que en términos de atención de la salud se debe tener algo para todos, y más para los de mayor necesidad.

### **Factores de Riesgo**

Factor de riesgo vendría a ser la característica o cualidad de un sujeto o comunidad, que se sabe va unida a una mayor probabilidad de daño a la salud (Rodríguez, 1995; Jessor, 1991; Suárez y Krauskopf, 1995).

Es de esperar que un pre adolescente que se inicie con un patrón de uso exagerado de sustancias tiene un mayor riesgo de deterioro psíquico, físico y social que un joven de mayor edad que se inicia en el uso de la misma sustancia; si además ha abandonado el colegio y tiene problemas de interacción y comunicación con sus padres, el riesgo es aún mayor.

Las relaciones entre los factores de riesgo entre sí y los factores de riesgo con el daño son complejas, ya que dichos factores actúan en forma distinta en diferentes individuos y bajo diversas circunstancias. Asimismo, un resultado (daño) en una determinada secuencia puede ser

más adelante factor desencadenante de otro problema en una sucesión de acontecimientos.

### **Adolescencia propiamente dicha y el riesgo**

El periodo de desarrollo de la adolescencia está enmarcado por la exploración y los comportamientos justamente generadores de riesgo, los mismos que pueden comprometer la salud, la supervivencia y el proyecto de vida del individuo.

Al respecto se han destacado numerosos factores de riesgo, tales como: ser varón, la deserción escolar, la inasistencia escolar (CONTRADROGAS, 1999), embarazo precoz, el intento de suicidio, la violencia, el abuso de sustancias, los accidentes de tránsito y otras conductas auto destructivas. Desde la perspectiva de la teoría psicosocial de la Telaraña Causal, Irwin (1987) —citado por Suárez y Krauskopf (1995)— dice que los comportamientos asociados con la mortalidad y morbilidad predominante en la adolescencia comparten un tema común: la toma de riesgo.

Los diversos acercamientos del enfoque de riesgo (Jessor, 1991; Kagan, 1991; Bell et al, 2000), relacionan las nociones de vulnerabilidad y exposición al peligro. En este sentido, cada etapa del ciclo vital tendría sus riesgos específicamente determinados por las destrezas que permiten las condiciones biológicas, así como por los canales de capacitación, apoyo y protección que la sociedad brinda.

Así, las consecuencias destructivas del riesgo varían durante el ciclo vital en relación con los procesos de maduración e involución en el plano biológico, social y psicológico. La vulnerabilidad al peligro se modifica con arreglo a las condiciones de protección y los recursos adaptativos personales, pudiéndose entenderse ello como la resiliencia del adolescente (Rutter 1990, 1992; CEDRO: Rojas, 1998).

La adolescencia es el período en el cual los cambios biológicos, sociales y psicológicos replantean la definición personal y social del individuo a través de una segunda individuación (Peñaherrera, 1998), y

genera una vulnerabilidad específica, la ansiedad transicional que moviliza a los adolescentes en procesos de exploración, diferenciación del medio familiar, búsqueda de pertenencia y sentido de la vida. (Rojas et al, 2001<sup>1</sup>).

El segundo nacimiento que implica la pre adolescencia con sus demandas de individuación y progresiva autonomía difícilmente despierta una bienvenida similar al nacimiento de un frágil niño que se incorpora al hogar sin cuestionar sus normas y disposiciones.

Los procesos adolescentes son desafiantes; la individuación reclama la separación y confronta al medio con sus dificultades e inconsistencias. Para los adolescentes lo cotidiano es un reto y, a la vez, una incertidumbre (Jessor 1998; Suárez y Krauskopf, 1995).

### **Mecanismos de mediación del riesgo.**

Para Bell et al, (2000), Rodríguez (195), Suárez y Krauskopf (1995), Pandina (1996) muchos son los factores que influyen en cómo se perciben y afrontan los riesgos en la adolescencia, destacándose la maduración biológica que se vincula con el esquema corporal y la identidad, los sistemas organizativos de la persona que se entrelazan con el auto concepto y la auto estima.

Del mismo modo son factores intervinientes el campo cognoscitivo, las percepciones del medio, las influencias, apoyos y controles ejercidos por los padres, el grupo de pares y los valores personales y sociales (Bell et al, 2000; Pandina, 1996).

El desarrollo personal da lugar a las fortalezas y debilidades intra psíquicas cuyo balance se expresa en la mayor o menor resistencia a la adversidad.

Esta condición parece influir decisivamente en la posibilidad de que el riesgo afecte la salud, la supervivencia y la calidad de vida de una persona.

Así, hablamos de vulnerabilidad cuando los aspectos deficitarios del propio desarrollo y del entorno confluyen en una mayor probabilidad del daño. En sentido inverso, la “resiliencia” implica que se ha posibilitado la preservación de las funciones afectivas del sujeto (Silber, 1998; CEDRO: Rojas, 1998).

Es importante detenerse en el concepto de resiliencia asumido por Rutter; para el autor se trata de una característica humana que es preciso considerar cuando se analizan los factores de riesgo: la susceptibilidad gradual al estrés, la mayor o menor posibilidad de ser afectado por el daño.

En diferentes circunstancias y situaciones de la vida, algunas personas muestran mayor capacidad para enfrentar, resistir y recuperarse de factores que pueden ser destructivos. Esta capacidad es la resiliencia (Mangham, 1995; Silber, 1998; CEDRO: Rojas, 1998).

Entre los factores que aumentan la resiliencia está la exposición gradual a la adversidad psicosocial, que opera como un mecanismo similar a la inmunización permitiendo enfrentar con éxito a la tensión y el peligro.

La evitación o ausencia de experiencias de exposición al riesgo no parece generar mecanismos protectores y más bien puede incrementar la posibilidad de resultados adversos cuando el individuo enfrenta la eventualidad del daño (Peñaherrera, 1998)

La reducción del impacto del riesgo se produce además, por el significado de peligro que adquiere el estímulo; difiere si la percepción es realista, o está magnificada o minimizada.

El mismo factor puede ser de riesgo o protector según las circunstancias. La apreciación de dichas circunstancias influye en la reacción ante el riesgo, así como la perspectiva del sujeto.

Según Suárez y Krauskopf (1995), para evaluar y analizar el riesgo es necesario diferenciar los factores intervinientes, externos y

1 ROJAS V. M.; GIRALDO, P. y MONTES, C. (2001). Perfiles psico-social, familiar y determinación de los estadios de cambio en adolescentes atendidos en CEDRO. Documento inédito.

conductuales, la capacidad de alarma del individuo, y los mecanismos protectores y de mediación del riesgo con que este cuenta para enfrentar la situación. Para los autores, a saber:

1. Establecimiento y manutención del auto sistema:
  - Oportunidades para enfrentar problemas con responsabilidad.
2. Destrezas:
  - Cognoscitivas
  - Emocionales
  - Sociales
3. Reducción del impacto del riesgo:
  - Su significado de peligro
  - La gradual exposición
4. Reducción de las reacciones negativas en cadena:
  - No repetir reacciones adaptativas inadecuadas
  - No permitir reacciones negativas de otras personas
5. Apertura de oportunidades
  - Contar con habilidades para una inserción exitosa
  - Metas para posponer “soluciones” de corto alcance
  - Ampliación de contextos de experiencia
  - Espacios sociales estructurados.

Existen importantes elementos que aumentan el potencial protector y contribuyen a la mediación del riesgo. Estos factores se construyen a partir del establecimiento del auto concepto y del auto estima, y de las posibilidades de probar las destrezas para enfrentar los problemas y asumir responsabilidades frente a ellos.

De esta manera se producen una serie de transacciones que dan lugar a procesos que disminuyen la posibilidad del daño. En el caso de una adolescente que tiene un patrón inicial de consumo de sustancias, el riesgo de desarrollar dependencia será menor si ella posee un nivel educativo adecuado, tiene acceso a consejería, no frecuenta amigas consumidoras de la misma sustancia y si el clima familiar se presenta mucho más favorable para la interacción y la comunicación; de lo contrario el riesgo aumentará.

La apertura de oportunidades amplía el campo de la experiencia, permite a los adolescentes contar con habilidades para una inserción exitosa y ofrece metas que mueven a posponer pseudo soluciones inmediatistas riesgosas; la reducción de las reacciones negativas en cadena impide repetir respuestas adaptativas inadecuadas y no facilita las actitudes negativas de otras personas.

En todo caso, al analizar los problemas del riesgo en el proceso de construcción de la identidad y la inserción personal propias de la adolescencia, se debe hacer referencia básicamente a dos condiciones: La social y la personal.

### **La dimensión social en el riesgo**

Bell, et al, 2000; Pandina, 1996; Hawkins et al, 1992; Mangham, 1995; Suárez y Krauskopf (1995); Jessor (1991) Peñaherrera (1998), entre otros, proponen algunos factores sociales y ambientales que influyen en la aparición de conductas de riesgo y que podrían conducir a resultados negativos en los jóvenes.

En lo social, el proceso de individuación puede producirse en el marco de dos situaciones:

- Cuando los jóvenes cuentan con la posibilidad y la capacidad de articular el dominio sobre sus necesidades y la separación paulatina del grupo primario de dependencia.
- Cuando la sociedad no les brinda oportunidades para hacerlo ni fomenta el desarrollo de las capacidades requeridas.

La situación social se considera favorable cuando:

1. Existe un soporte familiar abierto, capaz de asimilar los cambios requeridos para la individuación adolescente;
2. La cultura ofrece desafíos estructurados que permiten el tránsito a nuevas posiciones dentro de la sociedad equivalente a los ritos de pasaje de las sociedades más primitivas;



3. El ámbito social valoriza y estructura oportunidades para la participación social de los adolescentes en sectores relevantes, como la educación, el trabajo y la vida en comunidad;
4. El ambiente micro y macrosocial en que se encuentran los adolescentes le ofrece oportunidades graduales de toma de decisiones.

La ausencia de espacios sociales debidamente estructurados para permitir la inserción social y el desarrollo positivo de la identidad se produce cuando:

- existe una estructura familiar monoparental o extendida que puede funcionar en forma conflictiva y no brindar un soporte estable a los cambios propios del proceso adolescente;
- los desafíos que se ofrecen al sector adolescente son desarticulados, consumistas, efímeros, etc.;
- las oportunidades de participación más accesibles están construidas por culturas de trasgresión y evasión;
- las oportunidades de gratificación y opciones de relevancia social constructiva son restringidas.

### La dimensión personal en el riesgo.

Es durante la adolescencia cuando emerge gradualmente la personalidad con sus características de adquisición de destrezas, juicio crítico y los sentimientos de auto estima.

La adaptación positiva a estas adquisiciones permitirá al adolescente enfrentar las situaciones y cumplir con las tareas requeridas con menos riesgo de sufrir un desequilibrio emocional, y verse expuesto al peligro con mayores posibilidades de auto conducción protectora (Hawkins et al, 1992; Mathias, 1996; Suárez y Krauskopf, 1995; Pérez y Mejía, 1998).

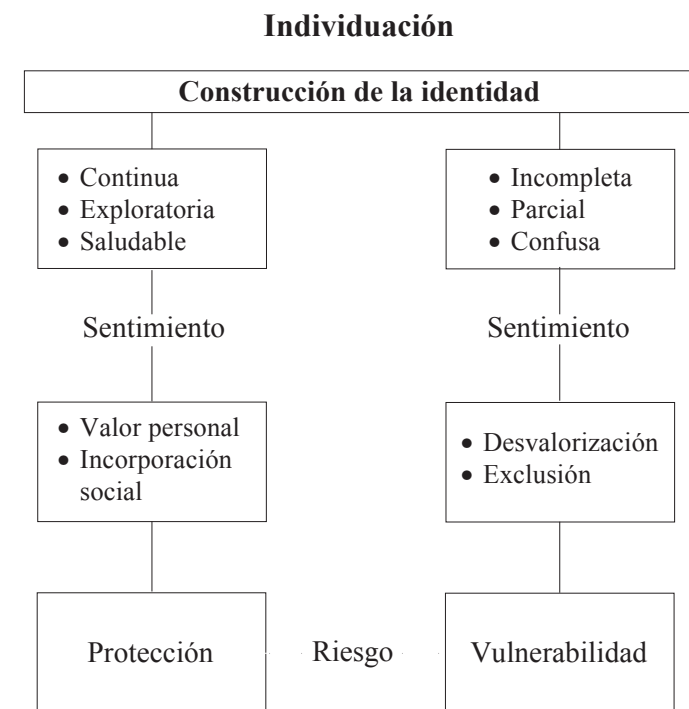
Ahora bien, la construcción de la identidad en la adolescencia puede obtenerse mediante el reconocimiento de características personales y la

exploración de nuevas posibilidades desde la perspectiva de un compromiso con el futuro.

En este contexto el riesgo no tiene un valor en sí mismo sino que es parte de una configuración donde lo relevante es el encuentro con la potencialidad y la experiencia enriquecedora.

Cuando las bases para la construcción de la identidad son deficitarias, la afirmación del adolescente como individuo se establece a través de una exploración difusa, carente de compromiso estructurante o con una presencia en el medio auto afirmada en acciones efímeras (Figura No. 1).

FIGURA 1: *Identidad y Riesgo.*



Fuente: Suárez y Krauskopf (1995)



Esta última situación a menudo es la resultante de una organización parcial de la identidad o de una identidad difusa que incorpora los riesgos como expresiones de autoafirmación o búsqueda de un bienestar transitorio que compense el empobrecimiento de los mecanismos de respuesta a las demandas y necesidades que se deben enfrentar.

La maduración física, social y psicológica permite el desarrollo cognoscitivo apropiado, la discriminación de las variables sociales, y la elección de conductas y objetivos para una incorporación social exitosa.

En este sentido, es importante analizar la experiencia personal de riesgo en función de la carencia de destrezas fundamentales para enfrentarlo o de espacios sociales apropiadamente estructurados, condiciones que no han favorecido la generación de mecanismos de mediación del riesgo.

Ahora bien, para Hawkins et al, (1992) las destrezas pueden clasificarse fundamentalmente en emocionales, cognoscitivas y sociales. Las destrezas emocionales permiten la elección de conductas y la adecuada articulación afectiva con el contexto. Se basan en identificaciones capacitantes y en experiencias previas generadoras de confianza, intimidad, auto aceptación y desarrollo empático cuya ausencia favorece la generación de riesgos.

Surgen como respuestas posibles la explosividad, los temores, los impulsos pobremente controlados, el “acting out”, y el enfrentamiento fóbico o contra fóbico de las situaciones, y se facilitan las conductas de provocación, trasgresión y violencia.

Las destrezas sociales permiten generar e implementar soluciones efectivas ante los problemas interpersonales y enfrentar situaciones del ámbito micro y macrosocial de forma que disminuyen el riesgo y la destructividad.

La ausencia de estas destrezas se aprecia en la carencia de comportamientos efectivos o de motivación u oportunidades para ejecutar las destrezas adquiridas. Las enfermedades de transmisión sexual y el abuso de drogas pueden relacionarse con estas condiciones.

Las destrezas cognoscitivas conducen a la creación de soluciones alternativas y la especificación de cada paso requerido para alcanzar las metas.

El pensamiento es causal y tiene consideración con las consecuencias. Estas destrezas incluyen el conocimiento de los comportamientos que proveen los resultados deseados y la capacidad para seleccionar los objetivos.

La ausencia de destrezas cognoscitivas se traduce en dificultades para solucionar los problemas y en el desconocimiento de conductas que faciliten la interacción. El embarazo durante la adolescencia puede darse en estas condiciones.

La construcción de la identidad se ve interferida por la presencia de creencias negativas respecto de sí mismo, el entorno o la situación.

### **Factores Protectores**

La mayor parte de los estudios relacionados con el tema de la familia y el abuso de SPA se ha centrado en la identificación de los factores de “riesgo”, es decir aquellos que facilitan su aparición y mantenimiento, sea dentro de los núcleos familiares, la estructura familiar o en el contexto (Smith et al, 1998; Lane et al, 1997; Pérez y Mejía, 1998; Mathias, 1996).

El estado de salud psicológica y física de un sujeto, más que ser producto únicamente de factores biológicos, se encuentra determinado en gran medida por las condiciones de la realidad social que lo rodean.

Es probable que la familia, siendo el círculo social en el que se da el mayor número de relaciones de carácter afectivo y el principal contexto de aprendizaje de un individuo, es posible afirmar que el comportamiento de una persona depende en gran medida del buen funcionamiento de la situación familiar (Smith et al, 1998; Lane et al, 1997; Mathias, 1996; Kagan, 1991; Cusinato, 1992; Pérez y Mejía, 1998; CEDRO: Rojas A, 1999; CONTRADROGAS, 1999)

Ahora bien, para Rutter (1992) y Serrano (1995), se denominan factores protectores a las circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan el logro de la salud integral del adolescente y sus relaciones con la calidad de vida y el desarrollo de estos como individuos y como grupo.

Alguno de estos factores puede estar en las personas mismas: Son las características, logros o atributos presentes, antes, durante y después de la adolescencia; otros pueden estar presentes y operar en el ámbito de la familia (Pérez y Mejía, 1998; Kandel, 1978; CONTRADROGAS, 1999); otros aparecen como características del grupo (Smith et al, 1998; Lane et al, 1997) o de las comunidades y sus organizaciones en los programas de los diversos sectores de beneficio social.

En términos generales podría considerarse que:

- La existencia de factores aislados puede no tener un efecto visible, en comparación con una masa crítica de elementos complementarios atribuidos en las diversas instancias señaladas. La coparticipación de esas instancias refuerza los factores.
- Las personas, familias y sociedades deben estar conscientes de las ventajas de los factores protectores, valorarlos, asumir la responsabilidad de su incorporación, refuerzo y conservación.
- Deben reconocerse los efectos positivos de estos factores no solo durante el período de la adolescencia sino a lo largo de las etapas del ciclo vital y a lo largo de generaciones.
- Así como los factores de riesgo no son el resultado del azar ni surgen espontáneamente, lo mismo ocurre con los factores protectores. Ambas clases de factores muchas veces son el resultado de procesos iniciados tiempo atrás y en ocasiones se han incorporado a los valores culturales como patrimonio social.
- Los factores protectores son susceptibles de fortalecimiento y también pueden debilitarse y aún desaparecer. En otras palabras tienen su historia en el tiempo y en el espacio.

Tomando como base resultados de diversos investigadores (Smith et al, 1998; Lane et al, 1997; CONTRADROGAS, 1999; Serrano, 1995;

Rutter, 1992; Kandel, 1978), la siguiente lista ilustra algunos ejemplos de factores protectores:

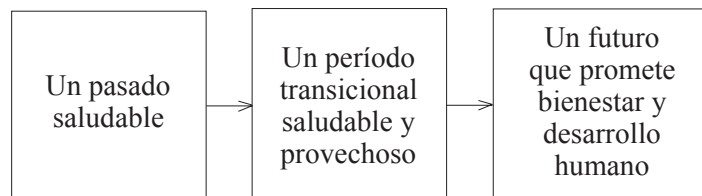
1. Auto estima, auto concepto, auto eficacia adecuada, y sentido de pertenencia e identidad grupales
2. Perspectivas de construir proyectos de vida viables.
3. Escalas de valores congruentes con un desarrollo espiritual adecuado, en las que el amor, la verdad, la libertad, el respeto, la responsabilidad, la religiosidad, la moral y otros valores, se practiquen debidamente y en los ambientes apropiados.
4. Estructuras y dinámica familiares congruentes con los procesos básicos y las funciones de la familia.
5. Familias y sociedades dispuestas a trabajar por una niñez, adolescencia y juventud saludables.
6. Micro ambientes familiares, escolares, laborales, deportivos y recreativos que sean saludables y propicios para el desarrollo de la gente joven de ambos sexos.
7. Niveles crecientes de auto cuidado y de responsabilidad en los dos sexos en relación con su salud reproductiva.
8. Ayuda mutua y existencia y uso adecuado de redes sociales de apoyo.
9. Promoción de investigaciones que permitan identificar las necesidades y mecanismos capaces de disminuir los problemas emergentes, incluyendo en forma prioritaria el refuerzo de las defensas endógenas y exógenas frente a la exposición a situaciones traumáticas y de estrés en niños y adolescentes (**Rutter, 1987**).

La lista mencionada se inicia con las instancias temporales de un pasado saludable basado en la existencia de varios de esos factores protectores.

Estos son sucedidos por el presente de la fase de la adolescencia, también saludable y provechosa en la suposición de que el pasado haya sido positivo y haya transmitido esos efectos a las etapas posteriores.

Ese presente hará lo mismo respecto al futuro (Figura No. 2). Este aspecto es fundamental para el concepto de protección y promoción de la salud integral del adolescente.

FIGURA 2: *Factores Protectores. La protección como proceso.*



Fuente: Serrano, 1995

### La protección como proceso

Señala Rutter (1987, 1990, 1992) que un mismo factor puede ser de riesgo y/o protector (por el desarrollo de nuevas actitudes y destrezas) según las circunstancias. Esto es, la reducción del impacto a la vulnerabilidad se produce al comprender más ampliamente el significado de peligro, haber tenido gradual exposición a este tipo de situaciones con posibilidad de responder efectivamente o contar con el respaldo necesario y aprender a desarrollar alternativas de respuesta que no sean destructivas, recibir de adultos significativos los modelos apropiados para el desarrollo de respuestas para la solución de problemas que son parte del devenir humano.

La posibilidad de establecer un auto estima y auto concepto adecuados, basada en logros, cumplimiento y reconocimiento de responsabilidades, oportunidades de desarrollar destrezas sociales, cognitivas y emocionales para enfrentar problemas, tomar decisiones y prever consecuencias, incrementar el locus de control interno (esto es reconocer en sí mismo la posibilidad de transformar circunstancias de modo que respondan a sus necesidades, preservación y aspiraciones) son factores personales protectores que pueden ser fomentados y que se vinculan con el desarrollo de la resiliencia (CEDRO: Rojas, 1999; CONTRADROGAS, 1999).

En cualquiera de los casos es necesario que la familia apoye el crecimiento del adolescente, confirme el proceso de individuación; pueda analizar las nuevas expresiones que emergen de los cambios en la fase juvenil sin estigmatización; resuelva las dimensiones afectivas emergentes en el marco de una aceptación dinámica del sistema familiar; comparta las necesidades de los nuevos roles y pueda, desde una perspectiva empática, guiar, aconsejar, colaborar, supervisar.

La protección que proviene del auto cuidado físico (alimentación, ejercicios, sexo seguro) del desarrollo de nuevos intereses, de gratificaciones a través de la expresión de talentos y participación social disminuyen la exposición gratuita al riesgo.

En cuanto a los factores protectores externos; no es igual el destino de una adolescente embarazada que cuenta con la posibilidad de acceder sin repudio a control prenatal, que puede proseguir con su educación, que cuenta con el apoyo y orientación frente a su situación, que una joven a la que le ocurre lo contrario. Tampoco serán igualmente efectivos los talleres de prevención del SIDA para adolescentes que promueven las relaciones sexuales responsables, con capacidad de autoafirmación, locus de control interno y protección a través del uso del condón, si los factores protectores externos esperados no son congruentes.

Ejemplos de ellos pueden ser: La censura del vendedor de la farmacia ante la solicitud de condones, la dificultad de algunos funcionarios asignados a la capacitación para estar convencidos de la posición frente a la modalidad de prevención en sexualidad juvenil, el temor de las chicas de ser descubiertas con preservativos por sus padres, la incredulidad de los adultos acerca de la posibilidad que los jóvenes realmente tomen precauciones en momentos de tanta emoción, la angustia de aceptar la existencia de la sexualidad juvenil.

Ahora bien, frente al carácter más o menos estático de la delimitación de la mayoría de los factores de riesgo —lo que no implica que ellos se manifiesten con ese estatismo—, se conciben los factores de protección como mecanismos integrados en un proceso, el proceso de interacción entre el individuo y el ambiente y de adaptación de aquél a éste.

Por tanto, y al tener en cuenta que “vulnerabilidad” y “protección” aluden a mecanismos específicos de respuesta individual con respecto a situaciones de riesgo. En este contexto, se puede decir que son los polos negativo y positivo del mismo constructo, no perdiéndose de vista que cuando se habla de protección el proceso que da lugar al incremento o disminución del riesgo puede no necesariamente significar que la variable o experiencia sea, en sí misma, positiva o negativa”.

Los factores de riesgo operan conduciendo al trastorno y operan directamente, en tanto que los factores o mecanismos de protección sólo se activan al entrar en interacción con los primeros.

Así no encontramos la protección en las características presentes en un determinado momento, sino en el modo en que cada individuo se conduce en los cambios vitales o en las experiencias que le someten a presión y le hacen vulnerable a la influencia de los factores de riesgo.

Respecto a la delimitación de grupos de factores protectores es posible sintetizar y diferenciar entre tres grandes grupos de factores de protección: Las características personales del propio niño; la relación con un adulto acogedor y empático, y un ambiente social que refuerce y apoye los esfuerzos del niño por hacer frente a la situación.

Es lícito admitir cómo en el tercer grupo de factores se recoge la concepción de los factores de protección como elementos que aparecen en el transcurso del proceso de adaptación del niño y del pre adolescente (Smith et al, 1998; Lane et al, 1997; Downey y Walker, 1992, citado por Rodríguez, 1995)

### **Resiliencia.**

Dentro del escenario del presente análisis si bien no es el objetivo abordar el tema resiliencia y adolescencia, no se puede dejar de mencionarlo y precisar que se trata de un constructo inmerso tanto en los comportamientos de riesgo y de protección, como en las cogniciones y la estructura de la personalidad del joven.

El término resiliencia, que Rutter (1987, 1990; 1992) conceptualizó con importantes investigaciones y desarrollos teóricos, proviene de una sociedad identificada en los metales, que pueden resistir los golpes y recuperar su estructura interna.

Se refiere a la capacidad del ser humano de recuperarse de la adversidad y, más aún, transformar factores adversos en un elemento de estímulo y desarrollo. Se trata de la capacidad de afrontar de modo efectivo eventos adversos, que pueden llegar, incluso a ser un factor de superación.

La resiliencia aporta una susceptibilidad menor al estrés y disminuye la potencialidad de verse afectado por eventos negativos, incluso algunos daños. Se refleja en el hecho que en momentos diferentes de la vida de las personas muestran mayor capacidad para enfrentar, resistir y recuperarse de factores que pueden ser destructivos.

Entre los factores que incrementan la resiliencia, Rutter (1987, 1990, 1992), Mangham et al, (1995), destacan la exposición previa a la adversidad psicosocial con un enfrentamiento exitoso con la tensión y el peligro. Dosis graduales de enfrentamiento de dificultades pueden operar de modo similar a las inmunizaciones.

En cambio, el sobre control y la sobreprotección parecen actuar en sentido contrario. Una posible explicación de ello está que, en la sobreprotección, las decisiones y sus consecuencias están en manos de otros, lo que fomenta un locus de control externo y el individuo no consolida su auto estima, ni su auto concepto, con la puesta a prueba de sus destrezas y el reconocimiento personal y social del resultado de sus responsabilidades, por lo cual se siente más a merced de los eventos externos. Por otro lado, el sometimiento permanente a adversidades y estrés, parece reducir fuertemente el desarrollo de la resiliencia (Mangham et al, 1995)

El Cuadro No. 1 nos presenta la sistematización de los factores de riesgo identificados en adolescentes a través de investigaciones que examinaron conductas riesgosas, tales como: Consumo de SPA, desertión

CUADRO 1: Factores de Riesgo Identificados en adolescentes.

Factor de riesgo:	Vulnerabilidad para:							
	ABUSO DE DROGAS	Deserción Escolar	Fugas del Hogar	Violencia Callejera	Otras Cond. Adictivas	Embarazo Precoz	Intento de Suicidio	Accidentes Automovilísticos SIDA y otras E.T.S
Familia Disfuncional / en Crisis <sup>1</sup>	X	X	X	X	X	X		
Patrones(-)de Educación y Crianza <sup>1</sup>	X	X	X	X	X	X		X
Abuso de drogas en la familia <sup>1</sup>	X				X		X	
Actitud hacia la Familia <sup>1</sup>	X					X		
Vulnerabilidad Biológica <sup>1</sup>	X				X			
Cogniciones/ Rasgos Personalidad <sup>2</sup>	X					X	X	
Buscador de Sensaciones <sup>2</sup>	X	X			X			X
Actitud (+) hacia las Drogas <sup>2</sup>	X							X
Valoración (+) de la Drogas <sup>2</sup>	X	X					X	X
Rasgos de Conducta. Antisocial <sup>2</sup>	X			X				
Abuso de Alcohol <sup>2</sup>	X			X			X	X
Varón <sup>3</sup>	X	X		X	X			X
Edad: 16- 19 años <sup>3</sup>	X					X		
Rendimiento Escolar <sup>3</sup>	X	X			X			
Relación Grupo Pertenencia / pares <sup>3</sup>	X	X		X	X			

1 Investigaciones que han establecido asociaciones entre factores protectores y sistema familiar.

2 Investigaciones que han establecido asociaciones entre factores protectores y personalidad.

3 Otras investigaciones que han establecido asociaciones entre factores protección y: Género; Rendimiento escolar; Deporte; Espiritualidad; Estrudiar, Leer, Act. Culturales; Pocos amigos. Pero Buenos.

escolar, fugas del hogar, violencia callejera, otras conductas adictivas, embarazo precoz, intento de suicidio, SIDA y otras ETS y accidentes de tránsito.

## Riesgo y Familia

Tal como puede observarse en el Cuadro No. 1, factores como los patrones negativos de educación y crianza, actitud negativa hacia la familia, dentro de un sistema familiar en crisis o, con un escenario disfuncional, enmarcado por la vulnerabilidad biológica por el abuso de alcohol y otras drogas en el sistema familiar, forman parte del abanico de factores de riesgo asociados a los primeros consumos de SPA y otras conductas riesgosas en los adolescentes (CEDRO: Rojas et al, 2001<sup>1</sup>).

Si se intenta examinar rigurosamente esta variable, numerosos investigadores señalan la necesidad de seguir investigando a la familia por la influencia que ejerce en la génesis, mantenimiento e interrupción de conductas de riesgo.

Los datos obtenidos por numerosos autores nos conducen a plantear que el abuso y la dependencia de SPA sería una expresión de un conflicto en un punto del ciclo de vida familiar.

En efecto, el consumo de sustancias suele emerger de un contexto familiar y social caracterizado por modos de interacción disfuncionales. Concordamos con Haley (1980), quien sostiene que los comportamientos adictivos tienen su fuerza inspiradora en la familia o en el contexto social inmediato o mediato.

Stanton y Todd (1985) entre otros, concuerdan al señalar que la conducta del uso de SPA, provee al adolescente y a la familia una resolución paradójica del dilema: Mantener y disolver la familia.

En este sentido, las influencias de la droga permitirían al adolescente sentirse infantilmente cercano y distante a la vez, reprimiendo a la familia

<sup>2</sup> Datos no publicados

sin tener que asumir la responsabilidad por tal comportamiento, manteniendo a la familia unida y perpetuando su status de incompetente y dependiente.

Los patrones de consumo experimental en adolescentes usualmente enmarcan un complejo de problemas familiares de larga data. Los miembros frecuentemente expresan sentimientos de frustración, rabia y rivalidad hacia otros indirectamente manifestados a través de conflictos acerca de la adicción.

Bell et al, (2000), Steinglass (1993) explican que muchas conductas riesgosas en adolescentes, es la manifestación de una dinámica de la constelación familiar muy particular, señalando que ello sucede cuando los conflictos que rodean la sub-fase del proceso de separación-individuación no son adecuadamente superados. Este proceso para el adolescente implica la diferenciación y separación sin sacrificar la intimidad familiar.

Por otro lado, en observaciones clínicas de familias con miembro adolescente problemático se encuentra poca expresión de sentimientos y las interacciones son marcadamente tensas, con juicios de naturaleza defensiva por parte del padre, ausencia de cuidado y validación de los hijos, los miembros se encontraban emocionalmente distantes unos de otros.

Dentro de este escenario, hay ausencia de alegría y humor y los tonos dominantes suelen ser la desesperanza, el desgano, la depresión y la tensión.

En estos hogares de adolescentes con comportamientos de riesgo, existe poca comunicación espontánea y acuerdos entre los miembros de la familia. Cuando existe un pequeño acuerdo, este es rápidamente descartado y el tiempo es invertido en discutir áreas en las cuales previamente se estaba de acuerdo (Bell et al, 2000)

Autores como (Bell et al, 2000) concuerdan en que la comunicación dentro de estas familias es pobre; hay carencia de apertura y de comunicación relevante. Lo primero que se comunican comúnmente son

los mensajes negativos, existiendo hábitos igualmente, negativos tales como críticas, demandas y búsquedas por conseguir atención.

Pareciera que un buen grupo de estas familias sufren de un bloqueo en el afecto relacionado con la intensa ambivalencia que concierne a la intimidad. Por tanto, se puede sustentar como una de las premisas fundamentales —dentro de los factores de riesgo relacionados con el sistema familiar con miembro/s sintomático/s— que estas tienen estructura y dinámica disfuncionales, con estructuras caracterizadas por rigidez, sobreprotección simbiótica y gran dificultad para resolver problemas y conflictos.

En lo que se refiere a la variable que comprende a los factores intra personales, el Cuadro No. 1 también presenta factores como: Rasgos de personalidad y el esquema cognitivo, el “buscador de sensaciones” y de la novedad, y rasgos de comportamiento antisocial.

### **Riesgo y Factores Intra-personales**

Existen dos factores intra-personales fuertemente asociados al consumo de SPA, la deserción escolar, la violencia callejera y a los accidentes de tránsito: La relación del adolescente con el grupo de pares, la actitud y la valoración positiva de la droga, y la “búsqueda de sensaciones” (Ver Cuadro No. 1).

Ahora bien, existe la suficiente información de investigación que sugiere que los adolescentes experimentan con determinadas SPA en un intento de enfrentar o manejar la experiencia subjetiva de sus estados afectivos.

Los factores identificados como la actitud y la valoración de la droga, calzan con la hipótesis de la automedicación (Khantzian, 1985), la misma que sustenta que la elección de una droga no se realiza al azar sino que es el resultado de la interacción de sus efectos farmacológicos y las emociones dolorosas dominantes en el adolescente (por ejemplo: El consumo de cocaína con la depresión; el fumado de la marihuana con la hiperactividad).



Por otro lado, lo encontrado por Segal et al, (1986) igualmente, guarda relación con los factores que presentamos; en efecto, el autor y su equipo luego de trabajar con más de 3,000 estudiantes adolescentes, encontraron tres factores en la iniciación del consumo: La reducción de la tensión, el efecto de la droga y la relación con los pares.

En lo que refiere a la reducción de la tensión, esta incluía razones como: “aliviar la ansiedad o la tensión”, “para sobrellevar sentimientos de abandono o depresión”, “alejarse de problemas”; mientras que el efecto de la droga se relacionaba con la curiosidad por la experiencia, en términos de su novedad, y la excitación que proporcionaría. Por tal razón, este factor tiene que ver con la búsqueda de sensaciones.

## 1. Personalidad

Un grupo importante de investigadores de adolescentes con conductas riesgosas, reconoce el rol potencial de las características de la personalidad del joven.

Así, el rasgo de búsqueda de sensaciones en la adolescencia ha aparecido como un constructo relacionado con la iniciación del consumo de SPA.

Al respecto, el buscador de sensaciones podría ser aquel adolescente que necesita variedad, novedad y complejidad de sensaciones y experiencia para mantener un nivel óptimo de excitación (**Villanueva, 1989**).

Aparentemente cuando los estímulos y las experiencias se tornan repetitivos, el buscador de sensaciones se sentirá aburrido y menos respondiente que la mayoría de las personas, en este sentido parecería que la droga favorece la necesidad de incrementar el nivel de excitación, convirtiéndose ello en un motivo importante para continuar con el consumo.

**Zuckerman et al, (1972) y Spotts y Shontz (1984)** establecieron relaciones entre el rasgo de búsqueda de sensaciones con la dimensión

de extraversión, el primero determinó la asociación, mientras que los segundos encontraron que la cantidad de SPA utilizadas por los adolescentes, correlacionaba positivamente con los puntajes de las escalas de búsqueda de sensaciones, y significativamente positiva, con los puntajes de extraversión y neuroticismo de la prueba de Eysenck.

Otras variables de la personalidad que se han relacionado insistentemente con los factores de riesgo en adolescentes son el auto estima y el auto concepto, aunque desafortunadamente existe poca evidencia de índole investigativo que hayan examinado estas asociaciones rigurosamente.

Justamente este hecho determina que si bien los adictos de SPA suelen presentar una auto estima y auto concepto inadecuados, aún no se puede establecer si es a causa o consecuencia del consumo o, por ambos motivos. Por ello resulta importante examinar con rigurosidad estas variables.

Sin embargo, es pertinente decir que dos de las mayores funciones del auto estima y el auto concepto son ayudarnos a resolver los inevitables problemas de la vida y satisfacer las necesidades tanto físicas como sociales.

Así como un adolescente con una auto estima inadecuada experimenta fracasos en el comportamiento ante los problemas de la vida y en la satisfacción de sus necesidades, así mismo experimenta a menudo fuertes sentimientos de culpa, tensión, ansiedad, miedo, frustración, depresión y otras emociones negativas.

Cuando la tensión de los problemas de la vida es lo suficientemente fuerte para el adolescente, este necesita buscar alivio o apoyo. Esta urgencia de alivio puede ser tomada en un amplio rango de reacción conductual (consumo de SPA, deserción escolar, intento de suicidio, etc.). Para el o la adolescente la satisfacción de las necesidades es esencial.

Cuando estas no son satisfechas, suelen surgir emociones o sentimientos negativos; cuando alguien por alguna razón experimenta

excesiva privación en la satisfacción de sus necesidades particularmente sociales, buscará sustitutos o hará uso de elementos y sucesos artificiales (alcohol, tabaco u otras drogas o, conductas como la velocidad, el peligro, etc.) para gratificarse.

Otra de las variables trabajadas en este escenario de la personalidad y el consumo de SPA en adolescentes, es la ansiedad. Villanueva (1988) y Villanueva (1989) en nuestro medio, sugieren que el tipo de ansiedad más frecuente en los adictos —entre las ansiedades de muerte, mutilación, culpa, vergüenza y ansiedad difusa— es la asociada con la vergüenza, es decir sentimientos de inferioridad e inadecuación.

En lo que se refiere a los adolescentes experimentadores con SPA, llegan a observar que muchos de ellos consideran que las drogas los “puede ayudar con sus problemas personales”, suponiéndose que dentro de denominados problemas personales hay un fuerte componente neurótico

## **2. Cogniciones**

Variadas investigaciones (Beck et al, 1993; Ellis et al, 1988; Bocanegra, 1990; Navarro, 1992) han explorado algunos procesos cognitivos en los primeros consumos de SPA y en la dependencia de los mismos.

De la amplia gama de aristas de la teoría de valor-expectación (Hays, 1985), que describe la relación entre la influencia de los valores del sujeto y sus expectativas sobre el comportamiento, los valores son considerados como la piedra angular.

Para este enfoque los valores se refieren a la importancia que se da a diversas metas de la vida, mientras que las expectativas conciernen a la posibilidad de alcanzar dichas metas, comprendiendo tanto los valores como las expectativas, como propiedades motivacionales.

Dentro de este escenario del enfoque valor-expectación, el locus de control interno-externo (Hays, 1985) ha concitado mayor interés.

Desarrollado bajo la perspectiva del aprendizaje social, el locus de control interno-externo ha sido conceptualizado como una expectativa generalizada respecto de las relaciones causales percibidas entre el comportamiento y sus consecuencias.

En efecto, las personas que sustentan una expectativa de control interno perciben los eventos y sus consecuencias como contingentes a sus propias conductas. Así mismo, se ha encontrado que las personas con mayor locus de control interno son, en comparación con las de locus de control externo, más activas y eficientes en la acumulación y utilización de información apropiada para las tareas de solución de problemas, cuando las conductas por elegir son de alguna importancia o implican retos.

Los sujetos de locus de control interno dedican más atención a las alternativas; se sostiene además que las personas con locus de control externo establecen una menor conexión entre sus esfuerzos y las consecuencias de los mismos, o pueden atribuir la causalidad de su comportamiento a otras fuerzas, tales como el destino, el azar o la suerte (Sheman, 1984, citado por Villanueva, 1988).

Para Millman (1986) y Navarro (1992), los abusadores y dependientes de SPA son portadores de un locus de control externo, vale decir, han internalizado que su vida está controlada por fuerzas externas.

## **Riesgo y Factores Inter- personales.**

En el Cuadro No. 1, podemos apreciar que los factores Inter-personales identificados son el tipo de relación con el grupo de pertenencia y con los pares, la actitud frente a las drogas y la valoración positiva de las mismas y la búsqueda de sensaciones.

Investigaciones nacionales (MINISTERIO DE EDUCACIÓN, 1999; CONTRADROGAS, 1999; CEDRO: Rojas A, 1999; CEDRO: Rojas et al, 2001<sup>2</sup>; Perales et al, 1996) han establecido la influencia relativa que sobre el consumo experimental de sustancias por los



adolescentes, ejercen las actitudes y el comportamiento hacia las SPA de los padres o adultos significativos; así como los pares o compañeros, obteniendo resultados consistentes con los principios del aprendizaje cognitivo social (Bandura y Walters, 1974).

Igualmente, otros estudios (Fernández del Valle y Bravo, 2000), han evaluado los tipos de influencia social en adolescentes con relación a conductas riesgosas. Los investigadores consideran que la influencia normativa u obediencia y la imitación o modelado, son factores importantes en la comprensión de los factores en la iniciación del consumo de SPA.

Por otro lado, Norem-Hebeisen et al, (1984), concluyeron que el número de amigos que usan drogas parece ser la más importante variable que afecta el uso en la adolescencia; ello coincide con lo encontrado por Huba et al, (1980).

Si se hace un razonamiento teórico, en los primeros consumos los factores relacionados con la socialización familiar y la influencia de los pares afectarían el conocimiento, las creencias y las intenciones respecto al consumo; luego vendría la decisión por el consumo.

Si el “coqueteo” o experimentación persiste, la influencia de los pares, el auto imagen y los efectos fisiológicos reforzadores, podrían ser decisivos en la internalización de un patrón regular de consumo.

Desde la arista de la “presión de pares”, se ha sugerido (Fernández del Valle y Bravo, 2000; Segal, 1986; Villanueva, 1988) desarrollar investigaciones para explorar la dinámica interna de grupos de adolescentes donde se incorpora el uso de SPA como actividad principal, dado que parecería que no es tanto el grupo que va tras el adolescente, sino que éste, al desear experimentar con sustancias, se relaciona con grupos de consumidores. Por tanto, parece que existe un elemento de decisión personal de incorporarse al grupo.

Pérez y Mejía (1999), respecto a la influencia del grupo de pares, afirman que a mayor apego a personas y grupos convencionales, en particular a la familia, menor probabilidad de conductas desviadas; del mismo modo para Kandel (1978), son más importantes en la prevención el afecto y la cercanía de los padres (en especial de la madre) que los factores de control social.

Igualmente, Kandel concluye en que la actitud tolerante de los padres respecto al consumo de SPA, así como su poca o no existente religiosidad inciden en el consumo.

Más allá de los ensayos de comprensión de los diversos mecanismos, una vez iniciado el consumo —al igual que cualquier otro comportamiento— las posibilidades de continuar con la conducta se abren. Sin embargo, es lícito aseverar que no toda experiencia inicial con una sustancia va a generar adicción a ésta.

El escenario es sumamente complejo al punto que una persona puede estar consumiendo no una, sino dos o tres sustancias y tal vez este patrón no se desplace más allá de consumos sociales o circunstanciales.

Pero a la vez es visible y una realidad que el consumo de SPA no permanece necesariamente dentro de estos parámetros; del mismo modo que para un número indeterminado de personas -incluyendo adolescentes- existe un serio problema de dependencia.

En lo que se refiere a las edades que implicarían mayor riesgo, los rangos que comprenden los 16 y 19 años, según Perotto y Valdivieso (1994) constituye un riesgo de consumo en sí mismo.

Los factores de protección identificados a través de investigaciones presentados en el Cuadro No. 2, nos permiten ver que es el sistema familiar donde más se ha explorado y son, por tanto, donde más centraremos el análisis.

En el mencionado cuadro destacan nueve factores protectores establecidos para el consumo de drogas: Comunicación y diálogo abierto;

---

3 Datos no publicados

CUADRO 1: *Factores Protectores Identificados en adolescentes.*

Factor Protector	Reduce o atenúa el riesgo de:				
	ABUSO DE DROGAS	Deserción Escolar	Fugas del Hogar	Violencia Callejera	Otras Cond. Adictivas
Comunicación Diálogo abierto / claro <sup>1</sup>	X	X	X	X	X
Familia: Límites y Reglas Delimitados <sup>1</sup>	X	X	X	X	X
Pautas de Educación Congruentes <sup>1</sup>	X	X	X	X	X
Buena Integración en la Familia <sup>1</sup>	X	X	X	X	X
Expresiones de Afecto como Costumbre <sup>1</sup>	X	X	X	X	
No Abuso de Alcohol en la familia <sup>1</sup>	X	X			
No Antecedentes de adicción en la familia <sup>1</sup>	X				X
No Abuso de drogas en la familia <sup>1</sup>	X	X	X	X	X
La Buena Percepción del Padre <sup>1</sup>	X	X	X	X	X
Cogniciones/ Rasgos Personalidad <sup>2</sup>	X	X	X	X	X
Autoestima/Autoconcepto/Autoeficacia <sup>2</sup>	X	X	X	X	X
Autonomía en el grupo de pertenencia <sup>2</sup>	X	X		X	X
Asertivo <sup>2</sup>	X	X	X	X	X
Sentir Rechazo por la Drogas <sup>2</sup>	X				X
Mujer <sup>3</sup>	X	X			X
Espiritualidad / religiosidad <sup>3</sup>	X	X		X	X
Adecuado Rendimiento Escolar <sup>3</sup>	X	X			
Práctica Frecuente de Deporte <sup>3</sup>	X	X			X
Estudiar, Leer, Act. Culturales <sup>3</sup>	X	X			
Pocos Amigos, pero Buenos <sup>3</sup>	X	X	X		X

1 Investigaciones que han establecido asociaciones entre factores de riesgo y sistema familiar.

2 Investigaciones que han establecido asociaciones entre factores de riesgo y personalidad.

3 Otras investigaciones que han establecido asociaciones entre factores de riesgo y: Género; Edad; Relación Grupo de pertenencia-ares.

delimitación de reglas y límites; pautas de educación congruentes; buena integración familiar; expresiones de afecto como costumbre; la buena percepción del padre; ausencia de antecedentes de adicción en la familia; no abuso de alcohol; no abuso de drogas en la familia.

Así mismo, se observa que se han determinado cuatro factores protectores inherentes a la estructura de la personalidad en adolescentes. Estos son: Aspectos cognitivos y rasgos de la personalidad, desagregados en autonomía en el grupo de pertenencia; Asertividad y Auto sistema: Auto estima – auto concepto – auto eficacia.

Ahora bien, la mayor parte de las investigaciones relacionadas con el tema de la familia y el consumo de SPA, se ha centrado en la identificación de los factores de “riesgo”, es decir aquellos que facilitan su iniciación y mantenimiento dentro de los núcleos familiares.

Existen muchas investigaciones sobre la relación entre aspectos familiares y consumo de sustancias, basadas en diversas teorías. Así, la teoría del aprendizaje social, quizás ha sido el marco conceptual de copiosa información proveniente de indagaciones científicas.

Para los fines de precisión didáctica, entendemos por familia a una estructura organizativa antepuesta a la mediación e integración de las experiencias internas y externas al sistema. Es decir, en la familia se empieza a construir una serie de significados que influyen sobre la manera como el niño o adolescente interpreta la realidad.

Desde la arista de Stanton y Todd (1985) se sustenta que la influencia de los padres en la presencia o ausencia de consumo puede ejercerse: Directamente, es decir por refuerzo social; o indirectamente, favoreciendo el desarrollo de valores, actitudes y conductas específicas con respecto al uso de sustancias.

La familia también ha sido analizada desde la perspectiva del soporte social, siendo éste una garantía de la salud psicológica de los individuos al mediatizar o amortiguar los efectos nocivos de estresores crónicos (Pérez y Mejía, 1998).

El Ministerio De Educación, 1999; San Lee et al, 1998; Barnes, Banerjee y Farrel, 1995, citados por Pérez y Mejía, 1998, concluyen en que el grado de cohesión familiar funciona como mediador de efectos de una situación de estrés crónico en adolescentes.

Determinaron que la evolución del estrés, cambios de conducta y la ingesta de bebidas alcohólicas en adolescentes hijos de padres alcohólicos, se presentan con mayor frecuencia en familias con baja cohesión y disminuyen cuando la cohesión incrementa.

Para Cusinato (1992) la consistencia, responsabilidad y seguridad en las relaciones familiares facilita el desarrollo de individuos sanos dentro del grupo brindándoles estabilidad, sensatez en las reacciones y consecuencias de diferentes comportamientos y situaciones, sensación de entendimiento y control del medio en el que se vive y claridad en las responsabilidades que cada uno de los miembros desempeña en su familia.

Al respecto Kandel (1978), sustenta que uno de los factores protectores más importantes en el consumo de SPA es el afecto y la cercanía de los padres, especialmente el de la madre, más que el control de la conducta y la adhesión a un grupo social.

Recio et al, (1991) concluye que otro factor protector viene a ser la calidad de la relación del adolescente con su padre. Sugieren que la relación con la madre debe cuidarse especialmente en factores de expresión de afecto tales como la atención a los problemas del hijo, tiempo compartido, compañía mutua y confianza.

En este contexto, las relaciones afectuosas entre todos los miembros de la familia garantizan un ambiente cálido y poco estresante que protege en las diversas dificultades.

Si hacemos un razonamiento en función a los factores protectores estudiados, estamos en condiciones de decir que se ha establecido una alta correlación entre el abuso de SPA e insatisfacción en los adolescentes frente a las relaciones familiares.

Todo indica que la calidad de relación del púber o del adolescente con sus padres, es uno de los factores más fuertes contra el consumo de sustancias (Recio et al, 1991).

De igual forma, otro de los predictores del consumo en esta población es el grado de intimidad de relaciones con los padres (Brook, 1977), el volumen de dicha interacción y la reacción al control parental.

Kandel (1978), plantea, al respecto que las variables de lazos familiares son predictores del paso del consumo de alcohol y marihuana a un patrón de poli consumo de drogas ilegales.

Para Pérez y Mejía (2000), la influencia de los padres sobre el uso de SPA en sus hijos adolescentes se hace patente en: El uso de drogas por parte de estos; su actitud hacia las drogas y; aspectos de la relación parento-filial que predicen la iniciación en las distintas drogas, en diferentes etapas de secuencia de uso y con distinta intensidad.

Los mismos autores, a través de una investigación en 443 familias sin miembros consumidores de sustancias o “familias sanas”, determinaron que el cariño, el diálogo o comunicación, el ejemplo, orientación-educación, unión familiar y la confianza eran los factores protectores que evitaban el consumo de SPA.

Pasando a otro nivel de análisis, el “buen” uso del tiempo libre a través de la práctica frecuente del deporte como un estilo de vida, según Perotto y Valdivieso (1994), es un fuerte factor protector para el no consumo de SPA (Cuadro No. 2)

En efecto, la práctica frecuente o sistemática de algún deporte dentro de los que vendría a ser el adecuado uso del tiempo libre: Gimnasia, caminatas, natación, participación en torneos deportivos, etc, aunado a los otros factores protectores de índole intra personales e inter personales, se convertiría en factor protector.

No obstante, se trata de una variable controversial, donde hay escasa investigación, donde daría la impresión que no necesariamente es un

factor protector seguro; dado que en casos puede encubrir riesgo al facilitar el contacto entre grupos de consumidores y la circulación de la droga (CEDRO: Rojas V, 1999)

En lo que se refiere a género, la mayor parte de las investigaciones que han indagado este aspecto en estudios epidemiológicos (CONTRADROGAS, 1999; CEDRO, Rojas A. y Castro de la Mata, 1998), concluyen en que en todas las regiones del país, el grado de consumo de drogas ilícitas recae en el género masculino. Por tanto, ser mujer es un factor parcialmente protector; ser varón, expone más al peligro del consumo (Perotto y Valdivieso, 1994).

Por otro lado, en el mismo Cuadro No. 2 se puede encontrar algunos factores protectores identificados inherentes a la personalidad, tales como: Las cogniciones y rasgos de la personalidad, autonomía en el grupo de pertenencia, asertividad y Auto sistema (auto-estima, auto concepto y auto eficacia).

Hasta donde se ha podido comprobar, existen pocos trabajos científicos que han intentado relacionar el auto sistema (auto concepto, auto estima y auto eficacia) como tal, con el consumo de SPA en adolescentes.

En este sentido, cabe citar los hallazgos de Ajangizet (1988), que sugiere una relación inversa entre la puntuación del auto concepto adolescente y la cantidad y frecuencia de tóxicos ingeridos.

Sin embargo, sí existe una mayor cantidad de investigaciones que han demostrado la relación entre un deficiente ajuste familiar y escolar y el consumo de SPA, lo cual es especialmente relevante para el tema que se está tratando, si se recuerda la ya aludida importancia de estas dos instituciones sobre la formación del auto sistema.

Algunas investigaciones como las de Pardeck (1991), han puesto de manifiesto la relación entre el consumo de SPA y una percepción de desagrado por parte del hijo respecto a sus relaciones familiares, así como una deficiente adaptación y auto percepción del alumno.

Newcomb y Bentler (1988), por su parte señalan que el uso de drogas por parte de los adolescentes, va unido a una inadecuada madurez psico-social, manifestada tanto en la vida familiar, como en la escolar y social, lo cual además, tiene perdurabilidad al llegar a la vida adulta.

El auto sistema viene a ser, en todo caso, uno de los principales determinantes de la conducta, si bien no el único. Otras variables psicosociales, así como situacionales, biológico o de la personalidad va a interactuar con el auto sistema de sí mismo a la hora de determinar la conducta, quedando abierta la discusión acerca del grado de contribución de los diferentes factores.

La mayoría de las investigaciones que relacionan el auto concepto y conducta se ubican en las áreas de la escuela y la conducta desajustada. La importancia del auto concepto en la conducta del adolescente, así como la de la escuela y la familia sobre la formación del auto concepto, es grande.

Así, se ha señalado a estas instituciones primarias de socialización como los elementos institucionales más decisivos a la hora de conformar el auto concepto del adolescente (Pons y Berjano, 1996).

## REFLEXIONES FINALES

La sistematización y análisis de algunos factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo inicial de sustancias capaces de generar dependencia presentados en la presente revisión, nos permite informarnos y recoger herramientas para revisar las metodologías de intervención temprana, o articular los programas preventivos en conductas riesgosas en niños, pre adolescentes y adolescentes.

Las acciones prevención primaria siempre resulta más rentable a largo plazo y especialmente cuando se comparan los enormes costes sanitarios de distintas enfermedades y conductas auto destructivas, las mismas que se podrían evitar.

La información es necesaria e importante para conocer sobre un

hecho. Pero la información no es suficiente para el cambio de la conducta, al menos en muchos casos.

La Psicología como ciencia del comportamiento dispone de un bagaje conceptual y tecnológico apropiado con el que ha venido enfrentando la temática de las drogas. Esta rama de la ciencia presenta la capacidad apropiada para analizar, explicar y comprender los diversos comportamientos de riesgo asociados a la salud integral de los adolescentes, e intervenir sobre ellos.

Finalmente, considerando una visión crítica, y a pesar de los conocimientos y tecnología que aporta la ciencia del comportamiento y la Psicología de la salud sobre los estilos de vida y conductas inadecuadas, ¿estamos consiguiendo el objetivo de mejorar los estilos de vida que incrementan los comportamientos saludables?.

Indudablemente que la respuesta va a depender de cada país, y de los distintos programas existentes, de la política de salud y de los niveles de conciencia social respecto a las temáticas de salud.

Es cierto que con la tecnología de que se dispone en estos momentos la Psicología, es posible seguir cambiando y cambiar efectivamente.

## REFERENCIAS

- Bandura, A. y Walters, RH.** Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. México: Alianza Editorial. 1974.
- Beck, A; Wright, FD; Newman, CF and Liese, BS.** Cognitive therapy of substance abuse. New York: The Guilford Press. 1993.
- Bell, NJ; Forthum, LF and Sun, Sh.** Attachment, adolescent competencies, and substance use: Developmental considerations in the study of risk behavior. *Substance Use & Misuse*, 35 (9): 1177-1206. 2000.
- Bocanegra, A.** Las creencias irracionales. Estudio comparativo entre un grupo de sujetos consumidores de pasta básica de cocaína y un

grupo de sujetos .no consumidores de drogas: Un enfoque racional emotivo. Tesis para Optar el Título de Licenciado. Universidad Nacional Mayor De San Marcos, Lima. 1990.

- Brook, JS.** Correlates of adolescent marijuana use as related to age, sex, and ethnicity. In: *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 50: 383-390. 1977.
- Castro de la Mata, R y Rojas, AM.** Epidemiología de drogas en la población urbana peruana. Encuesta en hogares. Monografía de Investigación de Cedro N°. 17. Lima: Cedro. 1998
- CONTRADROGAS.** Encuesta nacional sobre prevención y uso de drogas. Informe general. Comisión de Lucha Contra el Consumo de Drogas. Lima: Contradrogas. 1999.
- Cusinato, M.** Psicología de las relaciones familiares. Barcelona: Ed. Herder. 1992
- Donas, D.** Riesgo y vulnerabilidad. Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los/las adolescentes. En *Adolescencia al día*, O.P.S. Reproducción de documentos, V(I), pp. 1-9. 1998.
- Ellis, A; McInerney, JF; DiGiuseppe, R and Yeager, RJ.** Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers. New York: Pergamon, 1988.
- Fernández del Valle, J. y Bravo, A.** Estructura y dimensiones de apoyo en la red social de los adolescentes. En: *Anuario de Psicología*, Facultad de Psicología Universidad de Barcelona 2(31): 87-105. 2000.
- Haley, J.** Tratamiento de la familia. Barcelona: Toray. 1980.
- Hawkins, JD, Catalano, RF and Miller, JY.** Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112: 64-105. 1992.
- Hays, R.** An integrated value-expectancy theory of alcohol and other drug use. *British Journal of Addiction* 1985, 80: 539-549.
- Huba, GJ; Wingard, JA and Bentler, PM.** Longitudinal analysis of the role of peer support, adult models and peer subcultures in beginning adolescent substance use: An application of Stepwise



Canonical correlation methods. *Multivariate Behavior Research*, 15: 259-279. 1980.

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

**Jessor, R.** Successful adolescent development among youth in high risk setting. *American Psychological*, 2: 344-551. 1993.

**Kagan, J.** Etiologies of adolescents at risk. In: *Journal of Adolescent Health* 1991, 12: 591- 596

**Kandel, DB.** Longitudinal research on drug use empirical findings and methodological issues. New York: Hemisphere-Halsted. 1978.

**Khantzian, EJ.** The self-medication hypothesis of addictions disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 142: 1259-1264. 1985.

**Krauskopf, D.** Los grupos de pares en la adolescencia. En: M. Maddaleno, M. Munist, C. Serrano, T. Silver, E. Suárez y J. Yunes (Eds.), *La Salud del Adolescente y del Joven*. Washington: O.P.S, Publicación Científica No. 552 : 118-124. 1995.

**Lane, J; Gerstein, D and Huang, L.** Risk and protective factors for adolescent drug use: Finding from the 1997. SAMHSA, Office of Applied Studies. National Household Survey on Drug Abuse, Washington D.C. 1997.

**Mangham, C; McGrath, P; Reid, G and Stewart, M.** Resiliency: Relevance to health promotion detailed analysis. Atlantic Health Promotion Research Centre. Office of Alcohol, Drugs and Dependency Issues. Dalhousie University. 1995.

**Mathias, R.** Protective factors can buffer high-risk youths from drug use. *NIDA Notes*, 11(3): 7-9. 1996.

**Millaman, RB.** General principles of diagnosis and treatment (drug abuse and drug dependence). In: A. J. Frances, M. D. and R. E. Hales, M. D. (Eds.). *Annual Review 5 American Psychiatric Association*. Washington: American Psychiatric Press Inc. 1996.

**Ministerio de Educación.** Estudio epidemiológico del uso indebido de sustancias psicoactivas y sus condiciones en la población escolar y docente de educación primaria y formación magisterial. Informe

Resumen. Lima: Ministerio de Educación del Perú. 1999.

**Navarro, R.** Cocaína. Aspectos clínicos, tratamiento y rehabilitación. Lima: Ed. Libro Amigo. 1992.

**Newcomb, M. and Bentler, P.** Impact of adolescent drug use and social supports on problems of young adults: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 97: 64-75. 1988.

**Norem-Hebeisen, A; Johnson, DW; Anderson, D. and Johnson, R.** (1984). Predictors and concomitants of changes in drug use pattern among teenagers. *The Journal of Social Psychology*, 124: 43-50. 1984.

**Pandina, RP.** Risk and protective factors models in adolescent drug use: Putting them to work for prevention. In: *National Conference on Drug Abuse Prevention Research*. NIDA. 1996.

**Pardeck, J. T.** A multiple regression analysis of family factors affecting the potential for alcoholism in college students. *Family Therapy*, 18: 115-121. 1991.

**Perotto, PC y Valdivieso, L.** El riesgo de ser joven. Investigación: Factores protectores y de riesgo en el consumo de drogas, Serie Científica No. 1. La Paz: CESE. 1994.

**Peñaherrera, E.** Comportamiento de riesgo adolescente: Una aproximación psicosocial. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica (Lima)*, 16: 265-293. 1998.

**Perales, A; Sogi, C y Salas, RE.** Salud mental en adolescentes del distrito de Magdalena. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi / Hospital Víctor Larco Herrera. Serie: Monografías de Investigación No. 4, 1996.

**Perales, A.; Sogi, C. y Salas, RE.** Salud mental de una población urbano marginal de Lima. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Serie: Monografías de Investigación No. 2. 1995.

**Perales, A.; Sogi, C.; Macher, E.; López, J.; Marchena, C.; Mendoza, M. y Vía, M.** Rendimiento Cognoscitivo: Factores de riesgo y protección para diseño de programa preventivo. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Serie: Monografías de Investigación No.1. 1993.

- Pérez, A. y Mejía, I.** Patrones de interacción de familias en las que no hay consumidores de sustancias psicoactivas. *Adicciones*, 10(2): 111-119. 1998.
- Pons, J. y Berjano, E.** El inicio en el consumo de drogas en relación a las dimensiones del auto concepto en adolescente. *Revista Española de Drogodependencias*, 21 (3): 229-244. 1996.
- Recio, JL.** El papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso adolescente de drogas. Madrid: Cruz Roja Española. 1991.
- Rodríguez, J.** Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla: Universidad de Sevilla. 1995
- Rojas, AM.** Factores de riesgo y protectores en el abuso de drogas ilegales en adolescentes jóvenes de Lima Metropolitana. Lima: CEDRO. 1999.
- Rojas, VM.** Adolescencia y resiliencia. Un comportamiento de riesgo: El consumo de drogas psicoactivas. *Psicoactiva* 1998, (16): 37-63
- Rojas, VM.** Deporte y prevención del consumo de drogas psicoactivas en púberes y adolescentes. *Psicoactiva*, 17: 33-44. 1999.
- Rutter, M.** Psychosocial resilience and protective mechanism. *American Journal Orthopsychiatry*, 3: 60-65. 1987.
- Rutter, M.** Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: Rolf J, Masten A. S, Cicchetti D. (Eds). *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology*. Cambridge: Cambridge University Press. 1990
- Rutter, M.** A conceptual model of interventions based on an understanding of risk and protective factors. In: WHO/OPS. *Supporting youth in a time of social change*. WHO, Ginebra. 1992.
- San, L.; Carvajal, H.; Harley, L.; Chinchilla, S.; Solano, F.; López, H.; Solera, G.; Vega, C.; Arguedas, L.; Murillo, A.; y Jiménez, F.** Factores de riesgo y protectores en el medio universitario costarricense (Investigación cualitativa-grupos focales). Comisión IAFA Universidades. Sub Comisión de Investigación, San José, Costa Rica. 1998.
- Serrano, CV.** La salud integral de los adolescentes y los jóvenes: Su promoción y su cuidado. En: M. Maddaleno, M. Munist, C. Serrano, T. Silver, E. Suárez y J. Yunes (Eds.), *La Salud del Adolescente y del Joven*. Washington: O.P.S, Publicación Científica No. 552 : 3-14. 1995.
- Segal, B.** Confirmatory analysis of reasons for experiencing psychoactive drugs during adolescence. *The International Journal of The Addictions*, 20: 1649-1662. 1986.
- Silbert, T.** Resiliencia. En: *En Adolescencia al día*, Washington: O.P.S. Reproducción de documentos, I : 45 1998.
- Smith M.; Evans, B.; Leigh, G.; y Bandera, M.** Selected risk and protective factors. Related related to teen violence in a rural Nevada Community. University of Nevada, Cooperative Extension. A Country State Federal Partnership. 1998.
- Spotts, JV y Shontz, FC.** Drug and personality: Extroversion – Introversion. *Journal of Clinical Psychology*, 40: 624-628. 1984.
- Steinglass, P.; Bennett, LA.; Wolin, SJ.; y Reiss, D.** La familia alcohólica. Barcelona: Ed. Gedisa. 1993.
- Tanton, MD. y Todd, T.** The family therapy of drug abuse and addiction. New York: Guilford Express. 1985.
- Suárez, E. y Krauskopf, D.** El enfoque de riesgo y su aplicación a las conductas del adolescente. Una perspectiva psicosocial. En: M. Maddaleno, M. Munist, C. Serrano, T. Silver, E. Suárez y J. Yunes (Eds.), *La Salud del Adolescente y del Joven*. Washington: O.P.S, Publicación Científica No. 552: 183-193. 1995.
- Villanueva, ME.** Ansiedad Estado – Rasgo de acuerdo al consumo de pasta básica de cocaína: Un estudio comparativo. Tesis de Licenciatura. Universidad Ricardo Palma, Lima. 1988.
- Villanueva, MR.** Factores psicológicos asociados a la iniciación y habituación. En: R. Castro de la Mata y F. León (Eds.). *Pasta Básica de Cocaína. Un Estudio Multidisciplinario*, pp.167-209. Lima: CEDRO. 1989.
- Zuckerman, M.; Bone, R.; Neary, R.; Mangelador, F. y Brustman, B.** Wath is a sensation seeker?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39: 308-321. 1972.

## **Capítulo 4**

Impacto de los factores de riesgo  
y factores protectores en el  
desarrollo de la conducta adictiva

**José Anicama**



## IMPACTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES EN EL DESARROLLO DE LA CONDUCTA ADICTIVA<sup>1</sup>

*José Anicama G.<sup>2,3</sup>*

### RESUMEN

*Desde una perspectiva conductual cognitiva se analiza el comportamiento adictivo. Se discute la concepción, las estrategias y los principios básicos de la prevención, enfatizándose en la importancia de los factores de riesgo y factores protectores para el abuso de drogas. Se presentan los estudios para identificar dichos factores en niños y adolescentes de Lima. Los más importantes factores de riesgo son: Las variables personales que tratan con su estabilidad emocional, las variables de interacciones familiares que tratan con sus modos de crianza, especialmente la sobreprotección de los padres y las dificultades en la comunicación; en la variable escuela confían más en sus amigos que en su familia y en lo referente a la variable comunidad, destaca su desorganización para enfrentar problemas. Los más importantes factores protectores son: sentirse amados y valorados por sus padres y familia, compartir algunos momentos gratos durante el día; ser populares y aceptados por sus amigos, estar informados de los efectos negativos de las drogas y tener amigos con quienes comparten sus preocupaciones.*

**Palabras Claves:** *Adicción, análisis conductual-cognitivo, revención, factores de riesgo y factores protectores.*

---

<sup>1</sup> Dedicado a la memoria de mi padre José Anicama Cabrera por quién pude ser lo que soy y quién me enseñó el valor de la justicia social

<sup>2</sup> Universidad Nacional Federico Villarreal

<sup>3</sup> CEDRO

## CONCEPCIÓN Y ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA ADICTIVA.

Uno de los problemas de salud pública más críticos que han surgido a partir de la década de los 70, es sin lugar a dudas el uso y abuso de sustancias psicoactivas. La situación en el mundo, en América Latina, en el triángulo asiático y en el Perú ha sido analizada desde diversas perspectivas y todos han mostrado un mensaje urgente dirigido a los adultos para que lleguen a estar más involucrados en la prevención del abuso de sustancias, en la población especialmente joven, en niños y en adolescentes, así como, empieza también a aparecer la urgente necesidad de una formación apropiada y eficiente de recursos humanos para brindar trabajo asistencial de tratamiento, trabajo preventivo y trabajo de investigación; tal como ha sido señalado por diversos investigadores en la Conferencia Internacional sobre la Reducción de la Demanda: Diálogo Las Américas - Asia (Anicama, 1998).

El abuso de sustancias principalmente en púberes y adolescentes implica un complejo problema de salud, el cual a su vez significa un cambio en las prácticas habituales en la salud mental. Estos cambios deberán incorporar un mayor conocimiento del desarrollo del abuso de sustancias en adolescentes, en el contexto de una estrategia integral de prevención primaria.

Por otro lado, aún a pesar del alarmante desarrollo de los niveles de abuso de sustancias en los últimos años y de los significativos recursos que se están empleando para enfrentarlo, desafortunadamente no se han hallado todavía, por el momento, soluciones integralmente eficientes para enfrentar el problema y nos hallamos con problemas a todo nivel, por ejemplo, en la manera cómo conceptualizar la conducta adictiva, cuáles factores de riesgo son los más decisivos, cuáles factores protectores contribuirían a impedir el surgimiento del problema, cómo evaluar la conducta adictiva cuando ésta se ha presentado, cuáles estrategias de prevención son más eficaces y asimismo, cuáles programas de tratamiento son más eficientes y de un más bajo costo para los usuarios. Todas éstas interrogantes esperan una urgente respuesta de parte de nosotros en los próximos años.

Desde el punto de vista de un enfoque funcional integral conductual-cognitivo del comportamiento, la “conducta de adicción” podríamos conceptualizarla como una conducta compleja (clase de respuesta) que implica la interacción de una serie de condiciones y de estímulos discriminativos de provocación y/o activación de factores y variables intervinientes que a su vez permiten el desarrollo de una serie de respuestas que conforman diferentes niveles en los cuales puede ser clasificada funcional y evolutivamente la conducta humana; similar a como ha sido utilizado por Anicama (1992) para explicar los desordenes emocionales y Anicama (1996, 1999) para explicar la conducta de agresión y violencia. El concepto de “clase de respuesta” como se recordará fue inicialmente propuesto por Skinner (1957), para explicar la conducta verbal.

En la adicción, tendríamos entonces los siguientes niveles de expresión de respuestas del organismo.

- Nivel autonómico, el cual se expresa por ejemplo, en las características fisiológicas que componen el **síndrome de abstinencia**.
- Nivel emocional, el cual se expresa en los **sentimientos de ansiedad, de temores, de obsesión y de depresión** típicos del adicto.
- Nivel motor, el cual se expresa en los **actos compulsivos de consumo**, en los **rituales de consumo**.
- Nivel social, el cual se expresa en las **conductas agresivas y violentas**, así como, en las conductas antisociales, típicas del adicto.
- Nivel cognitivo, el cual se expresa entre otros en las **creencias irracionales** acerca del consumo, sus valores y su nivel de razonamiento moral.

Como puede ser visto la adicción como comportamiento complejo, resultante de la interacción dinámica del niño, el adolescente o el adulto

CUADRO 1: *Concepción de la conducta adictiva. J. Anicama 1998*

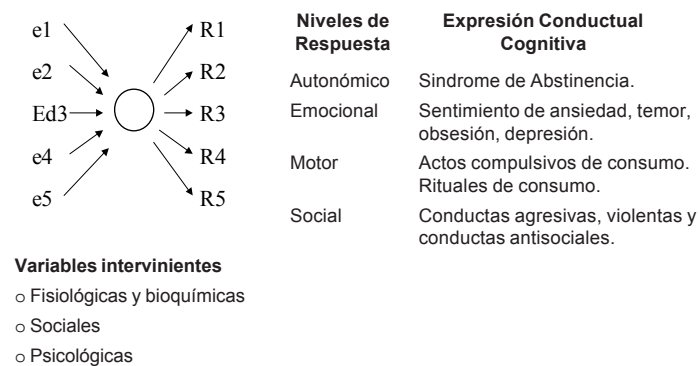


FIGURA 2: *Análisis funcional de la conducta adictiva. J. Anicama 1998.*

Escala discriminativa		O	R	Escala Reforzadora
Estímulos de Factores de riesgo	Estímulos de instigación o precipitación	Factores constitucionales Individuales:	Clase de respuesta compleja	Condiciones reforzantes
<ul style="list-style-type: none"><li>- Tener conducta agresiva</li><li>- Ser sobreprotegido</li><li>- Mostrarse socialmente incompetente</li><li>- Inicio temprano de consumo de drogas sociales: alcohol y tabaco.</li><li>- Tener varios problemas de conducta y ser considerado niño difícil</li><li>- Bajo nivel de afectos y sentimientos positivos en el círculo familiar</li><li>- Tener defecto físico.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ser rechazado o aislado de su grupo.</li><li>- Experiencias de fracaso y pérdida de autoestima.</li><li>- Tener bajo rendimiento académico.</li><li>- Separación de padres.</li><li>- Presión del grupo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Personalidad I-E. Psicoticismo elevado</li><li>- Umbral de sedación bajo.</li></ul> <p><b>Factores protectores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Comunicación adecuada en la familia.</li><li>- Unidad e integración familiar.</li><li>- Valores morales sólidos.</li><li>- Éxito escolar.</li><li>- Ser popular y querido por sus amigos.</li><li>- Buen nivel de autoestima y autocontrol.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Niveles autonómicos.</li><li>- Niveles emocionales.</li><li>- Niveles motores.</li><li>- Niveles sociales.</li><li>- Niveles cognitivos.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Reforzamiento externo real: alabanzas, premios tangibles.</li><li>- Logros de status, aceptación en el grupo.</li><li>- Efectos de reforzamiento vicario: ver a otros lograr lo que ellos aparentemente no pueden.</li><li>- Autoreforzamiento fisiológico y psicológico.</li><li>- Autoinstrucción.</li><li>- Autocontrol emocional.</li></ul>

con la experiencia que le provee su familia o el contexto social-educativo en el cual vive, conduce a que se requiera un afronte integral y multidisciplinario para enfrentarla mejor y desarrollar soluciones eficaces que involucren no sólo su rehabilitación sino también su reinserción social.

Por otro lado un análisis funcional que integre tanto los factores constitucionales individuales, los factores protectores, así como, los factores de riesgo o los estímulos de instigación a los cuales se expone el sujeto en el ambiente son descritos en la figura 2.

PREVENCIÓN, CONCEPCIÓN, ESTRATEGIAS Y PRINCIPIOS BÁSICOS

La prevención es un conjunto de acciones de información, orientación y educación principalmente, destinados a impedir que ocurra el uso y abuso de drogas. La filosofía que acompaña estos esfuerzos es que es mejor, en todos los sentidos, prevenir que rehabilitar o tratar.

Existen 4 enfoques estratégicos para la prevención:

- a. El que pone énfasis en la represión, los argumentos éticos y el temor.
- b. El que prioriza la información acerca de los efectos de las sustancias para que cada persona pueda tomar una decisión responsable en cada caso.
- c. El que se centra en la educación integral, fortaleciendo las habilidades para la vida y la resistencia a las presiones sociales, promoviendo estilos de vida saludables y la ocupación creativa y positiva del tiempo libre.
- d. El que recurre a la movilización de la comunidad y el recurso de las estructuras sociales de soporte.

Es evidente que la prevención debe hacerse con un enfoque no dogmático, tomando lo mejor de cada modelo o estrategia y, actuar realistamente dentro de las posibilidades individuales e institucionales dado que, así como las consecuencias afectan a todos, la responsabilidad

de la acción también corresponde a todos, cada uno según sus capacidades y posibilidades.

Un modelo muy difundido y actualizado por la administración de programas de salud, es el que hace énfasis en los momentos de la intervención preventiva. Desde esta perspectiva los momentos de la prevención son:

- a. La Prevención Primaria:** se define como prevención al comienzo del proceso de adicción, para impedir el uso recreacional o el paso de este nivel al uso habitual.
- b. La Prevención Secundaria:** aquella que trata de impedir el paso del uso habitual al uso adictivo.
- c. La Prevención Terciaria:** aquella la cual se hace cargo del adicto para tratar de recuperarlo, rehabilitarlo y reintegrarlo a la sociedad.

## PRINCIPIOS BASICOS DE PREVENCION

La investigación básica y epidemiológica en los últimos 20 años, nos ha permitido identificar un conjunto de principios preventivos básicos, sistematizados por NIDA (1997) y adaptados por nosotros, los cuales deberían ser aplicados, para que un programa de prevención de abuso de drogas pueda funcionar exitosamente y ser esencialmente usado en la población joven. Estos principios son:

- Los programas preventivos deberían ser diseñados para fortalecer los factores protectores y al mismo tiempo movernos hacia una reversión o reducción de los denominados factores de riesgo.  
Por ejemplo: Deberíamos fortalecer una comunicación adecuada, fluida y positiva en la familia como factor protector, y reducir los problemas de conducta sus respuestas hostiles o agresivas en el adolescente como factor de riesgo.
- Los programas preventivos deberían incluir, como meta, todas las formas de abuso de drogas incluyendo las denominadas drogas sociales como el tabaco y el alcohol, así como por supuesto, los inhalantes y la marihuana.

Es claro que el tabaco y el alcohol son las puertas de inicio a otros tipos de consumo no deseados.

- Los programas preventivos deberían incluir, el entrenamiento en destrezas de rechazo al uso de drogas cuando estas son ofrecidas. El punto de vista que sostenemos es que no es suficiente informar u orientar, sino esencialmente desarrollar destrezas psicológicas de rechazo para vivir saludablemente.

**Por ejemplo:** El programa de Goldstein, Reagles y Amann (1990), adaptado por nosotros en Lima o el de Marlat permiten un fortalecimiento de las habilidades personales, un incremento de las competencias sociales, tales como la comunicación, la relación con amigos positivos, un mejor concepto de sí mismo, un fortalecimiento de su asertividad, un mejor afrontamiento del stress y una interacción social con un reforzamiento selectivo a las actitudes que impliquen rechazo al uso de drogas. En suma deberíamos incluir el desarrollo concreto de destrezas de rechazo y el fortalecimiento de valores morales.

- Los programas preventivos deberían incluir “métodos activos de interacción”, tales como, una serie de estrategias de dinámicas grupales, antes que técnicas basadas exclusivamente en exposiciones magistrales.
- Los programas de prevención, deberían incluir a los padres y componentes familiares, de tal manera que puedan aprender sobre las consecuencias del uso de drogas; reducir los efectos del daño, y dar oportunidad a que la familia analice y discuta toda la problemática del uso legal e ilegal de drogas.

La escuela de padres en los colegios es en este sentido un componente sustancial del programa preventivo.

- Los programas preventivos, deberían ser a largo plazo, es decir, sobre la base de tempranas intervenciones en la escuela, se debería ejecutar intervenciones repetidas en los siguientes meses o años de estudios para reforzar las metas de la prevención original.

En el paso de la educación inicial a la primaria y de allí a la secundaria deberían establecerse acciones preventivas que refuerzan las transiciones.

- Los esfuerzos de los programas de prevención deberían focalizarse en la familia como un todo dinámico y cambiante; los cuales tienen un impacto mayor que si se trabaja solo con los padres o con los niños solamente.
- Los programas en la comunidad deberían incluir campañas en los medios de comunicación y cambios en la política de salud; tales como, nuevas y originales regulaciones que restrinjan el acceso por los medios de comunicación masiva, al alcohol, al tabaco, a otras drogas; todo ello es más efectivo cuando estos programas en los medios son acompañados con intervención en la escuela y en la familia.
- Los programas en la comunidad necesitan un fortalecimiento de las leyes o normas que regulan el uso de drogas en todos los escenarios preventivos. Por ejemplo, la ley que prohíbe el consumo de cigarrillos en lugares públicos debería respetarse en todos los ambientes: hogar, escuela, oficina, club, etc..
- Las escuelas ofrecen oportunidades para investigar todo tipo de poblaciones y también sirven como un importante ambiente para sub-poblaciones específicas en riesgo, tales como; niños con problemas de conducta, problemas de aprendizaje o potencialmente en abandono.

Los esfuerzos preventivos deberían incluir también a estas poblaciones por estar potencialmente en mayor riesgo.

- Los programas preventivos deberían ser diseñados o adoptados para enfrentar la naturaleza específica del problema de abuso de drogas cuando surge en una comunidad local concreta.
- Cuando más alto sea el nivel de riesgo de una población, los esfuerzos de prevención deberían empezar más temprano y ser más intensivos para disminuir el nivel de riesgo de estas poblaciones.

- Los programas de prevención deberían ser específicos para cada edad de desarrollo del niño o joven y ser sensibles culturalmente al cambio.
- La efectividad de un programa de prevención debería tener en cuenta su efectividad costo, de tal manera que se distinga que por cada dólar usado en prevención la comunidad puede ahorrar cuatro o cinco veces en costos de tratamiento y terapias para adictos.

## **LA IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES**

En los últimos años la preocupación de los investigadores se ha ido centrando en como hacer para que menos gente caiga en el problema del consumo de drogas, por tanto ello ha conducido a los investigadores a centrar su interés en identificar que factores pueden estar más involucrados directamente en el consumo de sustancias y facilitar el desarrollo del problema.

Anicama (1993), señala: que “el surgimiento de denominado “factor de riesgo” está basado en la noción de que los denominados “rasgos de riesgo” de las personas sirven como excelentes predictores de las conductas resultantes, lo cual podría a su vez servir como base para acciones preventivas primarias en el campo de la salud.”

En este sentido se ha distinguido entre factores o condiciones de riesgo y aquellos otros llamados factores protectores. Por factores de riesgo, entenderemos todas aquellas condiciones que exponen a los sujetos o los hacen más vulnerables a caer en el consumo de sustancias psicoactivas. Por su parte los factores protectores se refieren a aquellas condiciones del ambiente o variables individuales del sujeto que de una a otra forma impiden o los hacen más resistentes a caer en el consumo de drogas.

Los factores de riesgo pueden ser muchos, dadas las condiciones

de vida de la sociedad actual pero los más significativos pudieran ser entre otros;

1. El presentar variados problemas de conducta y ser considerado un “niño ó un joven difícil”.
2. El mostrarse socialmente incompetente.
3. El tener conducta agresiva y violenta.
4. El ser sobreprotegido.
5. El observar modelos de conducta propios de la adicción.
6. El inicio temprano de consumo de drogas sociales (alcohol y tabaco).
7. El bajo nivel de afectividad y de emociones positivas en el círculo familiar.
8. Los antecedentes familiares varios.
9. El tener deficiencia física.

Alguno de los factores de riesgo operan al mismo tiempo como estímulos de instigación o precipitación y pueden ser, entre otros:

1. Ser rechazados o aislados de su grupo.
2. Experiencias de fracaso y pérdida de autoestima.
3. Tener bajo rendimiento académico.
4. La separación de los padres.
5. La presión del grupo o pares de amigos.

Por otro lado los factores protectores que han sido objeto de un interés más reciente, pueden ser entre otros;

1. Una comunicación adecuada en la familia.
2. La unidad e integración familiar.
3. Tener valores morales sólidos.
4. El éxito escolar reconocido.
5. Ser popular y querido por sus amigos.
6. Tener habilidades sociales para interactuar.
7. Un buen nivel de autoestima.
8. Un buen nivel de autocontrol.

Como puede verse existe una variedad de condiciones individuales de la familia y del ambiente que pueden generar factores de riesgo o también convertirse en factores protectores que impidan el desarrollo de la conducta adictiva. Sin embargo, **existe todavía un gran desconocimiento de cuál es la naturaleza específica del impacto** de cada uno de estos factores; por tanto, una serie de investigaciones que identifiquen cuales son los factores más determinantes y cómo interactúan sobre los individuos, son temas prioritarios de investigación para definir políticas preventivas.

## **EPIDEMIOLOGIA DE LOS FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES**

En línea con la concepción de conducta adictiva postulada, una serie de estudios de tipo epidemiológico conformando una línea de investigación, fueron conducidos para identificar y analizar los principales factores de riesgo y factores protectores en poblaciones de niños y adolescentes de Lima, algunos de cuyos datos se muestran en éste artículo.

La epidemiología conductual es un área del análisis conductual y de la psicología de la salud cuyo objetivo es la identificación y cuantificación de la prevalencia e incidencia de un hecho o comportamiento dado en un tiempo determinado. Los conceptos de prevalencia y de incidencia son importantes para poder desarrollar políticas de salud destinadas a prevenir el surgimiento de un problema de salud o, para desarrollar políticas de control cuando emerge de manera significativa un problema de salud, por ejemplo, el aumento del consumo de éxtasis por los adolescentes de Lima y cuáles factores lo determinan, otro problema puede ser la identificación de la prevalencia del abuso sexual en mujeres asociado al consumo de sustancias. La epidemiología es pues la base para la planificación y desarrollo de políticas de salud efectivas, y es en este sentido que se ha desarrollado esta línea de investigación en todo el país.



Anicama, et.al. 1999, desde la Universidad Nacional Federico Villarreal, trabajó con una muestra aleatoria, estratificada y multietápica de 529 sujetos (242 varones y 273 mujeres) con el objetivo de identificar los factores de riesgo para el abuso de drogas y su prevalencia en niños de 6 a 12 años de Lima-Metropolitana. Para tal propósito se construyó un cuestionario para la identificación de factores de riesgo debidamente validado, los cuales se cruzaron con una versión abreviada de la escala DUSI.

Entre los resultados más significativos de dicho estudio se muestran los factores de riesgo **para el área de relaciones familiares** en la tabla 1; en ella destaca que el 47.4% de los niños son sobreprotegidos lo cual constituye el más importante factor de riesgo en esta área, asimismo otros factores de riesgo significativos son: el 35.0% de las familias castigan verbal y/o físicamente a sus hijos para corregir sus errores; el 34.4% son niños que pelean frecuentemente con sus hermanos; en un 28.0% existe en las familias interferencia de terceros en la crianza de sus hijos y, en cuanto a comunicación el 28.4% de los niños permanecen callados o no se comunican cuando están en dificultades constituyendo así un importante factor de riesgo.

TABLA 1: Prevalencia de factores de riesgo en el área de relaciones familiares en niños

COMPONENTES	ITEMS	ALTERNATIVAS		
		Si	No	No Responde
EMOCIONAL	Niños frecuentemente sobreprotegidos	47.4%	52.4%	0.2%
MALTRATO	Niños que reciben castigo físico por algún miembro de la familia	11.0%	88.7%	0.3%
	Niños agredidos verbalmente por algún miembro de la familia	18.9%	80.7%	0.4%
	Niños que presencian agresiones físicas y/o verbales en su familia	13.8%	86.0%	0.2%
	Niños que pelean frecuentemente con sus hermanos	34.4%	64.8%	0.8%
COMUNICACION	Niños que no se comunican cuando están en dificultades	28.4%	70.7%	0.9%
AUTORIDAD	Familias que castigan verbal y/o físicamente a sus hijos para corregir sus errores	35.0%	64.8%	0.2%
	Familias en las que existe interferencia de terceros en la crianza de los hijos	28.0%	71.5%	0.5%

La tabla 2 por su parte presenta los **factores de riesgo** más críticos en el **área de patrones o hábitos de conducta** y sus diferentes componentes; así en el componente conductual el 57.5% de los niños reportan que se irritan o se molestan fácilmente cuando no consiguen lo deseado es decir no pueden autocontrolarse; en el componente emocional el 43.9% de los niños reporta que cambian con facilidad sus emociones es decir son inestables emocionalmente, un 29.1% son más ansiosos que los demás y un 15.9 % se sienten incapaces de realizar las tareas asignadas.

En cambio en el componente moral sólo el 16.4% no muestra arrepentimiento ante faltas graves y sólo un 14.2% no considera peligroso el consumo de sustancias. Aunque estos valores son ligeramente altos, la presencia de los factores protectores es más fuerte.

TABLA 2: Prevalencia de Factores de riesgo en el área de patrones o hábitos de conducta en niños

COMPONENTES	ITEMS	ALTERNATIVAS		
		Si	No	No Responde
CONDUCTUAL	Niños que se irritan o se molestan fácilmente cuando no consiguen lo deseado	7.5%	42.3%	0.2%
	Niños que dependen de otros para realizar cualquier actividad cotidiana	14.0%	85.8%	0.2%
	Niños que gustan de realizar actividades riesgosas	20.4%	79.0%	0.6%
EMOCIONAL	Niños que cambian con facilidad sus emociones	43.9%	55.8%	0.3%
	Niños más ansiosos que los demás	29.1%	70.7%	0.2%
	Niños que se sienten incapaces de realizar las tareas asignadas	15.9%	83.7%	0.4%
MORAL	Niños que consideran peligroso el consumo de drogas	85.4%	14.2%	0.4%
	Niños que muestran arrepentimiento cuando cometen faltas graves	83.0%	16.4%	0.6%

La tabla 3 describe los factores de riesgo en el **área de interacciones sociales y escolares**, la cual en términos globales no ha mostrado factores de riesgo muy altos sin embargo destaca que el 15.7% de los niños sienten que son incomprensidos por sus profesores, el 14.4% ha disminuido su rendimiento académico, el 10% estudia en colegios



ubicados en zonas de alto riesgo, un 9.1% manifiesta que sus padres no conocen ni a los amigos ni a los lugares que frecuenta y sólo un 6.8% manifestó ser rechazado por sus compañeros

TABLA 3: Prevalencia de Factores de riesgo en el área de interacciones escolares y sociales en niños

COMPONENTES	ITEMS	ALTERNATIVAS		
		Si	No	No Responde
PARES O AMIGOS	Niños cuyos padres conocen a los amigos de sus hijos y los lugares que frecuentan	90.7%	9.1%	0.2%
	Niños que son rechazados por sus compañeros	6.8%	92.6%	0.6%
PROFESORES	Niños que se sienten incomprendidos por sus profesores	15.7%	83.9%	0.4%
ESCUELA	Niños de colegios ubicados en zonas de alto riesgo	10.2%	89.4%	0.4%
	Niños cuyo rendimiento académico ha disminuido	14.4%	85.4%	0.2%

En ese mismo estudio en el **área de organización de la comunidad** se encontró que el 53.1% de sus barrios carecen de espacios adecuados para cultivar las artes y los deportes, el 40.8% vive en lugares donde se comercializa algún tipo de sustancias psicoactivas y el 52% considera que su comunidad está desorganizada para enfrentar dificultades. En cuanto al **área del uso del tiempo libre** destacan como factores de riesgo el que el 11.2% de los niños asisten solos a fiestas y reuniones sociales y, el 8.7% suele pasar su tiempo libre sin hacer nada.

**Anicama, (2001)**, ejecutó un segundo estudio epidemiológico para identificar y tasar la prevalencia tanto de los factores de riesgo como de los factores protectores en una muestra representativa más grande de toda la población de Lima Metropolitana. Una muestra aleatoria, estratificada y multietápica de 1080 hogares, de ambos sexos, entre 6 a 12 años de edad y representando a los diferentes conos de Lima fue estudiada aplicándose la Escala de factores de riesgo y factores protectores para el abuso de drogas en niños, elaborado por Anicama, Vizcardo, Mayorga y Henostroza en 1998. La tabla 4 describe las características y especificaciones de dicho instrumento.

Los resultados identifican la prevalencia de dichos factores según áreas de estudio. En el **área de relaciones familiares**, los factores de riesgo más significativos son: el 44.6% de los niños son sobreprotegidos, siendo el factor de riesgo más elevado; un 36.8% pelea con sus hermanos, un 31.2% permanecen callados ó poco comunicativos y un 37.3% son generalmente castigados física o verbalmente para corregir sus errores. La tabla 5 presenta las prevalencias para estos factores y la figura 3 muestra el perfil de las madres cuyos hijos son sobreprotegidos, mimados o engeñados.

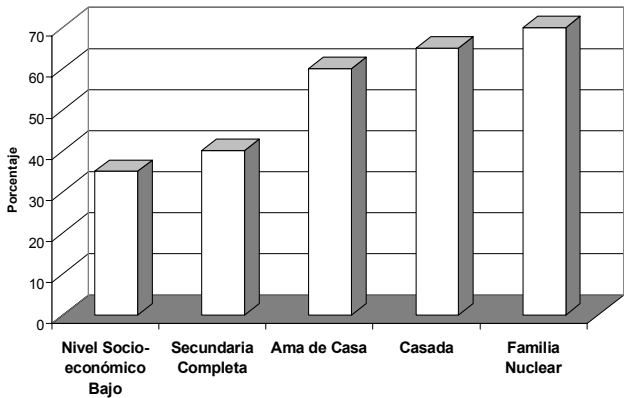
TABLA 4: Áreas y Componentes de la Escala de Factores de Riesgo (FR) y Factores Protectores (FP) para Niños.

AREAS	N° ITEMS		ITEMS EN LA ESCALA	
	FR	FP	FR	FP
<b>DESARROLLO PSICOBIOLOGICO DEL NIÑO</b>				
Antecedentes del embarazo	4	1	1, 2, 3, 4	1
Condiciones del niño al nacer	2	1	5, 6	2
Condiciones del niño durante el primer año	1	1	7	3
<b>RELACIONES FAMILIARES</b>				
Emocional	1	1	8	4
Maltrato	4	1	9, 10, 11, 12	5
Comunicación	1	2	13	6, 7
Autoridad	3	1	14, 15, 16	8
Integración familiar	3	1	17, 18, 19	9
<b>PATRONES O HABITOS DE CONDUCTA</b>				
Conductuales	7	4	20, 21, 22, 23, 24, 25, 26	10, 11, 12, 13
Emocionales	5	3	27, 28, 29, 30, 31	14, 15, 16
Morales	3	3	32, 33, 34	17, 18, 19
<b>INTERACCIONES ESCOALES</b>				
Pares o amigos	6	3	35, 36, 37, 38, 39, 40	20, 21, 22
Profesores	2	3	41, 42	23, 24, 25
Escuela	5	2	43, 44, 45, 46, 47	26, 27
<b>ORGANIZACION DE LA COMUNIDAD</b>				
Comunidad	3	2	48, 49, 50	28, 29
<b>USO DEL TIEMPO LIBRE</b>				
Tiempo libre	2	3	51, 52	30, 31, 32
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>32</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>84</b>			

TABLA 5: Prevalencia de Factores de Riesgo en el Area de Relaciones Familiares en Niños de Lima

COMPONENTES DEL AREA RELACIONES FAMILIARES	ITEMS	ALTERNATIVAS		
		SÍ	NO	N R
EMOCIONAL	Niños frecuentemente sobreprotegidos.	44.6%	54.9%	0.5%
MALTRATO	Niños agredidos verbalmente por algún miembro de la familia.	22.0%	77.6%	0.4%
	Niños que presencian agresiones físicas o verbales entre los miembros de la familia.	18.6%	81.0%	0.4%
	Niños que se pelean entre hermanos.	36.8%	62.5%	0.7%
COMUNICACION	Niños que permanecen generalmente callados o poco comunicativos cuando están en problemas.	31.2%	67.6%	1.2%
AUTORIDAD	Niños que generalmente son castigados física o verbalmente por algún miembro de su familia para corregir sus errores.	37.3%	62.0%	0.3%
	Niños que reciben frecuentemente mensajes contradictorios de sus padres.	19.2%	80.0%	0.8%
	Niños que reciben influencia de terceros en su crianza.	24.8%	74.4%	0.8%
INTEGRACION FAMILIAR	Niños que son comparados con sus hermanos por sus padres.	20.5%	78.9%	0.6%
	Niños cuyos familiares resuelven sus problemas y dificultades de manera aislada.	18.0%	81.1%	0.9%
	Niños cuyas familias discuten con frecuencia.	20.4%	79.0%	0.6%

FIGURA 3: Perfil de madres cuyos hijos son sobreprotegidos, mimados o engreídos.



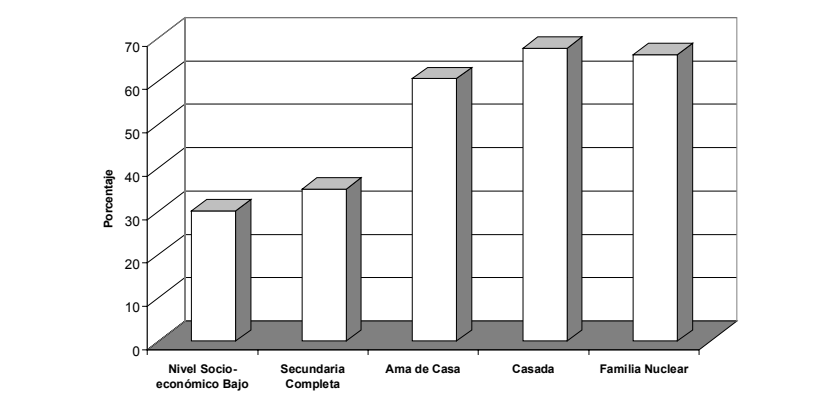
Estos datos reflejan entonces una correlación entre los métodos inadecuados de crianza, mal uso de la autoridad y falta de comunicación entre padres e hijos; los cuales se convierten en factores de riesgo psicosocial para el bienestar y salud mental.

En el **área de patrones ó hábitos de conducta** los factores de riesgo que muestra la tabla 6 en el componente intrapersonal son: se molesta ó irrita fácilmente cuando no consigue lo que quiere 60.9%, es el más alto factor de riesgo; un 46.2% son niños que cambian con facilidad sus emociones, el 32.6% son más ansiosos y nerviosos que otros niños, el 17.8% se siente disminuido o incapaz de hacer sus tareas, el 20.0% son niños que dependen de los demás y un 22.2% de niños gustan de actividades riesgosas. Aquí el componente emocional intrapersonal tiene el rol más importante. En lo referente a los patrones morales el 12.9% de niños consideran que el consumo de drogas no es peligroso y solo el 16.4% no muestra arrepentimiento cuando cometen faltas graves. La figura 4 muestra el perfil de las madres cuyos hijos dependen de los demás.

TABLA 6: Prevalencia de factores de riesgo en el área de hábitos de conducta en niños de Lima.

COMPONENTES DEL AREA HABITOS DE CONDUCTA	ITEMS	ALTERNATIVAS		
		Sí	No	N R
CONDUCTUALES	Niños que se irritan fácilmente cuando no consiguen lo que quieren.	60.9%	38.7%	0.4%
	Niños que dependen de los demás para realizar cualquier actividad cotidiana.	20.0%	79.6%	0.4%
	Niños que gustan de actividades riesgosas, buscando sensaciones nuevas.	22.2%	77.1%	0.6%
EMOCIONALES	Niños que cambian con facilidad sus emociones y estado de ánimo.	46.2%	53.2%	0.6%
	Niños que son más ansiosos que los demás.	32.6%	67.0%	0.4%
	Niños que se sienten solos y abatidos diciendo que su vida no vale nada.	11.7%	87.9%	0.5%
	Niños que se sienten discriminados o incapaces de hacer sus tareas.	17.8%	81.7%	0.6%
MORALES	Niños que consideran que el consumo de drogas es peligroso.	86.5%	12.9%	0.6%
	Niños que muestran arrepentimiento cuando cometen faltas graves.	82.7%	16.4%	0.9%

FIGURA 4: Perfil de madres cuyos hijos dependen de los demás para realizar cualquier actividad cotidiana.



Por su parte la tabla 7 presenta la prevalencia de los factores de riesgo en el **área de interacciones escolares**. Los factores de riesgo más importantes son: el 9.1% señalan que no conocen a los amigos de sus hijos ni los lugares que frecuentan, el 8.3% afirma que son rechazados por sus compañeros, un 9.5% confía más en sus amigos. Asimismo, el 20.2% de los niños sienten que sus profesores no los comprenden, no los alientan ni los estimulan, el 13.9% considera que el colegio está ubicado en una zona peligrosa y un 16.7% tiene un rendimiento académico disminuido; en suma el factor más preocupante es la interacción con sus profesores.

TABLA 7: Prevalencia de factores de riesgo en el área de interacciones escolares y sociales en niños de Lima.

COMPONENTES DEL ÁREA INTERACCIONES ESCOLARES	ITEMS	ALTERNATIVAS		
		Sí	No	N R
PARES O AMIGOS	Niños cuyos padres conocen a sus amigos y lugares que frecuentan.	90.5%	9.1%	0.4%
	Niños que son rechazados por sus compañeros.	8.3%	91.1%	0.6%
	Niños cuyos amigos consumen alcohol o drogas.	4.0%	95.5%	0.6%
	Niños que confían más en sus amigos que en su familia.	9.5%	90.0%	0.5%
PROFESORES	Niños que sienten que sus profesores no los comprenden, ni alientan, ni estimulan.	20.2%	79.2%	0.6%
ESCUELA	Niños que consideran que se encuentran en una zona peligrosa.	13.9%	85.5%	0.6%
	Niños cuyo rendimiento académico ha disminuido	16.7%	82.8%	0.6%

En lo referente a la **organización de la comunidad** el 55.2% manifiesta que la comunidad se encuentra desorganizada para enfrentar las dificultades que puedan ocurrir en ella, el 54.4% indica que su barrio carece de espacios para cultivar artes y deportes y un 43.7% conoce que en su barrio se comercializa droga. En cuanto al **uso del tiempo libre** el 9.7% de niños suele pasar mucho tiempo libre sin hacer nada vagando por el barrio y un 11.1% de los niños asisten a reuniones sociales sin compañía adulta, tal como lo presenta la tabla 8.

TABLA 8: Prevalencia de factores de riesgo en el área organización de la comunidad y de uso del tiempo libre en niños de Lima.

COMPONENTES DEL ÁREA ORGANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD	ITEMS	ALTERNATIVAS		
		Sí	No	N R
ORGANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD	Niños que dicen que su comunidad se encuentra desorganizada para enfrentar las dificultades que puedan ocurrir en ella.	55.2%	44.4%	0.4%
	Niños que viven en barrios que carecen de espacios adecuados donde puedan cultivar las artes y el deporte.	54.4%	45.1%	0.5%
	Niños que saben que en su barrio se comercializa algún tipo de sustancia psicoactiva.	43.7%	55.7%	0.6%
USO DEL TIEMPO LIBRE	Niños que suelen pasar mucho tiempo libre sin hacer nada, vagando por el barrio.	9.7%	89.7%	0.6%
	Niños que asisten a fiestas o reuniones sociales sin compañía adulta.	11.1%	88.2%	0.7%

Por su parte los **principales factores protectores hallados en niños son**: en el **área de desarrollo psicobiológico**, el que las madres hallan asistido y cumplido con todas las indicaciones de sus controles pre-natales 95.4% y estar en buen estado de salud 91.3%. En el **área familiar**, destaca: sentirse amado y valorado por sus padres 78.0% y compartir en familia gratos momentos durante el día 70.0%. En el **área de patrones de conducta morales**: el 90.5% refiere estar informado sobre las consecuencias negativas del uso de drogas. En el **área de interacciones escolares**, el 85.6% de niños se integra y/o comparte con su grupo actividades saludables y un 77.3% tiene como mejores amigos a aquellos que realizan buenas acciones; el 87.6% recibe cariño y apoyo de sus profesores y un 88.3% recibe elogios de sus logros académicos; así mismo en el 87.6% de niños se fomenta la participación activa durante las clases y un 79.3% tiene oportunidad de desarrollar sus habilidades

personales. En el **área de organización de la comunidad** sólo un 39.9% cuenta con grupos de diversos tipos a los cuales integrarse y un 76.4% participa en actividades de recreación.

TABLA 9: *Prevalencia de factores protectores en todas las áreas y componentes de la Escala en niños de Lima.*

COMPONENTES		ITEMS	ALTERNATIVAS		
			SI	No	N R
1. Desarrollo Psicológico del niño	DESARROLLO DEL NIÑO	Madres que asistieron y cumplieron con las indicaciones de sus controles prenatales.	95.4%	3.9%	0.7%
		Su hijo nació en buen estado de salud.	94.1%	4.7%	1.2%
		Generalmente su hijo(a) goza de buena salud.	91.3%	7.9%	0.8%
2. Relaciones Familiares	EMOCIONAL	Niños que se sienten amados y valorados por sus padres u otros miembros de su familia.	78.0%	21.4%	0.6%
	INTEGRACIÓN FAMILIAR	Niños cuya familia comparte algunos momentos gratos durante el día.	70.0%	29.7%	0.3%
3. Patrones o Hábitos de Conducta	PATRONES MORALES	Esta informado sobre las consecuencias negativas del uso de drogas.	90.5%	8.5%	1.0%
4. Interacciones Escolares y Sociales	PARES O AMIGOS	Cuenta con amigos a quienes puede confiar sus experiencias.	65.8%	33.3%	0.8%
		El niño se integra y/o comparte con su grupo actividades saludables.	85.6%	13.7%	0.7%
		Los mejores amigos de su hijo(a) realizan buenas acciones en su colegio y/o barrio.	77.3%	21.6%	1.1%
	PROFESORES	Niño que recibe cariño y apoyo de sus profesores.	87.6%	11.3%	1.1%
		Los profesores de su hijo reconocen y elogian sus logros académicos.	88.3%	10.7%	0.9%
	ESCUELA	En el colegio del niño se fomenta la participación activa durante las horas de clase.	87.6%	11.3%	1.1%
		Su hijo tiene la oportunidad de desarrollar sus habilidades: liderazgo, toma de decisiones.	79.3%	19.8%	0.9%
	ORGANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD	En su barrio existen grupos de diversos tipos a los cuales su hijo se integra.	39.9%	59.4%	1.6%
5. Organizac. de la comunidad		El vecindario cuenta con vigilancia apropiada	47.4%	51.8%	0.8%
6. Uso del Tiempo Libre	USO DEL TIEMPO LIBRE	Participa en diferentes actividades de recreación.	76.4%	22.5%	1.1%
		Utiliza su tiempo libre haciendo una variedad de actividades: inglés, computo	47.5%	51.6%	0.9%
		Práctica deportes de manera continua con su familia.	57.5%	41.3%	1.2%

Un tercer estudio fue conducido por **Anicama, Mayorga & Henostroza, (2001)** en adolescentes de Lima-Metropolitana; con una muestra de 876 adolescentes (242 varones y 634 mujeres) en una muestra aleatoria y, estratificada de colegios estatales y particulares de diferentes estratos socioeconómicos de Lima-Metropolitana. La escala de factores de riesgo y factores protectores para el consumo de drogas elaborada inicialmente para niños por Anicama et. al., fue adaptada para una población de adolescentes entre 11 a 19 años, se compone ahora de 91 preguntas, 15 recogen datos socioeconómicos y 76 items están distribuidos en 5 áreas y componentes los cuales se muestran en la tabla 10.

TABLA 10: *Áreas y Componentes de la Escala de Factores de Riesgo (FR) y Factores Protectores (FP) para Adolescentes.*

I. DATOS DEMOGRAFICOS	Nº ITEMS		ITEMS EN LA ESCALA	
	14		1 AL 14	
II. AREAS Y COMPONENTES	FR	FP	FR	FP
<b>RELACIONES FAMILIARES</b>				
Emocional	1	1	1	1
Maltrato	5	1	2, 3, 4, 5, 6	2
Comunicación	1	2	7	3, 4
Autoridad	3	1	8, 9, 10	5
Integración familiar	3	1	11, 12, 13	6
<b>PATRONES O HABITOS DE CONDUCTA</b>				
Conductuales	6	4	14, 15, 16, 17, 18,19	7, 8, 9, 10
Emocionales	5	3	20, 21, 22, 23,24	11, 12, 13
Morales	3	3	25, 26, 27	14, 15, 16
<b>INTERACCIONES ESCOALES</b>				
Pares o amigos	6	3	28, 29, 30, 31, 32, 33	17, 18, 19
Profesores	2	3	34, 35,	20, 21, 22
Escuela	6	3	36, 37, 38, 39, 40, 41	23, 24, 25
<b>ORGANIZACION DE LA COMUNIDAD</b>				
Comunidad	3	2	42, 43, 44	26, 27
<b>USO DEL TIEMPO LIBRE</b>				
Tiempo libre	2	3	45, 46	28, 29, 30
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>30</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>			

Entre las características epidemiológicas más saltantes hallamos que la prevalencia de vida del consumo de drogas en esta muestra de adolescentes es de 22.1% (figura 5). Por su parte como lo muestra la figura 6 el tipo de droga que más consumen fue: 14.5% alcohol, 6.6%

marihuana, 5.7% otro tipo de droga y 2.2% cocaína. En lo referente a la prevalencia de consumo de drogas en adolescentes la tabla 11 muestra que el 7.0% consumió droga en la última semana, el 3.8% en los últimos 30 días, el 4.3% en los últimos 6 meses y el 4.0% hace más de un año.

FIGURA 5: Prevalencia de vida del consumo de drogas en los adolescentes.

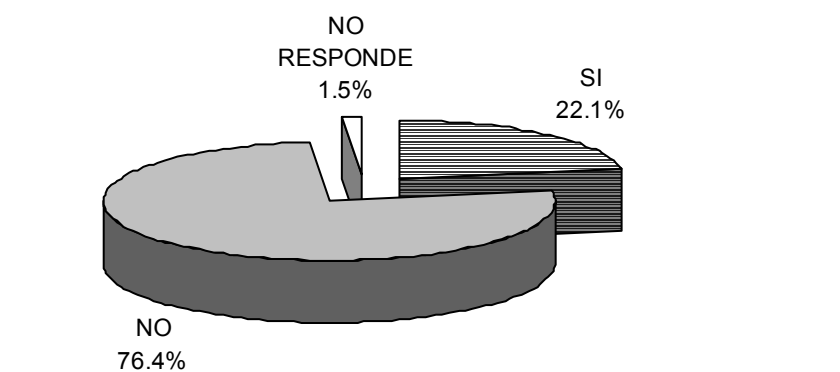


FIGURA 6: Tipos de droga que consumen los estudiantes adolescentes.

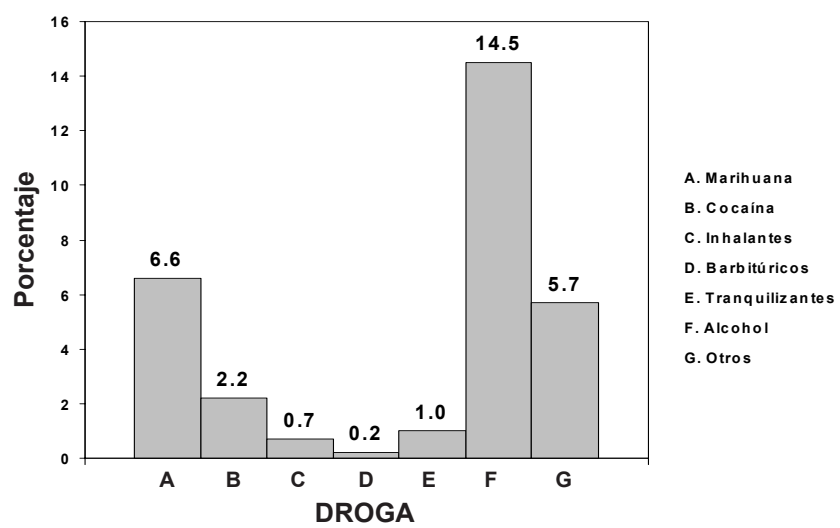


TABLA 11: Prevalencias de consumo de drogas en adolescentes.

Tipo de prevalencia	N° de sujetos	Porcentajes
Hace más de un año	35	4.0%
En los últimos 6 meses	38	4.3%
En los últimos 30 días	33	3.8%
En la última semana	61	7.0%

En lo referente a la **prevalencia de los factores de riesgo** destaca en el **área de relaciones familiares** los siguientes factores descritos en la tabla 12: el 49.1% de los adolescentes son sobreprotegidos, lo cual se constituye en uno de los más altos factores de riesgo; el 61.6% de los adolescentes permanecen callados o poco comunicativos cuando están en problemas, es el más alto factor de riesgo en esta área; el 44.3% pelea frecuentemente con sus hermanos, el 43.2% generalmente son castigados física o verbalmente por algún miembro de su familia y el 39.6 % reciben frecuentemente mensajes contradictorios de sus padres, entre otros factores.

TABLA 12: Prevalencia de factores de riesgo en el área de relaciones familiares en adolescentes.

COMPONENTES DEL AREA RELACIOES FAMILIARES	ITEMS	ALTERNATIVAS		
		Si	No	No Responde
EMOCIONAL	Adolescentes frecuentemente sobreprotegidos.	49.1%	50.5%	0.4%
MALTRATO	Adolescentes agredidos verbalmente por algún miembro de la familia.	30.1%	68.9%	1.0%
	Adolescentes que presencian agresiones físicas o verbales entre los miembros de la familia.	25.5%	71.2%	3.3%
	Adolescentes que pelean frecuentemente con sus hermanos.	44.3%	53.9%	1.8%
COMUNICACION	Adolescentes que permanecen generalmente callados o poco comunicativos cuando están en problemas.	61.6%	37.6%	0.8%
AUTORIDAD	Adolescentes que generalmente son castigados física o verbalmente por algún miembro de su familia para corregir sus errores.	43.2%	55.7%	1.1%
	Adolescentes que reciben frecuentemente mensajes contradictorios de sus padres.	39.6%	57.2%	3.2%
	Adolescentes que reciben influencia de terceros en su crianza.	35.2%	62.6%	2.2%
INTEGRACION FAMILIAR	Adolescentes que son comparados con sus hermanos por sus padres.	33.0%	65.0%	2.0%
	Adolescentes cuyos familiares resuelven sus problemas y dificultades de manera aislada.	38.0%	60.7%	1.3%

Por otro lado en el **área de hábitos de conducta** la tabla 13 precisa nuevamente que el 69.4% se irrita fácilmente cuando no consigue lo que quiere, el 30.3% gusta de actividades riesgosas; el 75.9% de los adolescentes cambia con facilidad sus emociones, el 50.8% se siente sólo y abatido y, en el componente moral sólo un 10.5% no muestra arrepentimiento cuando cometen faltas graves.

TABLA 13: *Prevalencia de factores de riesgo en el área de patrones o hábitos de conducta en adolescentes.*

COMPONENTES DEL AREA HABITOS DE CONDUCTA	ITEMS	ALTERNATIVAS		
		Si	No	No Responde
CONDUCTUALES	Adolescentes que se irritan fácilmente cuando no consiguen lo que quieren.	69.4%	29.8%	0.8%
	Adolescentes que dependen de los demás para realizar cualquier actividad cotidiana.	28.2%	71.2%	0.6%
	Adolescentes que gustan de actividades riesgosas, buscando sensaciones nuevas.	30.3%	68.8%	0.9%
EMOCIONALES	Adolescentes que cambian con facilidad sus emociones y estado de ánimo.	75.9%	23.9%	0.2%
	Adolescentes que son más ansiosos que los demás.	35.9%	63.1%	1.0%
	Adolescentes que se sienten solos y abatidos diciendo que su vida no vale nada.	50.8%	49.2%	0.0%
MORALES	Adolescentes que consideran que el consumo de drogas es peligroso.	97.1%	2.9%	0.0%
	Adolescentes que muestran arrepentimiento cuando cometen faltas graves.	89.0%	10.5%	0.5%

La tabla 14 presenta las prevalencias de los factores de riesgo en el **área de interacciones escolares y sociales**; así un 92.4% de los adolescentes confía más en sus amigos que en su familia, siendo el más alto factor de riesgo; un 36.6% tiene amigos que consumen alcohol u otras drogas y el 30.4% de sus padres no conocen a sus amigos ni los lugares que frecuentan. En su interacción con profesores, un 35.0% de los estudiantes considera que los profesores no los comprenden, ni alientan, ni estimulan. Asimismo, en un 56.5% su rendimiento académico ha disminuido, un 30.2% reporta que ha repetido algún año escolar y un 26.5% considera que se encuentra en una zona peligrosa.

TABLA 14: *Prevalencia de factores de riesgo en el área de interacciones escolares y sociales en adolescentes.*

COMPONENTES DEL AREA INTERACCIONES ESCOLARES	ITEMS	ALTERNATIVAS		
		Si	No	No Responde
PARES O AMIGOS	Adolescentes cuyos padres conocen a sus amigos y lugares que frecuentan.	69.4%	30.4%	0.2%
	Adolescentes cuyos amigos consumen alcohol o drogas.	36.6%	62.9%	0.5%
	Adolescentes que confían más en sus amigos que en su familia.	92.4%	7.1%	0.5%
PROFESORES	Adolescentes que sienten que sus profesores no los comprenden, ni alientan, ni estimulan.	35.0%	64.8%	0.2%
ESCUELA	Adolescentes que consideran que se encuentran en una zona peligrosa.	26.5%	72.9%	0.6%
	Adolescentes cuyo rendimiento académico ha disminuido.	56.5%	42.5%	1.0%
	Adolescentes que han repetido algún año escolar.	30.2%	69.7%	0.1%

En el **área de organización de la comunidad** el 51.5% vive en barrios que carecen de espacios para hacer deporte, el 43.9% señala que su comunidad esta desorganizada y un 34.1% reporta que en su barrio se comercializa algún tipo de droga, así lo muestra la tabla 15. Adicionalmente, en el **área de uso del tiempo libre** destaca que el 42.9% de los adolescentes asiste a fiestas o reuniones sociales sin compañía adulta.

TABLA 15: *Prevalencia de factores de riesgo en el área organización de la Comunidad.*

COMPONENTES DEL AREA INTERACCIONES ESCOLARES	ITEMS	ALTERNATIVAS		
		Si	No	No Responde
ORGANIZACION	Adolescentes que manifiestan que su comunidad se encuentra desorganizada para enfrentar las dificultades que puedan ocurrir en ella.	43.9%	55.3%	0.8%
	Adolescentes que viven en barrios que carecen de espacios adecuados donde puedan cultivar las artes y el deporte.	51.5%	48.2%	0.3%
	Adolescentes que saben que en su barrio se comercializa algún tipo de sustancia psicoactiva.	34.1%	65.1%	0.8%



En oposición a los factores de riesgo, la tabla 16 presenta de manera resumida los **más importantes factores protectores para todas las áreas y componentes** hallados en el estudio. En el **área de relaciones familiares** destacan que en 81.5% se sienten amados y valorados por sus padres o familia, el 76.2% que sus padres promueven el diálogo en el contexto familiar y el 81.7% prefiere compartir algunos momentos gratos en la familia. En el **área de hábitos de conducta** el 82.5% aceptan las correcciones por sus actos, el 82.2% refiere ser popular y aceptado por sus amigos, y un 87.6% de adolescentes manifiesta estar informado sobre las consecuencias negativas del uso de drogas lo cual coincide con otro ítem el cual señala que los adolescentes consideran peligroso el consumo de drogas (97.1%) por lo que es un factor de protección muy significativo.

En el **área de interacciones escolares y sociales**, el 81.6% cuenta con amigos en quien confiar y el 76.1% señala que en su colegio se fomenta la participación activa. En el **área de organización de la comunidad** el 58.4% de adolescentes tienen grupos de amigos en el barrio a los cuales se integran y un 57.6% cuenta con vigilancia apropiada. Finalmente un 72.1% de adolescentes **utiliza su tiempo libre** en diversas actividades y sólo un 51.2% práctica algún deporte, lo cual es relativamente bajo en su prevalencia.

## 1. CONCLUSIONES

En conclusión los tres estudios epidemiológicos mencionados permiten identificar en niños y adolescentes la prevalencia de los factores de riesgo más significativos que deben ser controlados y los factores protectores que deben ser fortalecidos. La tabla N° 17 y 18 presentan un cuadro comparativo de estos resultados. En el caso de los factores de riesgo los más significativos son en el área de relaciones familiares, los factores hallados tienen que ver con el modo de crianza, así tanto niños como adolescentes son sobreprotegidos por sus padres, hay un uso frecuente del castigo verbal y/o físico, también las peleas frecuentes entre hermanos y el permanecer en silencio frente a las dificultades identificando así un problema de comunicación. Asimismo han resultado

TABLA 16: Prevalencia de factores protectores en todas las áreas y componentes en adolescentes de Lima

	AREA	ITEMS	ALTERNATIVAS		
	COMPONENTES		Sí	No	N R
2. Relaciones Familiares	EMOCIONAL	Adolescentes que se sienten amados y valorados por sus padres u otros miembros de su familia.	81.5%	18.4%	0.1%
	COMUNICACION	Adolescentes cuyos padres promueven el diálogo dentro del contexto familiar.	76.2%	22.7%	1.1%
	AUTORIDAD	Adolescentes cuyos padres les enseñaron a respetar la autoridad usando un estilo amable y cálido.	90.8%	9.0%	0.2%
	INTEGRACIÓN FAMILIAR	Adolescentes cuya familia comparte algunos momentos gratos durante el día.	81.7%	18.0%	0.3%
3. Patrones o Hábitos de Conducta	CONDUCTUALES	Adolescentes que aceptan las correcciones que les hacen.	82.5%	16.7%	0.8%
		Adolescentes que tienen iniciativa, proponen ideas originales y las realizan.	78.4%	21.0%	0.6%
	EMOCIONALES	Adolescentes que son populares y aceptados entre sus amigos.	82.2%	16.7%	1.1%
	MORALES	Adolescentes que están informados sobre las consecuencias negativas del uso de drogas.	87.6%	12.3%	0.1%
4. Interacciones Escolares y Sociales	PARES O AMIGOS	Adolescentes que cuentan con amigos a quienes pueden confiar sus experiencias e inquietudes.	81.6%	17.9%	0.5%
	PROFESORES	Adolescentes que reciben cariño y apoyo de sus profesores.	71.0%	27.5%	1.5%
	ESCUELA	Adolescentes en cuyos colegios se fomenta la participación activa durante las horas de clase.	76.1%	23.1%	0.8%
5. Organizac. de la comunidad	ORGANIZACION DE LA COMUNIDAD	Adolescentes en cuyo barrio existen grupos de amigos a los cuales se integran.	58.4%	40.9%	0.7%
		Adolescentes cuyo vecindario cuenta con una vigilancia apropiada.	57.6%	41.7%	0.7%
6. Uso del Tiempo Libre	USO DEL TIEMPO LIBRE	Adolescentes que utilizan su tiempo libre haciendo una variedad de actividades.	72.1%	27.3%	0.6%
		Adolescentes que practican algún deporte o actividad recreativa de manera continua con su familia.	51.2%	48.2%	0.6%



significativamente altas las variables personales de sus hábitos de conducta: irritarse fácilmente cuando no consiguen lo que desean, ser inestables emocionalmente cambiando con facilidad su estado de ánimo, mostrar más ansiedad que otros niños y gustar de actividades riesgosas. Estos datos refuerzan lo señalado por Brook et.al. (1995) y Beman (1995) en el sentido de que las características personales juegan un rol decisivo para el consumo de drogas. Otro factor a destacar en el área de interacciones escolares es el bajo rendimiento académico hallado en una prevalencia significativa y el hecho que confían más en sus amigos que en su familia. Por su parte en el área de comunidad destaca la desorganización de la misma para enfrentar los problemas y la carencia de espacios para actividades deportivas.

Debe también destacarse que estos factores de riesgo aparecen con una mayor prevalencia en el nivel socioeconómico bajo, y en cuanto a género tanto niñas como niños tienen similar probabilidad de riesgo.

En lo referente a los factores protectores los más significativos son en el área de desarrollo psicobiológico, el estar con buena salud; en el área de relaciones familiares sentirse amados y valorados por sus familiares y compartir algunos momentos gratos durante el día; en el área de patrones de conducta el componente moral de estar informados de los efectos negativos de las drogas así como el ser populares y aceptados por sus amigos; en el área de interacciones escolares y sociales contar con amigos a quienes puede confiar sus experiencias y preocupaciones, el recibir cariño y apoyo de sus profesores y el participar activamente durante las horas de clase. Finalmente en el área de la comunidad la existencia en el barrio de grupos y amigos a los cuales se integra, así como, el participar en diferentes actividades de recreación en uso de su tiempo libre.

Este contexto sociodemográfico y epidemiológico psicosocial de desarrollo del niño y del adolescente hace ver la urgente necesidad de diseñar y ejecutar apropiados programas de educación preventiva integral los cuales deberían enfatizar en la enseñanza de destrezas psicológicas para vivir saludablemente en la comunidad como lo ha descrito en otro lugar Anicama (1999).

TABLA 17: *Comparación de las Prevalencias de los más importantes Factores de Riesgo en Niños y Adolescentes de Lima*

<b>I. AREA DE RELACIONES FAMILIARES</b>			
<b>Item / Factor</b>	Anicama et.al. 1999 (niños)	Anicama 2001 (niños)	Anicama et.al. 2001(Adolesc)
1. Ser frecuentemente sobreprotegidos	47.4%	44.6%	49.1%
2. Ser agredidos verbalmente por algún miembro de la familia	18.9%	22.0%	30.1%
3. Pelear frecuentemente con sus hermanos	34.4%	36.8%	44.3%
4. Ser castigados física y/o verbalmente para corregir sus errores	35.0%	37.3%	43.2%
5. No se comunican cuando están en dificultades	28.4%	31.2%	61.6%
6. Reciben frecuentemente mensajes contradictorios de sus padres.	18.5%	19.2%	39.6%
<b>II. AREA PATRONES O HABITOS DE CONDUCTA</b>			
<b>Item / Factor</b>	Anicama et.al. 1999 (niños)	Anicama 2001 (niños)	Anicama et.al. 2001 (Adolesc)
1. Se irritan o molestan fácilmente, no se autocontrolan	57.5%	60.9%	69.4%
2. Dependen de otros para realizar cualquier actividad cotidiana	14.0%	20.0%	28.2%
3. Gustan ó prefieren de actividades riesgosas	20.4%	22.2%	30.3%
4. Cambiar con facilidad sus emociones: inestables emocionalmente	43.9%	46.2%	75.9%
5. Ser más ansiosos que los demás	29.1%	32.6%	35.9%
6. Sentirse solos y abatidos diciendo que su vida no vale nada	10.4%	11.7%	50.8%
7. Sentirse incapaz de realizar tareas asignadas	15.9%	17.8%	22.8%
8. No considerar peligroso el consumo de drogas	14.2%	12.9%	2.9%
9. No mostrar arrepentimiento ante faltas graves	16.4%	16.4%	10.5%
<b>III. AREA DE INTERACCIONES ESCOLARES Y SOCIALES</b>			
<b>Item / Factor</b>	Anicama et.al. 1999 (niños)	Anicama 2001 (niños)	Anicama et.al. 2001(Adolesc)
1. Tienen padres que no conocen a los amigos de sus hijos y los lugares que frecuentan	9.1%	9.1%	30.4%
2. Tienen amigos que consumen alcohol o drogas	3.5%	4.0%	36.6%
3. Ser rechazados por sus compañeros	6.8%	8.3%	16.7%
4. Confiar más en sus amigos que en su familia	8.6%	9.5%	92.4%
5. Sentirse incomprendidos por sus profesores	15.7%	20.2%	35.0%
6. Estudiar en colegios que están ubicados en zonas de alto riesgo	10.2%	13.9%	26.5%
7. Haber disminuido su rendimiento académico ha disminuido	14.4%	16.7%	56.5%
<b>IV. AREA DE ORGANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD</b>			
<b>Item / Factor</b>	Anicama et.al. 1999 (niños)	Anicama 2001 (niños)	Anicama et.al. 2001(Adolesc)
1. Sus barrios carecen de espacios adecuados para cultivar artes y cultura	53.1%	54.4%	51.5%
2. Vivir cerca a lugares donde se comercializa sustancias psicoactivas: SPA	40.8%	43.7%	34.1%
3. Considerar que su comunidad esta desorganizada para enfrentar dificultades	52.0%	55.2%	43.9%
<b>V. USO DE TIEMPO LIBRE</b>			
<b>Item / Factor</b>	Anicama et.al. 1999 (niños)	Anicama 2001 (niños)	Anicama et.al. 2001(Adolesc)
1. Asistir solos a fiestas y reuniones sociales, sin compañía adulta	11.2%	11.1%	42.9%
2. Pasar su tiempo libre sin hacer nada, vagando por el barrio	8.7%	9.7%	27.3%

TABLA 18: *Comparación de las Prevalencias de los más importantes Factores Protectores para el Abuso de Drogas en Niños y Adolescentes de Lima*

<b>I. DESARROLLO PSICOBIOLÓGICO DEL NIÑO</b>		
<b>Item / Factor</b>	<b>Anicama 2001 (niños)</b>	<b>Anicama 2001 (niños)</b>
1. Madres que asistieron y cumplieron con las indicaciones de sus controles prenatales	95.4%	95.4%
2. Haber nacido con buen estado de salud	94.1%	94.1%
3. Generalmente goza de buena salud	91.3%	91.3%
<b>II. AREA DE RELACIONES FAMILIARES</b>		
<b>Item / Factor</b>	<b>Anicama 2001 (niños)</b>	<b>Anicama 2001 (niños)</b>
1. Se sienten amados y valorados por sus padres u otros miembros de su familia	78.0%	78.0%
2. Tienen padres que promueven el diálogo dentro del contexto familiar	85.0%	85.0%
3. Compartir algunos momentos gratos durante el día con su familia	70.0%	70.0%
<b>III. AREA DE PATRONES O HABITOS DE CONDUCTA</b>		
<b>Item / Factor</b>	<b>Anicama 2001 (niños)</b>	<b>Anicama 2001 (niños)</b>
1. Estar informados sobre las consecuencias negativas del uso de drogas	90.5%	90.5%
<b>IV. AREA DE INTERACCIONES ESCOLARES Y SOCIALES</b>		
<b>Item / Factor</b>	<b>Anicama 2001 (niños)</b>	<b>Anicama 2001 (niños)</b>
1. Tienen amigos a quienes puede confiar sus experiencias e inquietudes	65.8%	65.8%
2. Se integra y/o comparte con su grupo actividades saludables	85.6%	85.6%
3. Reciben cariño y apoyo de sus profesores	87.6%	87.6%
4. Los profesores reconocen y elogian sus logros académicos	88.3%	88.3%
5. En el colegio se fomenta la participación activa durante las horas de clase	87.6%	87.6%
6. Tienen la oportunidad de desarrollar sus habilidades: liderazgo, toma de decisiones, su autoestima, etc.	79.3%	79.3%
<b>V. AREA DE ORGANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD</b>		
<b>Item / Factor</b>	<b>Anicama 2001 (niños)</b>	<b>Anicama 2001 (niños)</b>
1. En su barrio existen grupos diversos de amigos a los cuales se integra	39.9%	39.9%
2. Su vecindario cuenta con vigilancia apropiada	47.4%	47.4%
<b>VI. AREA DE USO DEL TIEMPO LIBRE</b>		
<b>Item / Factor</b>	<b>Anicama 2001 (niños)</b>	<b>Anicama 2001 (niños)</b>
1. Utiliza su tiempo libre haciendo una variedad de actividades: inglés, computo, deportes, etc.	47.5%	47.5%
2. Práctica deportes de manera continua con su familia	57.5%	57.5%

## REFERENCIAS

- Anicama, J.** Construcción y Normalización de una Escala Conductual de Evaluación de la Conducta Emocional Inadaptada: API. Tesis Doctoral. Lima - UPOCH. 1992.
- Anicama, J.** Conductas de Riesgo Asociadas al Abuso de Drogas. En: *Drogas: producción, comercialización, prevención, control y rehabilitación*. Memorias V Seminario Internacional de CEDRO. Lima: CEDRO. 1993.
- Anicama, J.** Efectos de un Programa ART de Sustitución y prevención de la Violencia en Menores de Alto Riesgo. *Revista Psicología Contemporánea*, 3 (2) 12-21. 1996.
- Anicama, J.** Conclusiones de la Conferencia Internacional: Iniciativas Globales sobre la Reducción de la Demanda de Drogas: Diálogo Las Américas-Asia. Lima. RIPRED/DPNA y The Colombo Plan. 1998.
- Anicama, J.** Metas Educativas y Problemas Psicosociales Críticos en el Perú: drogas y violencia. *Acta Colombiana de Psicología*, 1: 105-116. 1998.
- Anicama, J.** Un análisis funcional de la conducta adictiva: epidemiología, estrategias de prevención e intervenciones conductuales cognitivas. Conferencia. I Congreso Mundial de Terapias Cognitivas y Conductuales. Acapulco. México. Memorias. 1999 a.
- Anicama, J.** Estrategias de intervención conductual-cognitivo para prevenir y controlar la violencia en niños y adolescentes en alto riesgo. En Reusche, R.: La adolescencia: desafío y decisiones. Lima: Editorial UNIFE. 1999 b.
- Anicama, J.** Epidemiología de los factores de riesgo y factores protectores en niños de Lima Metropolitana. Lima. Lima: CONTRADROGAS. (En prensa) 2001.
- Anicama, J.** Informe de la Evaluación del impacto del programa de prevención integral del uso indebido de drogas en educación primaria y formación magisterial. Lima: PNUFID - Ministerio de Educación. 2001.
- Anicama, J.; Vizcardo, S.; Carrasco, J; y Mayorga, E.** Estudio

Epidemiológico sobre la Violencia y Comportamiento Asociados en Lima Metropolitana y Callao. Lima: Ministerio de Salud- Universidad Nacional Federico Villarreal. 1999.

**Anicama, J.; Vizcardo, S.; Mayorga, E.; Henostroza, C.; Palacios, J.; Jurado, I. y Tomas, A.** Factores de riesgo para el abuso de drogas en niños de 6 a 12 años de Lima Metropolitana. Revista Wiñay Yachay, 3, (1), 43-60. 1999.

**Anicama, J.; Mayorga, E. y Henostroza, C.** Factores de riesgo y factores protectores para el abuso de drogas en adolescentes de Lima Metropolitana. Monografía. Lima: CIPMOC. 2001.

**Beman, D.** Risk factors leading to adolescent substance abuse. *Adolescence*, 30, (117), 201-208. 1995.

**Brook, J.; Whiterman, M.; Cohen, P. y Shapiro, J.** Longitudinally predicting late adolescent and young adult drug use: childhood and adolescent precursors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (9). 1995.

**CONTRADROGAS.** Encuesta nacional sobre prevención y uso de drogas 1998. Principales resultados. Lima: PNUFID - INEI - CONTRADROGAS. 1999.

**Dervit, D.; Silverman, G.; Goodstadt, M. y Stoduto, G.** The construction of risk and protective factor indices for adolescent alcohol and other drug use. *Journal of Drug Issues* 1995, 25 (4): 837-863.

**Eggert, L; Herting, J. y Thompson, E.** The Drug Involvement Scale for Adolescence (DISA). *Journal of Drug Education*, 26 (2): 101-130. 1996.

**Flores, L.** Implementación del proceso de adopción de precauciones para prevenir la farmacodependencia en niños de edad escolar. *Acta Colombiana de Psicología*, 1 (7): 20-98. 1998.

**Goldstein, A.; Reagles, K. y Amann, L.** Refusal skills: preventing drug use in adolescents. Illinois: Research Press. 1990.

**Méndez, A.; Relvas, P.; Lourenco, M.; Reccio, J.; Pietralunge, S.; Broyer, G.; Bussae, M.; Calafat, A.; Stocco, P.** Family: relationships and primary prevention of drug use in early adolescence. Coimbra Portugal: IREFREA & European Commission. 1999.

**NIDA: National Institute on Drug Abuse.** Preventing Drug Use Among Children and Adolescents. Washington: NIDA. 1997.

**Skinner, B. F.** Verbal Behavior. New York: Appleton Century Crofts. 1957.

**Rojas, M. y Castro de la Mata.** Epidemiología de drogas en la población urbana peruana. Monografía de investigación 15. Lima: CEDRO. 1997.

**Valdez, M.; Serrano, T.; Florenzano, R.; Lobia, J.; Canto, C.; López, M. y Lara, P.** Factores familiares protectores para conductas de riesgo: vulnerabilidad y resiliencia en adolescentes. *Revista Psiquiátrica Clínica*. Chile, 3 2 (1/2) 49-56. 1995.

## **Capítulo 5**

La familia como factores de riesgo,  
protección y resiliencia en la  
prevención del abuso de drogas  
en adolescentes

**Rosa María Ugarte Díaz**

## LA FAMILIA COMO FACTOR DE RIESGO, PROTECCION Y RESILIENCIA EN LA PREVENCION DEL ABUSO DE DROGAS EN ADOLESCENTES

*Rosa María Ugarte Díaz*<sup>1</sup>

### RESUMEN

Se establece la importancia de la familia en la prevención del abuso de drogas en la **adolescencia**, período de la vida signado por profundos cambios que se producen a nivel físico, psicológico y social, que colocan al adolescente en situaciones de riesgo, y cuya importancia radica en el logro de su identidad personal, su autonomía, el establecimiento de un proyecto de vida, y en la adquisición de competencias que le permitan insertarse en el mundo adulto adecuadamente.

Cómo se sitúa la **familia**, entendida ésta desde una perspectiva sistémica y relacional, ante estos cambios que la confrontan con el adolescente, y cómo cumple las tareas relacionadas con esta etapa del ciclo de la vida y de la familia, determinará que se susciten o superen conflictos o de lo contrario se presenten problemas en diversos ámbitos del adolescente.

En la adolescencia temprana e intermedia la prevalencia del consumo de drogas legales e ilegales es relevante, dándole muchos autores un peso importante al papel de la familia, en el uso frecuente de drogas ilegales en los adolescentes, enfatizando en la calidad de las relaciones padres-adolescentes sobre otros factores.

Se revisan diversos estudios clínicos e investigaciones experimentales que han encontrado problemas de funcionalidad en las

---

<sup>1</sup> Área Comunidad Educativa, CEDRO

familias de fármaco dependientes y que apuntan hacia problemas en relación con la separación-individuación, subversión de jerarquías tradicionales, figura paterna ausente y emocionalmente distante del hijo, presencia de una madre indulgente y simbiótica, pseudo individualización, organización familiar rígida, calidad de la relación entre padres e hijos, entre otros aspectos.

Se establecen como importantes contribuciones en la prevención del abuso de drogas en adolescentes, los aportes dados desde las perspectivas de riesgo, protección y resiliencia, mostrándonos el curso de estas propuestas en la familia.

Finalmente se concluye que a pesar de que la familia es el primer elemento sociabilizador, en cuyo interior se educa y forma al individuo, cuya funcionalidad va a permitir que sus miembros sean personas autónomas, capaces de enfrentarse e integrarse a la vida, y que tiene una influencia gravitante en la aparición y mantenimiento de problemas de consumo en los adolescentes, se ha intervenido escasamente en ella y no se la ha tomado en cuenta, en la medida de su importancia, en los diseños de programas de prevención y atención.

**Palabras claves:** Familia, adolescencia, factor de riesgo, factor de protección y resiliencia familiar.

## INTRODUCCION

Actualmente nadie duda de la complejidad de la problemática de las drogas y de la necesidad de abordar sus componentes preventivos y terapéuticos de una manera integral y sistémica.

El desarrollo de la prevención en este campo ha ido determinando la necesidad de precisar mejor los elementos de intervención en las diversas poblaciones, especialmente la de niños y adolescentes, que son los grupos etáreos más vulnerables.

Así mismo, es necesario centrarse en su contexto más próximo de

sociabilización y desarrollo, que influirá a lo largo de su existencia: su familia

Determinar en qué aspectos, cómo y en qué medida se da la interrelación entre adolescencia y familia, nos mostrará la importancia de su abordaje.

## Adolescencia y drogas

Los adolescentes atraviesan por un período crítico, de cambios físicos y psicosociales, que los condicionan a diversos riesgos, hasta que logran adquirir y desarrollar competencias cognitivas, afectivas y sociales que les permiten llegar exitosamente a la adultez.

En esta etapa se tiene que lidiar con características de rebeldía, egocentrismo, cuestionamientos, inestabilidades, inseguridades, necesidad de autonomía de los adolescentes, a quienes también se les exigirá, no muy pocas decisiones para su vida futura, como es su proyecto personal.

En busca de su identidad se irán separando de sus padres, cobrando el grupo de pares significación gravitante. En este aspecto Coleman coincide con Hendrys, en mencionar que la aceptación o rechazo de los pares es un aspecto crucial en esta etapa, cobrando la presión de grupo suma relevancia.

Sus mismas características adolescentes, los llevan a adoptar diferentes conductas de riesgo, como el uso del alcohol, el tabaco u otras drogas, el inicio de relaciones sexuales precoces, el uso de la violencia o la asociación con grupos violentos, etc., que los pueden llevar a poner en peligro su salud y en ocasiones hasta su vida. Su sensación de invulnerabilidad, entre otras cosas, los llevan a sentirse especiales, mejores y diferentes, escuchando muy a menudo los padres la frase “a mí no me va a pasar nada”, aplicado sobretodo en defensa del consumo de drogas.

Según Coleman y Hendrys (1990), la transición de la adolescencia

a la adultez no puede ser exitosa sin un número sustancial de ajustes en lo psicológico como en lo social.

Coleman (1974), en su Teoría Focal de la Adolescencia, sugiere que la mayoría de adolescentes negocia este período de sus vidas, sin evidenciar estrés mayor porque los adolescentes enfocan, un sólo aspecto del desarrollo a la vez, para luego enfocar otro, pero necesitan un soporte para regular y controlar las tensiones que experimentan.

Mientras sucede todo esto en el adolescente, y como producto de todo ello, se suscitan una serie de situaciones conflictivas en la familia, que dependiendo de las condiciones positivas o negativas que encuentren los adolescentes en ella, les facilitará superar esta etapa de una manera más o menos adecuada, y los ayudará a consolidar sus recursos y habilidades psicosociales. En otros casos, la familia tendrá papel gravitante en la aparición de problemas en las distintas esferas del desarrollo del adolescente y ámbitos de actuación del mismo.

Hirschi (1969), plantea en su Teoría del Control Social, que la falta de lazos familiares adecuados, propicia un perfil de adolescente incapaz de establecer relaciones saludables.

Según Kandel, Treiman, Faust y Single (1976), el consumo de drogas suele originarse en la adolescencia y está vinculado con el proceso normal, aunque problemático, del crecimiento, la experimentación con nuevas conductas, la autoafirmación, el desarrollo de relaciones íntimas, generalmente heterosexuales y el abandono familiar.

Por otro lado encontramos, de acuerdo a los datos de prevalencia del consumo de drogas, que la edad de inicio del consumo de las mismas se encuentra entre los 9 y 10 años de edad y de las drogas ilegales de 2 a 3 años después. Es decir entre la adolescencia temprana y la intermedia. Más aún, la oferta de las drogas las pone al alcance de niños y adolescentes, por su accesibilidad en el mercado y su bajo costo.

TABLA 1: Prevalencia de vida (uso alguna vez en la vida) Población peruana de 12 a 18 años de edad

Droga	Prevalencia de Vida
Alcohol	164.8
Tabaco	30.3
Marihuana	1.8
PBC	0.4
Cocaina	0.1
Inhalantes	2.1

Fuente: CEDRO - Rojas, A Castro R. - Monografía 17 «Epidemiología de las Drogas en la Población Urbana Peruana - 1997»

TABLA 2: Prevalencia de ultimo año (uso en el último año) Población peruana de 12 a 19 años de edad.

Droga	Prevalencia Ultimo Año		
	12 a 13 años	14 a 16 años	17 a 19 años
Alcohol	47.9	59.7	77.3
Tabaco	10.7	31.4	47.4
Marihuana	0.1	0.6	1.8
PBC	0.0	1.0	1.2
Cocaina	0.0	0.1	1.1
Inhalantes	1.0	1.3	0.9

Fuente: CONTRADROGAS, «Encuesta Nacional sobre Prevención y Uso de Drogas» 1999

TABLA 3: Prevalencia de vida (uso alguna vez en la vida) Población escolar de 2° A 4° de Secundaria

Droga	Lima	Trujillo	Tarapoto	Huancayo
Marihuana	11.0	9.6	6.1	9.8
PBC	8.0	7.3	6.3	7.4
Cocaina	6.8	5.1	6.4	5.8

Fuente: CEDRO - Zavaleta A.; Castro R.- »Global Youth Tobacco Survey en Huancayo, Lima, Trujillo, y Tarapoto, Perú» - 2001



Otros profesionales dedicados al tema, consideran que hay tres etapas en el uso adolescente de drogas:

- El uso de drogas legales como alcohol, que sigue siendo un fenómeno social.
- El uso de marihuana, que esta influido por los pares.
- El uso frecuente de otras drogas ilegales, que parece depende más de la calidad de las relaciones padres-adolescentes que de otros factores.

Es así, que empezamos a encontrar que la familia se va constituyendo en un elemento de peso en la aparición de problemas relacionadas con el consumo de drogas, al no ser un soporte adecuado para el adolescente.

## FAMILIA Y DROGAS

Si hablamos que la familia es el primer elemento socializador, en cuyo seno se educa y forma al individuo, para que sus miembros sean capaces de desarrollarse y ser personas autónomas, que puedan enfrentarse e integrarse a la vida, entonces debemos enfocar nuestra atención en ella como primer ámbito de prevención e intervención.

La familia es un sistema complejo, a la vez viviente y humano, en interacción permanente con su medio ambiente (escuela, iglesia, familia extendida). Posee una estructura organizada y jerarquizada, y presenta una organización tridimensional: biológica, social y psicológica, así mismo tiene que hacer frente a las diferentes etapas del ciclo vital.

Minuchin (1979), señala que sus miembros a través de interacciones redundantes se agrupan en subsistemas: parental, conyugal, fraternal, etc. Estos sistemas están separados por fronteras simbólicas y cada uno de ellos contribuye al funcionamiento de la familia manteniendo su identidad, a través del ejercicio de roles, funciones y de las tareas necesarias del conjunto.

Según el modelo Mac Master (Epstein, Bishop, 1973), establece como base del funcionamiento familiar que las partes de la familia están interrelacionadas, por lo que una parte de la misma no puede ser entendida de manera aislada del resto del sistema, ni el funcionamiento de la familia puede ser entendido totalmente por el simple proceso de comprensión de cada una de las partes.

También establece que la estructura, organización de la familia y los patrones de transacción del sistema familiar condicionan el comportamiento de sus miembros.

Así el individuo que presenta síntomas específicos en la familia, está cumpliendo una función dentro de ella, como eje para mantener las relaciones prescritas por la dinámica estructural de la misma, o como escape a la tensión que ésta experimenta. Estos síntomas sirven para perpetuar un patrón sistémico específico de transacciones en la familia.

Asimismo plantea que las familias tienen que hacer frente a tareas que se agrupan en:

- Tareas básicas, que involucra problemas instrumentales como los de proveer alimentos, vestido, dinero, etc.
- Tareas del desarrollo, que incluye las tareas que se van logrando con el tiempo, éste desarrollo se conceptualiza como una secuencia de estadios y tiene que ver con las crisis tanto a nivel individual como familiar.
- Tareas riesgosas, que se refiere al manejo de la crisis que se dan como consecuencia de enfermedades, pérdida de trabajo, accidentes, etc.

Las familias que no tienen habilidades para enfrentar efectivamente estas tareas, tienen probabilidades de desarrollar clínicamente problemas significativos o de mala adaptación crónica en sus miembros.

Las familias con hijos adolescentes empiezan a sentir un desequilibrio en la organización de las pautas establecidas en la familia, ya que la adolescencia trae temas que los confrontan y demanda reacomodos y adaptaciones de ella, es decir una reestructuración en las relaciones.

Para el adolescente el grupo de pares adquiere mucho poder, lo aleja de la familia; la autonomía que ostenta y su control necesita ser renegociados; las nuevas ideas y valores que sustentan acerca del sexo, política, vestimenta, estilos de vida, perspectivas del futuro y drogas requieren de un diferente interlocutor.

Si los cambios no se suceden puede aparecer en el adolescente el síntoma droga, como una solución inadaptativa de la familia.

Cuando hay problemas en la familia, éstas generalmente identifican al adolescente, por la naturaleza crítica y transicional de su etapa, como el paciente enfermo de la familia.

En el caso de familias con integrantes de tendencia drogadicta, las relaciones familiares cumplen un importante papel. Las perturbaciones de la individuación relacional se manifiestan en los drogadictos sobre todo en dos ámbitos:

- En su menguada capacidad para hacer suyos determinados sentimientos desagradables y convivir con ellos, sobre todo con enojos, soledad y aburrimiento prolongados.
- Guiarse a sí mismos con responsabilidad propia y orientados hacia el futuro.

Esta perturbación de la individuación, casi siempre se ve acompañada de una correspondiente perturbación del sistema familiar. Los modos de interacción que se encuentran pueden estar caracterizados tanto por una ligazón extrema cuanto por una expulsión.

Stierlin informó acerca de familias de ghettos americanos, en la que las madres ligaban a sus hijos adolescentes a ellas mediante un mimo regresivo, que de vez en cuando llegaba a incluir la provisión de heroína.

Otros jóvenes drogadictos, en cambio, son expulsados temprana y duramente, les falta la experiencia de ser necesitados por los demás y de ser importantes para ellos. Tales jóvenes buscan en las drogas un poco de ese calor y esa seguridad que no se les brindó en sus familias.

En ciertas circunstancias tienden a “parentificar” a jóvenes de su misma edad, lo cual representa una exigencia adicional para éstos y los expone a ellos mismos a conflictos graves.

Weidman (1983), va en ese sentido, cuando indica que el uso compulsivo de drogas es la manifestación de una dinámica de la constelación familiar muy particular. Señala que la farmacodependencia sucede cuando los conflictos que rodean la subfase del proceso de separación-individuación no son adecuadamente superados. Este proceso implica la diferenciación y separación sin sacrificar la intimidad familiar.

Neuburger (1983), a su vez señala, que la farmacodependencia implicaría que los adictos se separan sólo en apariencia de sus familias de origen. Estas familias no permiten la movilización en varios niveles lógicos y la creatividad es paradójica y suele convertirse en doble vínculo.

Si analizamos desde la perspectiva de la delegación familiar, muchos jóvenes que abusan de las drogas son víctimas y ejecutores de encargos y conflictos familiares, que los sobreexigen de manera grave, y a lo que tratan de corresponder de manera heroica.

Y finalmente, desde el punto de vista de legado y mérito plurigeneracional, ésta está determinada en muchos drogadictos por el legado de una autodestructividad crónica, la cual se ha ido formando a lo largo de varias generaciones y que ahora aparece de manera radical.

En 1972, Seldin, llevó a cabo una revisión de trabajos relacionados con la familia del adicto. Encontró una alta incidencia de familias de origen quebrantadas, bien fuese por divorcio, separación o una patente hostilidad entre los padres. Los matrimonios de adictos repetían la dinámica de sus familias de origen.

En el periodo 1975-1980 aparecieron muchos trabajos de terapeutas familiares con hipótesis acerca del rol que puede tener la familia en la génesis y el mantenimiento de la tóxica dependencia en un hijo, donde prevalece la concepción del síntoma como funcional a la estabilidad de la pareja conyugal.

Madanes, Dukes y Harbin, 1980, hablan de una subversión de las jerarquías tradicionales, debilitadas por coaliciones entre miembros de diversas generaciones, como hijo-madre-abuela, que obstaculizan la alianza conyugal (Haley, 1980).

Harbin y Maziar, 1975, describe al padre del toxicómano como una figura ausente y emocionalmente distante del hijo, frente, según Kaufman y Kaufman, 1979, a una madre hiperinvolucrada e indulgente, por momentos simbiótica.

Stanton, 1979, escribe: “El hijo adolescente puede asumir para los padres la función tanto de canal de comunicación, como de factor desorientador, de trastorno, que con su comportamiento previene la cristalización de sus conflictos. Por su parte, el toxicómano puede buscar un estado de “enfermedad”, para situarse, de manera infantil, “en el centro de atención de los padres”.

Pseudo individualización, es un concepto utilizado por Stanton (1979), para describir a través del uso de las drogas, el distanciamiento de los padres y por lo tanto los puentes con su infancia. Lo cual no es así, ya que esto los vincula mucho más con la familia.

Entre las investigaciones experimentales tenemos la de Babst y colaboradores (1978), que examinó el grado de cercanía emocional y de confianza entre padres e hijos (afinidad familiar) en relación a numerosas variables, entre otras, el éxito escolar, la presencia de amistades con tóxico dependientes, los comportamientos de riesgo y el uso de drogas. Un alto grado de afinidad familiar correlaciona positivamente con éxito escolar y una oportuna adquisición de autonomía; más bien un clima familiar caracterizado por la distancia y el recelo entre los distintos miembros, comporta una mayor frecuencia de comportamientos de riesgo y de tóxicodependencia.

Friedman y colaboradores (1980), señalan la existencia de una correlación positiva entre problemática en los miembros de la familia y desarrollo de las tóxicodependencias en los hijos. También encuentra una importancia central en la elección toxicómana a la experiencia de la fuga de la figura materna.

A su vez, ya en 1974, Friedman señala que, la farmacodependencia es uno de los síntomas de disfuncionalidad en las relaciones entre los miembros de la familia. Sirve de muchas maneras y puede ser un síntoma transitorio o bien una perturbación. Observaciones realizadas mostraron que el abuso de drogas tiene ventajas y desventajas, efectos positivos y negativos. Puede servir como un recurso temporal o como alivio o descarga de responsabilidad para otros miembros de aquella familia.

Coleman y colaboradores, 1986, valoraron la incidencia de las experiencias de pérdidas (muerte o separación) en el ciclo vital del joven farmacodependiente. Encontró que el grupo de estos jóvenes había tenido una más frecuente experiencia de muerte de figuras significativas respecto a sus coetáneos, como también de experiencias de separación de la familia durante la fase infantil y adolescente, y de huida/regreso a casa como prueba de una relación conflictiva con el ambiente de pertenencia.

En los trabajos de investigación en los que se abordaron la calidad de la relación entre padres e hijos y la elección toxicómana se encontró que en las familias en la que la relación con los padres es vivida como intensa y gratificante es menos probable la aparición de las drogodependencias: Selnow, 1987. Coombs y Ladsverk, 1988, encuentran que el rol paterno, en cuanto a la delegación del poder de decisión en la familia es determinante para impedir la implicancia de los hijos en las drogas, mientras que las madres más idóneas para proteger a sus hijos del riesgo de las drogas parecen ser las más cercanas y proclives a ofrecer confianza.

Simons y Robertson, 1989, encontraron que la variable de rechazo por parte de los padres correlaciona con la implicancia de los hijos adolescentes en grupos de iguales inadaptados y, por tanto, en el uso de drogas.

Shedler y Block, 1990, hicieron una investigación, en la cual siguieron en su desarrollo a 100 niños, desde los tres hasta los 18 años, edad en la que indagaron su relación con la droga, encontrando que el 24% estaba representado por consumidores habituales de alguna sustancia, con evidencia más o menos marcada de dependencia. La

indagación pone de relieve la posibilidad de prever el resultado del encuentro de un joven con la droga, pues los consumidores habituales habían manifestado problemáticas importantes a lo largo de la evolución de su desarrollo emocional, con dificultades de relación y control del comportamiento impulsivo, desde los 6-7 años. Las razones de este proceso de crecimiento alterado son individualizadas en el planteamiento psicopedagógico del ámbito familiar, basado en la incapacidad de los padres de manifestar correctamente las propias emociones, con un predominio de las expresiones de crítica y de las demandas de prestaciones, dirigidas al hijo, unidas de manera contradictoria, con medidas de tipo hiperprotector.

Entre 1976 y 1983 varios autores concuerdan en señalar, que la comunicación dentro de la familia con un farmacodependiente es pobre; hay carencia de apertura y de comunicación relevante. Lo primero que se comunican son los mensajes negativos. (Reilly, 1976; Rees y col., 1983; Wermuth y col., 1986).

Steir y col, 1982, compararon las interacciones de las familias normales y las familias con un miembro adicto. Vieron que la familia con un miembro farmacodependiente manifestó una gran rigidez en la toma de decisiones. Se mostró que la aparición de disfunción en uno de los miembros podría ser mejor vista como una propiedad del sistema familiar como un todo, específicamente, una propiedad de las reglas de comunicación familiar, que guían las decisiones a la formación de alianzas.

En observaciones clínicas de familias con un adicto realizadas por Kirschenbawn y col (1974) se vio que las comunicaciones dentro de la familia, entre sus miembros, eran extremadamente intelectuales y racionales, había poca expresión de sentimientos y las interacciones digitales eran juicios de naturaleza defensiva.

Había una total ausencia de cuidado y validación de los hijos. Los miembros se encontraban emocionalmente distantes unos de otros. El proceso de interacción se caracterizaba por ausencia de alegría y humor y los tonos dominantes eran la desesperanza, el desgano, la depresión y la tensión.

La investigación realizada por Reilly (1976) arrojó lo siguiente: la vida es carente de afecto, frívola; existen hábitos negativos tales como críticas, demandas y búsquedas por conseguir atención. Estas familias sufren de un bloqueo en el afecto relacionado con la intensa ambivalencia que concierne a la intimidad. Los miembros de la familia frecuentemente se defienden de sentimientos desagradables tales como culpa, alienación, depresión a través de la auto-medicación.

Levine, 1985, y Cleveland, 1981 hablan de estructuras familiares disfuncionales rígidas, siendo la farmacodependencia un comportamiento adaptativo del individuo, incapaz de resolver conflictos.

Cancrini y La Rosa, 1991, establecieron una clasificación detallada y sistemática de la adicción a la heroína, describiendo cuatro categorías en las que se puede inscribir el síntoma de drogodependencia:

**Tipo A.** Toxicomanías traumáticas, en las que prevalecen las problemáticas subjetivas, ligadas al sufrimiento personal derivado de un trauma psíquico de elevada entidad: duelo, enfermedad, separación en la familia, decepción sentimental, política, laboral, etc.

**Tipo B.** Toxicomanías del área neurótica, en las que el síntoma sirve para evitar la manifestación de un conflicto doloroso y peligroso para todos los miembros de la familia. Se trata, en particular, de aquellas situaciones en que el hijo es triangulado en una coalición transgeneracional negada, con debilidad de los confines entre los subsistemas familiares.

**Tipo C.** Toxicomanías de transición, en las que la droga representa un caso de cobertura de estados neuróticos propiamente dichos o psicóticos (estado del espejo roto), con la presencia de antiguos y continuos pequeños traumas verificables ya en los primeros años de vida y una implicación de ambos padres en la vida y en el sistema del hijo.

**Tipo D.** Toxicomanías sociopáticas, caracterizada por una historia de abandonos prematuros, institucionalizados, comportamientos antisociales y dificultades escolares en sujetos pertenecientes a familias inadecuadas e inconsistentes, en la que los padres pueden presentar síntomas psiquiátricos y alcoholismo.

### **Factor de Riesgo, Factor de Protección y Resiliencia**

#### Factor de riesgo

En principio las aproximaciones preventivas tomaron en cuenta la multicausalidad del fenómeno de las drogas, desde una perspectiva de riesgo, determinando de esta manera la actuación sobre estos factores para reducir la posibilidad de aparición del problema.

Este aporte biomédico, relacionado tradicionalmente con resultados adversos, mensurables y en términos de mortalidad, amplió su conceptualización con la epidemiología social, que permitió reconocer la existencia de una trama compleja de hechos psico-sociales, alguno de los cuales se asocian con daño social.

Se entiende entonces por **Factor de Riesgo**, a cualquier circunstancia o evento de naturaleza biológica, psicológica o social, cuya presencia o ausencia modifica la probabilidad de que se presente un problema determinado en una persona o comunidad.

Los factores de riesgo se entremezclan y organizan de modo muy dinámico, su importancia dentro del sistema de causas también es variable: la relevancia de un factor de riesgo puede cambiar de un grupo a otro y de un individuo a otro.

Este enfoque de riesgo trae dos conceptos: el de vulnerabilidad, que es el potencial de que se produzca un riesgo o daño, ya que se observó que las probabilidades de padecer daños pueden surgir de sujetos que concentran en sí los factores de riesgo, constituyéndose en individuos de alto riesgo y el de conducta o comportamiento de riesgo, aspecto que

reside en las personas generadoras de riesgo, como la de adolescentes que buscan o generan situaciones de riesgo, a través de comportamientos que aumentan reiteradamente.

Se dice que un evento es **Factor de Riesgo** para determinado problema cuando se ha logrado demostrar asociación estadística y relación de antecendencia entre ambos, sin embargo, no siempre tenemos estudios epidemiológicos adecuados para identificar los factores de riesgo de un problema concreto ante el cual deseamos intervenir.

Estos factores no pueden ser considerados factores causales, en un sentido determinista, del consumo nocivo de drogas, sino como factores potencialmente influyentes, que pueden favorecer dicho consumo.

Los modelos explicativos de los factores de riesgo para el consumo de drogas, tales como el de Salud Pública, de Pandina y col., el de Foster, y el de Edwards, han determinado factores de riesgo a nivel individual, familiar, grupo de pares, social, educativo. Todos los autores mencionados coinciden en señalar que los factores de riesgo a nivel familiar están relacionados con la desorganización familiar, poca relación con la familia, presencia de problemas afectivos en el hogar, ausencia de los padres, etc.

**Hawkins**, señala como factores de riesgo en la familia cuando hay presencia de:

- Problemas en el manejo de la familia
  - Expectativas no claramente definidas en relación a las conductas esperadas.
  - Falta de control
  - Disciplina inconsistente o dura
  - Falta de relaciones fuertes y de cariño
  - Conflictos matrimoniales
- Aprobación del uso del alcohol o de la droga
- Abuso del tabaco, el alcohol o de otras drogas por parte de los padres



- Expectativas bajas en relación al éxito esperado del niño(a)
- Historia de alcoholismo en la familia

Se han realizado estudios donde se han determinado diversos factores de riesgo en la familia:

- El estudio fenomenológico descriptivo de 120 pacientes dependientes principalmente a PBC, realizado por Martín Nizama en Lima en 1991, establece que:
  - El entorno familiar y social son percibidos por los usuarios como facilitadores de su conducta adictiva, por la alienación psicosocial, la decadencia de la escala de valores, la fácil disponibilidad de drogas o la presión amical entre otras.
  - En la etapa experimental, la familia presenta indicadores de alto riesgo: modelos educativos inadecuados, alienación sociocultural, trastornos de la comunicación, inmadurez de las figuras significativas, simbiosis, desafecto; así como fácil disponibilidad de dinero, liberalismo excesivo, ausencia de medidas de control social y de alerta contra el uso de drogas.
  - La habituación o dependencia de drogas lícitas y/o ilícitas, especialmente PBC, en el entorno familiar, se presentó en el 44.2 % de la población.
  - Es común, tanto en los usuarios como en su entorno familiar, la presencia de un amplio espectro de mitos, tabúes, prejuicios, creencias y actitudes erróneas que obstaculizan la comprensión cabal y el enfoque correcto del fenómeno que los afecta.
- En la Encuesta Nacional realizada por Delicia Ferrando (Lima, 1992) sobre «Conocimiento y uso de drogas en los colegios de secundaria», encontramos lo siguiente:
  - Un patrón importante de riesgo es el entorno familiar poco gratificante que no proviene necesariamente de una familia disfuncional.
  - En general, la ausencia física de los padres aumenta el riesgo de iniciarse en el consumo de drogas.

- Los huérfanos de uno de los padres tienen un 60% mayor de riesgo de consumirlas que sus homólogos que tienen a sus padres vivos y que viven con ellos, pero es curioso que en los huérfanos de ambos padres la probabilidad es la misma que en éstos últimos.
- La separación o el divorcio es un factor que aumenta el riesgo en un 36%.
- Asociado con la ausencia de los padres se advierte que cuando el estudiante fue criado en la niñez por otros parientes, el riesgo relativo de consumo es 69% más alto que cuando lo fue por ambos padres. La probabilidad es elevada sobre todo en la prevalencia de cocaína e inhalantes.

En esta misma investigación encontramos también algunas razones que dan los alumnos, para el consumo y no consumo de drogas ilegales, donde podemos notar la gran importancia que le dan al afecto y a la presencia de la familia.

#### **Razones para el consumo de drogas**

Abandono de los padres/falta de cariño	21.4%
Problemas personales/íntimos	18.9%
Evadir la realidad	16.4%
Problemas familiares	12.4%

#### **Razones para el no consumo**

Protección de los padres	25.8%
Conocen las consecuencias	17.2%
Dañino para la salud	16.0%

- En la Comunidad de San Gregorio-Colombia se realizó el estudio «Adolescencia y Toxicomanía» (Colombia 1997), donde se encontraron las siguientes características en las familias de los adictos:
  - Sociedad marital ausente en un número muy alto de casos.
  - Carencia de modelos adultos adecuados de identificación.

- Prevalece la violencia intrafamiliar como forma cotidiana para resolver los conflictos.
  - Incomunicación afectiva entre padres e hijos y no asunción de responsabilidades en forma equitativa y equilibrada entre hermanos.
- En el «Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas», realizada por Posada et al. en Colombia 1994 se concluyó:
- Se comprobó la asociación entre alcoholismo y consumo de SPA y malas o deficientes relaciones familiares.
  - La desintegración de la familia y la mala comunicación entre sus miembros, coexisten y a la vez se potencializan.
  - La figura materna tiene gran relevancia en la familia, dado que por un lado, su ausencia es significativamente menor que la paterna y, además, sus relaciones de apoyo y comunicación para con los hijos es alta, lo que la convierte en un factor de protección para la salud mental.
  - Existe un apoyo débil en la red de apoyo social, iniciándose la presencia de las disfunciones por la célula más importante de la sociedad, la familia, y en donde la ausencia de la figura paterna es muy alta y en donde ocurren dificultades en la comunicación entre sus miembros y deficiencia en el apoyo mutuo.
- La Organización Mundial de la Salud en su reporte No 731, 1986, señala como factores de riesgo para el consumo de drogas: vivir fuera del hogar, alienación de la familia, hogares rotos, control parental relajado, entre otras.
- Hay investigaciones que enfatizan que el uso de drogas por parte de los padres es uno de los factores condicionantes al uso de drogas por los hijos: Handlardz, 1976; Baither, 1978; Stanton, 1980; Johnson y col, 1984; Dawkins, 1986.
- Asimismo, Napier y colaboradores, 1983, a través de un estudio basado en un cuestionario aplicado a 2,060 jóvenes, encontraron

que existía una tendencia a la farmacodependencia cuando había abuso de drogas por parte de los padres.

- Galindo<sup>1</sup>, J., Alfaro, I., Osso, L., Mormontoy, W., Rodríguez, L., 2000, encontraron que existe un perfil de vulnerabilidad predictivo del consumo de drogas en hijos adolescentes, cuyos factores más importantes son:
  - Baja cohesión familiar.
  - Dificultades para tomar decisiones y solucionar sus problemas con la participación democrática de todos sus miembros.
  - Dificultades en la comunicación entre padres e hijos, especialmente entre el padre y el hijo(a) adolescente.
  - Escasas rutinas familiares que contribuyan a un buen nivel de organización familiar.
  - Mínimas fuentes de apoyo en la familia y en el entorno para el adolescente en problemas.
  - Escasa atención al rendimiento académico de los hijos.
  - Bajo nivel ocupacional de los padres y poca importancia al rendimiento laboral por parte de ellos.
  - Bajo nivel de instrucción de los padres.
  - Relaciones percibidas por la familia como inadecuadas a la etapa del ciclo vital en que se encuentra.

### Factor de protección

Siguiendo con los aportes de la epidemiología social, se descubrieron también la existencia de factores, que sirven como escudos para favorecer el desarrollo de los seres humanos, los **factores protectores**. Es decir que las actuales tendencias en prevención, van orientadas hacia la promoción de factores de protección, no quedándose en sólo la identificación de los factores de riesgo, sino que se actúa en la

<sup>1</sup> Galindo J, Alfaro I, Osso L et al. Factores de vulnerabilidad en familias de Lima Metropolitana relacionados a problemas del adolescente con énfasis en el consumo de drogas. Trabajo de investigación realizado por encargo de Coonradrogas Lima, 2000. (Comunicación Personal).



«construcción de resistencias», hacia procesos protectores que incidan en la reducción de conflictos de comportamiento.

Así tenemos que los **Factores de Protección**, son aquellos factores psicológicos o sociales que modifican la acción de un factor de riesgo para desestimular o evitar la aparición de la problemática. O son los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo (David Hawkins, 1985).

Este enfoque propone la existencia de unidades de sociabilización, en la infancia temprana, la familia y la escuela, y posteriormente el grupo de pares, desde las que es posible aprender patrones de comportamiento prosocial o antisocial.

Para el **Area de Prevención** conocer los **Factores de Riesgo** es fundamental, ya que permite el establecimiento de prioridades para la atención del problema de acuerdo a cómo se relacionan, creando los **Factores Protectores** correspondientes.

Cuando los factores de protección consiguen equilibrar o amortiguar los factores de riesgo es más improbable que se dé una situación crítica; por el contrario, cuando son los factores de riesgo los que predominan y los factores de protección no los compensan, es más probable que surjan las conductas problemáticas.

Las diversas estrategias de prevención desde los servicios sociales estarán dirigidos a **reducir los factores de riesgo** y estrés a nivel personal y ambiental y **promocionar los factores de protección**, y las potencialidades del individuo y de la comunidad, reforzando las estrategias y habilidades para afrontar los problemas, incrementar soportes, ayudas y apoyos personales y sociales o mejorar las habilidades y capacidades interpersonales, desde los ámbitos de mayor influencia, cercanía y accesibilidad al individuo: personal, familiar, escolar, grupos de amigos, comunidad, etc.

Tanto en lo personal como en los demás ámbitos, hay una serie de factores o elementos que, en sí mismos, son neutros, pero que pueden

convertirse en factores de protección o factores de riesgo, dependiendo de que se desarrollen de manera equilibrada o desequilibrada o que contribuyan positiva o negativamente a incrementar o evitar el riesgo de un abuso en el consumo de drogas.

Los factores protectores, aplicados en programas preventivos del abuso de drogas, apoyan o favorecen el pleno desarrollo del individuo, orientados hacia estilos de vida saludables (Promoción de la Salud), que determinan normas, valores y patrones de comportamiento contrarios al consumo de drogas, y que a su vez sirven de amortiguadores o moderadores de los factores de riesgo.

Esto le da al abordaje de la problemática del consumo de drogas, una dimensión realmente preventiva y de promoción.

**Vanistendael et. al., 1991**, establecen los siguientes factores de protección personales y sociales:

#### **Factores personales**

##### **Características temperamentales:**

- Mayor C.I. verbal y matemático.
- Mayor tendencia al acercamiento.
- Humor más positivo.
- Ritmicidad biológica estable (control de esfínteres, patrones de sueño y alimentación).

##### **Características cognitivas y afectivas:**

- Mayor empatía.
- Mayor autoestima.
- Mayor incentivación al logro.
- Mayor sentimiento de autosuficiencia.
- Menor tendencia a sentimientos de desesperanza.

- Mayor autonomía e independencia.
- Habilidades de enfrentamiento caracterizadas por orientación hacia la tareas, mayor actividad dirigida a la resolución de problemas, mejor manejo económico, menor tendencia a la evitación de los problemas y menor tendencia al fatalismo en situaciones difíciles.

#### **Factores sociales:**

- Ambiente cálido.
- Existencia de madres o sustitutas apoyadoras.
- Comunicación abierta al interior de la familia.
- Estructura familiar sin disfunciones importantes.
- Padres estimuladores.
- Buenas relaciones con los pares.
- Mayor apoyo social (emocional, material, informativo, entrega de valores).

**Hawkins** establece que la familia protectora es aquella que:

- Desarrolla una relación muy fuerte con el niño(a).
- Valora y alienta la educación.
- Maneja el estrés eficazmente.
- Pasa el tiempo positivamente con los hijos.
- Usa un estilo de tratar a los hijos de una forma cálida y baja en la crítica (en lugar de ser autoritario o permisivo).
- Es protectora y cariñosa.
- Tiene expectativas claras.
- Fomenta las relaciones de apoyo con los adultos afectivos.
- Comparten las responsabilidades de la familia.

La investigación Factores de Riesgo y Protección en el Abuso de Drogas Ilegales en Adolescentes Jóvenes de Lima Metropolitana, realizada por Maritza Rojas en 1999, concluye lo siguiente en relación a la familia:

- Coincidentemente con otros estudios, se ha encontrado que los factores vinculados a la relación familiar juegan un rol decisivo en el comportamiento adictivo. La falta de comprensión y comunicación es un factor de riesgo para el uso de drogas ilegales. En sentido opuesto, el encontrar un medio familiar en el que es dable la comunicación y el intercambio de opiniones aparece como factor de protección al uso de drogas. La muy significativa ausencia de comunicación y comprensión entre aquellos que progresan hacia la adicción, convierte a este componente en elemento esencial a ser trabajado en los programas de prevención.
- Llama la atención el hecho de que, una relación familiar muy deteriorada no parecería ser tan determinante para un futuro involucramiento en el uso de drogas, como lo sería una interacción en la que aún quedan algunos nexos afectivos, pero dentro de un contexto de incomprensión y conflicto.
- Se evidencia que una confianza desarrollada en relación con la madre constituye un factor de protección al uso de drogas ilegales. Se encontró que, sólo entre los adictos, la madre es la persona con la que se ha logrado establecer un mayor lazo de confianza (por tanto comunicación) el mismo que estuvo ausente en todos los adictos, revelándose de esta forma la decisiva importancia que juega una adecuada interacción madre-hijo para la prevención de drogas ilegales.

**Perotto y Valdivieso (1994)**, en su investigación sobre factores de protectores y de riesgo en el consumo de drogas en el componente **Actitud hacia la familia** establece como **factores protectores**:

- La buena relación con los hermanos
- El llevarse bien en casa
- El hecho que los padres vivan juntos y cuiden de los hijos

- La comunicación fácil
- La buena percepción del padre
- Buena integración en el hogar

Estableciendo como **factores de riesgo**:

- El deseo de salir de la casa
- El reconocimiento del fracaso familiar
- El aislamiento y la marginalidad en la casa
- Relaciones tensas en el hogar
- Mala relación con la padre
- Relaciones muy estrechas con la madre tradicional
- Frustración familiar, ambivalencia hacia la familia; No-adquisición de la independencia

Refiriéndose a la cohesión familiar, establecen que cuando la cohesión es buena, se constituye en un buen factor de protección.

Ahora, cada uno de los diferentes factores de riesgo y protección (personal, social, familiar) han sido incluidos, con pesos y maneras diferentes, en los diversos programas preventivos. Habiéndose desarrollado más los factores relacionados con el individuo, grupo de pares y habilidades sociales, sin darle a los factores relacionados con la familia un lugar importante, ámbito que emerge como elemento gravitacional en la iniciación y mantenimiento del consumo de drogas.

## Resiliencia

Actualmente se está hablando con mucha fuerza de otro concepto importantísimo en los programas de prevención, el de Resiliencia. En la base de ella se encontrarían los factores de protección, pero no como variable sola, sino tomando en cuenta sus **mecanismos o procesos protectores**, Rutter 1987. Es decir, más importante que estén presentes en una persona estos factores, es poner atención a cómo operan en la

respuesta de las personas frente a una situación de riesgo, hacia una adaptación, haciendo que éstas incrementen sus **posibilidades** de éxito. Esta interacción puede ser clasificada como mecanismos de acuerdo a los efectos que éstos tienen tanto sobre el individuo como sobre la situación, y pueden ser:

- Los que reducen el impacto del riesgo a través de alterar el significado que éste tiene para el niño o de modificar su participación en la situación de riesgo.
- Los que reducen la probabilidad de reacciones negativas en cadena resultantes de la exposición al riesgo y que sirven para perpetuar los efectos del mismo.
- Los que promueven la autoestima y la eficiencia. De éstos los más significativos parecen ser la presencia de relaciones personales armónicas, seguras y el éxito en la realización de tareas relevantes para el individuo.
- Los que promueven oportunidades.

Por lo que Rutter concluye que la protección no radica en los fenómenos psicológicos del momento, sino en la manera cómo las personas enfrentan los cambios de la vida y lo que hacen respecto a esas circunstancias estresantes o desventajosas. Por lo que es fundamental prestar atención a los mecanismos de los procesos de desarrollo que incrementan la capacidad de las personas para enfrentar eficazmente el estrés y adversidades futuras, y lo que les permite superar las secuelas de riesgos psicosociales pasados.

Según **Gazmery, Masten y Tellegen, 1984**, los factores protectores operan a través de tres mecanismos:

**El Modelo del Desafío:** el estrés es visualizado como un estímulo para actuar con mayor competencia.

**El Modelo Compensatorio:** los factores de estrés y los atributos individuales actúan combinadamente en la predicción de una consecuencia y el estrés potencial puede ser contrapesado por cualidades personales o por alguna fuente de apoyo.

**El Modelo de la Inmunidad:** existe una relación condicional entre los estresores y los factores protectores, en la que éstos últimos modulan el impacto del estresor aún cuando éste ya no esté presente.

Según **Vanistendael (1994)**, la resiliencia tiene dos componentes fundamentales: la resistencia a la destrucción y la capacidad para reconstruir sobre circunstancias o factores adversos.

Así el individuo al estar expuesto a un conjunto de factores de riesgo, tiene la capacidad de utilizar sus factores protectores para remontar la adversidad, crecer y desarrollarse, sana, positiva y adecuadamente, pese a las probabilidades en su contra.

La resiliencia se preocupa de observar aquellas condiciones que posibilitan esto, enlazando los términos de vulnerabilidad, riesgo y protección.

El enfoque de riesgo y resiliencia son complementarios, ya que a la par de promover aspectos protectores y saludables en los niños y adolescentes, también es importante disminuir aspectos que interfieren en lograr un nivel óptimo de sus potencialidades.

Otro importante elemento a tomar en cuenta en la resiliencia, es que, ésta no es exclusivamente inherente sólo a la persona o al ambiente, sino más bien es el resultado de la **interacción** entre la persona y su ambiente, cómo entran en juego ambos dependiendo de factores diversos como la edad, el género, el contexto cultural, etc., (Rutter, 1993).

En ese sentido, **Groterg y colaboradores** opinan que existen características que favorecen el desarrollo de la resiliencia, tales como:

**Ambiente facilitador:** incluye acceso a la salud, educación, bienestar, apoyo emocional, reglas y límites familiares, estabilidad escolar y del hogar, entre otros.

**Fuerza intrapsíquica:** incluye la autonomía, el control de impulsos, el sentirse querido, la empatía.

**Habilidades interpersonales:** incluye el manejo de situaciones, la solución de problemas, la capacidad de planeamiento.

Esta interacción permanente entre el sujeto y su medio ambiente, determina que la resiliencia sea un proceso continuo, y no un estado estable ni absoluto. Nunca se es resiliente de una manera permanente, sino que varía a través del tiempo y las circunstancias por lo que uno está resiliente, por lo que se habla de “estar” resiliente más que “ser” resiliente.

Algunos conceptos de resiliencia nos dan cuenta de éstos diversos elementos considerados en su formación:

- **Groterg (1995):** Capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive, ser transformado por ellas.
- **Vanistendael (1994):** La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción; es decir, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; por otra parte, más allá de la resistencia, es la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a circunstancias difíciles.
- **Rutter (1992):** La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida “sana” en un medio insano. Estos procesos se realizan a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. Así la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen o que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trata de un proceso que caracteriza un complejo sistema social, en un momento determinado del tiempo.
- **Osborn (1996):** Concepto genérico que se refiere a una amplia gama de factores de riesgo y su relación con los resultados de la competencia. Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales y el temperamento, y un tipo de habilidad cognitiva que tienen algunos niños aún cuando sean muy pequeños.

Con relación a los adolescentes con problemas de consumo de drogas, el Dr. Frederick Lösel ha propuesto un conjunto de factores de riesgo y protección en variables individuales, sociales y comunitarias, para tratar de entender el interjuego entre ellas y poder fomentar la resiliencia en los adolescentes.(Tabla 4).

**Tabla 4: Adolescentes y consumo de drogas.**

AMBITO	FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGO
CONDUCTA	Fuerte capacidad de decisión	Resistencia la autoridad
ESPIRITUALIDAD	Fe creciente	Involucrarse en sectas o cultos
FAMILIA	Lazos familiares fuertes	Consumo de drogas en la familia
ESCOLARIDAD	Exito escolar	Fracaso escolar
PARES	Rechazo del uso de drogas	Amigos que usan drogas
CULTURA	Normas grupales positivas	Normas antisociales
ECONOMIA	Empleo estable de los padres	Pobreza crónica

*Fuente: Lösel, F., Bureau International Catholique de l'enfance, 1994.*

Los trabajos en torno a la resiliencia son recientes, por lo que nuestro saber con relación a ella, sus condiciones, procesos y resultados todavía son pocos, habiéndose enfatizado más en las fortalezas y características personales y en sus estrategias de afrontamiento, pensadas muchas veces en términos de innatas o adquiridas por la propia iniciativa y buena fortuna del sujeto.

La familia ha sido citada muchas veces como un importante factor protector para la resiliencia individual, por ejemplo Barnard (1994), cita varios factores familiares relacionados con ella: un buen ajuste entre los padres y el niño, mantenimiento de rituales familiares, confrontación proactiva de los problemas, mínimo conflicto en el hogar durante la infancia, la ausencia de divorcio durante la adolescencia y una relación productiva entre el niño(a) con su madre.

Un grupo de investigadores también encontró correlación entre niños resilientes y familias que poseían calidez, cohesión y estabilidad; al igual que otros encontraron esa correlación con familias que tenían fuertes relaciones entre padres e hijos, marcadas por interacciones positivas, y la presencia de formación, afecto y disciplina consistente.

Igualmente la familia ha sido citada como un importante factor de riesgo, focalizado en cómo los niños han superado circunstancias adversas encontradas en sus familias de origen, para convertirse en adultos productivos. Wolin, basado en su trabajo con niños alcohólicos, desarrolló su Modelo de Desafío. Este sugiere que los niños se protegen de una familia potencialmente dañina, desarrollando al menos una de las siete resiliencias: introspección, independencia, capacidad de interacción, capacidad de iniciativa, sentido del humor, ideología personal y creatividad (Wolin y Wolin, 1993). Este aspecto es tomado menos en cuenta en la resiliencia familiar.

**Werner (1982, 1989), y Garmezy (1993)**, han dado cuenta de ciertos factores que ayudan a promover la resiliencia:

- Características del temperamento, adecuado nivel de actividad, capacidad reflexiva y de respuesta frente a otras personas.
- Capacidad intelectual y la forma cómo ésta es utilizada.
- Naturaleza de la familia, respecto de atributos tales como su cohesión, la ternura y preocupación por el bienestar de los niños.
- Disponibilidad de fuentes de apoyo externo, tales como la escuela, agencias sociales, la iglesia, etc.

En todas estas citaciones, encontramos que hay una influencia de la familia en la resiliencia individual: hay una interrelación entre ambas, que no es excluyente de otras influencias como lo son las relaciones con otras personas y el soporte social. Pero la noción de familia como **unidad** y por ende como fuente y recurso importante de resiliencia, todavía no está muy claro.



## Resiliencia familiar

**McGubbin y MacGubbin (1988)**, definieron la resiliencia familiar como “las características, dimensiones y propiedades de las familias que ayudan a las familias a ser resistentes frente a la desorganización, el cambio y la adaptación que plantean las situaciones de crisis”.

**Silliman (1994)**, la define la como “la capacidad familiar para cultivar fortalezas que posibilitan encarar positivamente los desafíos de la vida”.

Como vemos, el concepto de resiliencia familiar va, más allá del punto de vista contextual de la resiliencia individual, hacia una valoración e intervención del nivel de sistema familiar, focalizado en la resiliencia relacional en la familia como una unidad funcional. La perspectiva de los sistemas familiares nos habilita para entender la influencia mediatizada de los procesos familiares en remontar la crisis o la adversidad prolongada.

Cómo una familia enfrenta y maneja una experiencia disruptiva, cómo amortigua el estrés, se reorganiza efectivamente, y se mueve hacia adelante con la vida, influirá en la adaptación inmediata como a largo plazo, de todos los miembros de la familia y de la unidad familiar.

De esta manera la familia es vista como un desafío y afirma su potencial reparativo, de cara a la adversidad. En ese sentido **McCubbin y Patterson (1983)**, desarrollaron una estructura de crisis familiar donde se incluían los conceptos de vulnerabilidad y poder regenerativo, que involucraba la habilidad para minimizar el impacto disruptivo de una situación estresante, a través de los esfuerzos para influir en las demandas y también desarrollar recursos para enfrentarlos. Posteriormente a este modelo McGubbins y McGubbins (1988,1993) le agregaron dos factores preponderantes en la determinación del nivel de adaptación de la familia a los estresores, que son el sentido de coherencia de los sucesos familiares, y el plan familiar, que describe el compartir en la familia valores, metas, prioridades, expectativas y una visión del mundo.

La resiliencia familiar debe entenderse como un proceso de interacciones múltiples a través del tiempo, que fortalece el vigor o la energía, tanto individual como familiar, dentro de particulares contextos ecológicos y de desarrollo.

1. En el contexto social, valoriza el funcionamiento familiar con relación a las variadas demandas que éste exige, situando a la familia en relación con sus particulares desafíos, restricciones y recursos. Desafíos como la jubilación, el divorcio, segundas nupcias con la misma u otra pareja, pérdida súbita del trabajo, etc. McCubbin y Patterson (1983), también enfatizaron acerca de la importancia de encajar y balancear la adaptación, de la unidad familiar y de los miembros individuales, con el fin de lograr un nivel de funcionamiento que promueva el desarrollo de ambos.
2. En el punto de vista de desarrollo, considera cómo los procesos de resiliencia relacional varían con las diferentes fases de adaptación y el paso del ciclo de la vida. Este paso no es casi nunca una trayectoria tranquila, ya que en cada transición la familia debe calibrarse y reajustarse.

Por ejemplo, Walsh y McGoldrick (1991), al hablar sobre el duelo, cambiaron la atención de aquel, focalizado en el individuo, hacia los procesos de adaptación familiar para recuperarse y ser resiliente.

Al respecto Bowen (1978), manifiesta que, de todas las experiencias humanas, la muerte plantea los más profundos cambios para las familias. Aún aquellos que no son directamente tocados por la pérdida, son afectados por la respuesta familiar, con implicancias para cada miembro y todas las otras relaciones.

Algunos claves para la resiliencia familiar la dan:

**Walsh**, quien ha propuesto que hay que identificar elementos básicos de resiliencia, incluyendo procesos interaccionales tales como la cohesión, flexibilidad, comunicación abierta, habilidades para solucionar problemas, y sistemas de creencia afirmativos o de apoyo.

Otros autores como **Cowen y Hetherington (1991)**; **Falicov (1988)**; **Landau-Stanton (1985)**, enfatizan en prestar atención a los procesos interaccionales en cualquier situación de crisis.

El trabajo de **Reiss y Oliveri (1980)**, apunta hacia que las creencias compartidas, moldean y refuerzan los patrones interaccionales, estableciendo cómo una familia se aproxima y responde a una nueva situación, cobrando mucho significado en las situaciones de crisis, las creencias familiares de control y dominio. Por lo que debería estudiarse y reforzarse los sistemas de creencias en las familias.

Por otra parte **Carter y McGoldrick (1989)**, nos señalan que el cambio del significado de desafío y respuesta de las familias, tiene que ver con las percepciones familiares de situaciones de estrés o transición y el legado de experiencias previas en el sistema multigeneracional.

**Beavers y Hampson (1990)**, indican que la herencia cultural y los valores espirituales proveen significado y propósito, más allá de la unidad familiar.

También es importante para la resiliencia familiar la posibilidad de contar con **recursos comunitarios**, que puedan ser alcanzados y usados por las familias, que las dotaría de seguridad financiera, asistencia práctica, soporte social y un sentido básico de conexión a través de las redes de parientes y amistades, o de grupos religiosos o de otras filiaciones.

Vemos que la resiliencia familiar va más allá de la propuesta de resolución de problemas y reparación de las familias, planteando más bien la prevención de problemas y la preparación de las familias para enfrentarse a futuros desafíos. Por lo que se orienta hacia las familias que funcionan bien, identificando las características que contribuyen a su funcionamiento saludable y que las capacitan para el éxito: esto le da a la resiliencia familiar una orientación generadora de salud.

En el caso de la prevención del abuso de drogas, la resiliencia familiar sería una herramienta muy importante a utilizarse para fortalecer a las familias y a sus miembros para enfrentar la vida y sus desafíos. De

esta manera podrán movilizarse recursos impensados en las familias, fortalecidas a través del mutuo soporte y colaboración de sus integrantes, en situaciones que los pueden llevar a experimentar conflictos intensos y así evitar el abuso de sustancias psicoactivas.

## CONCLUSIONES

1. La adolescencia es una etapa del desarrollo humano, en la cual el adolescente va a cumplir determinadas tareas importantes para su vida adulta. Para la realización exitosa de las mismas, necesita la ayuda de la familia, que a su vez también tiene tareas que cumplir en ese sentido. Estas tareas en los adolescentes van en relación al proceso de individuación y autonomía, al logro de su identidad, al desarrollo y asunción de valores, a la programación de su futuro; y en los padres a dar autonomía a sus hijos y permitirles cercanía con sus pares, a respetar su “yo” y hacerse respetar, a aceptar en algunos momentos comportamientos infantiles en sus hijos, a poner límites y al mismo tiempo a dar presencia y afecto.
2. La adolescencia convoca en la familia una serie de situaciones nuevas y conflictivas, exigiendo de ésta una reestructuración en sus relaciones, que proporcionen al adolescente un medio adecuado para su desarrollo. Esta reestructuración debe incluir un cambio en las reglas, límites y modelos de autoridad y disciplina; en los estilos de vida familiar; y en el tipo de comunicación.
3. A pesar de que los adolescentes señalan factores importantes en la familia que los protegen del consumo de drogas, y de haberse encontrado en la familia de drogodependientes elementos de disfuncionalidad en las mismas, los programas preventivos no han desarrollado mucho esta área de trabajo.
4. Los programas preventivos del consumo de drogas deben incluir a la familia como eje fundamental en la formación de personas saludables y equilibradas, considerando elementos tales como, el modelo de referencia que proporcionan los padres, es decir el



moldeamiento de los comportamientos de consumo; la práctica de estilos educativos que fomenten el apoyo y control, ya que la capacidad de la familia para establecer reglas, límites y jerarquías claras, dentro y fuera de su entorno, marcan sus niveles de adaptación y funcionalidad para encauzar adecuadamente al individuo; el tipo de relaciones familiares y comunicacionales que faciliten la autonomía e integración del individuo a la sociedad; así como el desarrollo de habilidades sociales dentro del contexto familiar.

5. Hay necesidad de un mayor estudio de la familia peruana, que nos de más elementos de intervención en los programas preventivos dirigidos a la misma, sobre todo en lo referente a su organización y funcionamiento.
6. Actuar sobre los factores de riesgo y protección en las familias es importante en los programas de prevención del consumo de drogas, ya que los factores de protección le dan al abordaje de esta problemática, una dimensión realmente preventiva y de promoción, ampliando su acción, al actuar no sólo desde los factores de riesgo, tratando de compensar y corregir éstos, sino también promoviendo y reforzando elementos, que promueven el desarrollo individual y social.
7. La resiliencia familiar es un constructo relativamente nuevo, por lo que todavía se necesita definir más cómo operacionalizarla, pero el estudio de cómo las familias operan y mantienen la resiliencia se constituye en un excelente potencial para mejorar los esfuerzos en prevención primaria, ya que justamente plantea la prevención de problemas y la preparación de las familias para enfrentarse a futuros desafíos, evitando su disfuncionalidad.
8. Aunque queda clara la interrelación de la familia con la resiliencia individual y el soporte social, hay pocos trabajos que dan cuenta de los procesos que ocurren en la familia y que favorecen la resiliencia, por lo que es necesario que se realicen más estudios, sobre todo en el ámbito nacional.
9. Los programas de prevención del consumo de drogas se

enriquecen si toman en cuenta los diferentes enfoques de riesgo, protección y resiliencia, ya que cada uno de ellos aporta elementos diferentes y a la vez complementarios los cuales van a cumplir el objetivo común: fortalecer a la familia.

## REFERENCIAS

- Benites, L.** Tipos de Familia, Habilidades Sociales y Autoestima en un grupo de adolescentes en situación riesgo. "Adolescencia ¿Divino Tesoro?". Psicología Actual, Año VII (16 –17) Lima, 1999.
- Cañavera, M.** Diada Marital Disfuncional y Farmacodependencia a la Pasta Básica de Cocaína. Tesis para Bachiller en Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú. 1988.
- Epstein NH., Bishop D, Baldwin L.** Modelo Mc Master del Funcionamiento Familiar. Un punto de vista de la familia normal. New York: Froma Walsh. 1982.
- Fishman HC.** Tratamiento de adolescentes con problemas. Buenos Aires: Editorial Paidós. 1989.
- Girón de Gómez, Natera, de Peñaloza, Jaime.** Mapa de Riesgos y Recursos. Barranquilla: Programa de Prevención Integral. 1995.
- Grotberg E.** Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano. La Haya: Fundación Bernard van Leer. 1996.
- Dale, RH, DeHaan, L.** Toward a Definition of Family Resilience: Integrating Life-Span and Family Perspectives. Family Process 35 (3): 283-298, 1996.
- Hoffman, L.** Fundamentos de la Terapia Familiar. México: Fondo de Cultura Económica 1987.
- Krauskopf, Dina.** Adolescencia y Educación. San José: Editorial Universidad Estatal a Distancia (EUED). 1995.
- Korman, M.** Clinical Evaluation of Psychological Factors. NIDA Research Monograph Series, Maryland, 1977.
- Maddaleno, H.** Riesgo en Adolescentes Presentado en el curso de multiplicadores en salud integral de adolescentes. Santiago: OPS/ Kellogg. Enero 1994.

- Nizama Valladolid, M.** Estudio fenomenológico descriptivo de 120 pacientes dependientes principalmente a PBC. Tesis para optar el grado de doctor en Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, 1991.
- Mendoza, Fa.** El Mundo Familiar de los Jóvenes en el Perú de Hoy. Lima: Cedro. 1993.
- Minuchin, S.** Familias y Terapia Familiar. Madrid: Gedisa. 1995.
- Minuchin, S.; Fishman, HC.** Técnicas de Terapia Familiar. Madrid: Ediciones Paidós. 1984.
- Munist, M.; Santos, H.; Kotliarenco, MA.; et al.** Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Washington: OPS/OMS - Fundación Kellogg - ASDI. 1998.
- Ministerio del Interior.** Plan Nacional sobre Drogas. Prevención de las Drogodependencias Madrid: Ministerio del Interior. 1997.
- Ministerio del Interior.** Plan Nacional sobre Drogas. La Prevención de las Drogodependencias en la familia. Madrid: Ministerio del Interior. 1997.
- Perotto, P.** Baldivieso L. El riesgo de ser joven. La paz: CESE. 1994
- Rojas, MA.** Factores de Riesgo y Protección en el Abuso de Drogas Ilegales en Adolescentes Jóvenes de Lima Metropolitana. Lima: Cedro. 1999.
- Satir, V.** Para encontrar la armonía familiar. París: Ediciones Universitarias. 1980.
- Schroeder RS.** El mundo de las drogas. México: Editores Asociados Mexicanos (EDAMEX). 1990.
- Stanton, T., Todd y cols.** Terapia Familiar del Abuso y Adicción a las drogas. Buenos Aires: Gedisa,.1988.
- Stefano, Berrini, Cambiaso, Mazza.** La familia del toxicodependiente. Barcelona: Paidós. 1999.
- Steinglass, P.; Bennett, LA.; Wolin, SJ. y Reiss, D.** La Familia Alcohólica. Barcelona: Gedisa. 1993.
- Walsh, F.** Family Resilience: A Concept and its Application The Concept of Family Resilience: Crisis and Challenge. Family Process 35(3): 261-281, 1996.

## Capítulo 6

Prostitución Adolescente, consumo  
y Microcomercialización de drogas

**Jorge Arnao Marciani**

## PROSTITUCION ADOLESCENTE, CONSUMO Y MICROCOMERCIALIZACION DE DROGAS

*Jorge Arnao Marciani*<sup>1</sup>

### RESUMEN

*Se analizan las interacciones entre prostitución adolescente y consumo de drogas. El trabajo incluye una reseña sobre la prostitución a través de la historia, plantea definiciones al respecto y brinda alcances sobre el panorama latinoamericano de la prostitución adolescente. Asimismo, se describen las formas y características en que se presenta la prostitución adolescente en el Perú y se detallan los principales factores que contribuyen a la expansión del problema.*

*También se aborda la relación entre la Internet y la pornografía de menores; los mitos y realidades de la prostitución adolescente, incluyendo datos sobre la presencia (y por tanto interés) que el tema ha generado en los medios de comunicación en el Perú en el período comprendido entre septiembre 2000 y agosto 2001. Finalmente se desarrolla el análisis acerca de la relación entre las drogas y la prostitución adolescente.*

**Palabras Clave:** Prostitución, Adolescente, Drogas, Pornografía, Internet

---

<sup>1</sup> Área de Comunicaciones, CEDRO

## RESEÑA DE LA PROSTITUCIÓN A TRAVÉS DE LA HISTORIA.

El origen de la prostitución es muy antiguo. Es difícil precisar una fecha exacta del origen de la misma, sin embargo hay indicios que demuestran su existencia desde hace más de 30 siglos antes de la era cristiana.

En la cultura Babilónica, existió lo que María Isabel Brito denominó prostitución sagrada, alrededor del tercer milenio a.C. como una de las formas de culto a Ishtar, la diosa de la cultura Sumeria que se convierte en la diosa de la belleza y la sensualidad Babilónica, a la que agradaban los actos de amor carnal. Para asegurar su veneración se consagraban vírgenes al servicio del templo de Ishtar, dedicándolas a la prostitución selectiva y puntual, las sacerdotisas que se dedicaban al servicio del templo, es decir a efectuar los actos de fornicación con todo aquel que ha pagado el precio del rito en la caja del templo, tenían horarios fijos de culto, no aceptaban desviaciones del acto el cual era sencillo y directo.

El primer escritor que escribe sobre la prostitución fue Herodoto en el siglo V a.C., en sus “Historias” cuando describe el centro religioso de la gran ciudad de Babilonia, ya venida a menos y anota este tipo de costumbres poco usuales para un griego.

La Biblia habla de las “abominaciones caananitas” en términos de prácticas sexuales ofensivas porque eran efectuadas en honor de dioses locales. No menciona las prácticas sagradas en Babilonia, hasta el explícito episodio de María Magdalena la prostituta que mencionan los evangelios.

Incluso tradiciones tan populares como la fundación de Roma, por los jóvenes Rómulo y Remo, son asociadas a la prostitución: «en la era pre-romana. Tito Livio nos señala que la leyenda de Rómulo y Remo - fundadores de Roma- tiene como personaje fundamental a Laurencia, en aquellos remotos tiempos se daba a las prostitutas el nombre de “lobas». Ella habría servido de nodriza a estos pequeños salvándolos de la muerte y sobre todo, posibilitando el designio de los dioses en lo que respecta a la formación del gran poder político que fue Roma.

Más cercano a nosotros, en el antiguo Perú. Es relativamente poco lo que se sabe del verdadero papel de las vírgenes del sol, ¿estaban consagradas a servir fiel y devotamente al astro sol, su dios, o a satisfacer también ciertas necesidades de los Incas?. Se sabe que el Inca llegaba a tener a 1,500 vírgenes del sol a su disposición, principalmente a cargo de hilarle y tejerle ropa, hacer el pan sagrado y preparar bebidas para la casa real. El Inca disponía de ellas un poco a su antojo, ya sea para convertirlas en su mujer ocasional o permanente, pero había casos que eran “cedidas “ como esposas secundarias a amigos suyos en forma de pago por algún favor hecho.

A medida que la civilización ha difundido luz sobre los pueblos, se ha podido observar que la prostitución ha sufrido permanentemente adaptaciones dependiendo de las que cada entorno le exija.

Así, la prostitución ocupó una función de apoyo para el mantenimiento del orden social. Esta función social se visualiza en estudios como *La Prostitución en el Medievo*, de Jacques Rossiaud (1995). En esta obra queda en claro que tanto la prostituta y el espacio que la contiene, el burdel, cumplen en el siglo XV el papel de ser instrumentos de placer, especialmente para los hombres jóvenes. Se puede entonces, mantener «la seguridad colectiva» y proteger el «honor de las mujeres de estado».

Una sociedad basada en una estructura patriarcal, posee ciertos aspectos que denotan su forma de entender la masculinidad. Uno de ellos es la manifestación de una sexualidad pública. Esta comienza con ciertos ritos de iniciación desde temprana edad. Tal es el caso del padre o familiar (varón) cercano que llevaba al adolescente a «hacerse hombre». Esta muestra de «hombria» se realizaba hasta las primeras décadas del siglo XX, con una prostituta en un burdel. Es posible encontrar estos ritos aún, afortunadamente cada vez menos frecuentes, posiblemente con mayor incidencia en provincias.

El burdel fue conformando una sociedad jerarquizada y estratificada. Se categorizan sobre la base del origen racial, geográfico y belleza de la prostituta. Las mujeres de ascendencia europea tenían una situación de privilegio respecto a las mestizas y/o de origen indígena. Conforme a

esto, los varones que frecuentaban los burdeles también se distribuían dentro de los distintos componentes de la escala social. Así el burdel demostraba la discriminación tanto de género, raza, como de clase.

Paulatinamente, el prostíbulo fue perdiendo su centralidad dentro de los espacios de sociabilidad. La presencia visible de las prostitutas de burdeles de primera categoría que se paseaban durante el día con sus clientes por concurridos lugares públicos, fue cediendo lugar a una marginalidad de los prostibulos. Se fue instaurando una cultura periférica del espacio del burdel.

Paralelamente a los lujosos «palacios del placer» había casas de citas de tercera clase, cuyas «comodidades» se limitaban a algunas mantas gastadas que separaban la habitación única - para dar la idea de privacidad -, con pisos de tierra que servían de cama para el comercio sexual. No podemos decir que la existencia de estos prostibulos indicara la marginalidad de la prostitución, sino más bien nos indica la estratificación socioeconómica de los mismos.

Es interesante anotar que aún ahora todas estas características se mantienen en nuestro medio, donde se combinan los burdeles tugurizados con los llamados “night club” o “grill”, donde las diferencias tanto costos como en las instalaciones y las prostitutas que ahí se encuentran son notorias. Pero donde menores de edad continúan siendo las sexo servidoras más cotizadas por la clientela en ambos lugares.

El surgimiento de métodos anticonceptivos cada vez más masivos ha liberado a la mujer del riesgo de embarazos no deseados; asimismo, el mayor acceso a los mercados laborales ha permitido a la mujer una mayor independencia y autonomía. Lo cierto es que hoy, la edad de las primeras relaciones sexuales es más temprana. Esto permite que los varones puedan iniciarse sexualmente con sus parejas en vez de recurrir a las prostitutas. El sexo vuelve al plano de lo privado - la pareja - y no es ya expresión pública de virilidad - el burdel o la prostituta contratada por la familia. La prostitución continúa siendo cotizada ya no para iniciar al varón en su sexualidad, pero si por los ya iniciados, además con la variante que ahora no sólo es cotizada por los hombres (hetero u

homosexuales) sino también por las mujeres, otorgándole a la prostitución un escenario que nunca conoció nuestro país.

## DEFINICIONES IMPORTANTES

Los orígenes de los términos que se suelen emplear en la actualidad, pueden precisarse de la siguiente manera:

**Prostitución:** del latín prostitutionis, que indica la acción de prostituir o prostituirse. Prostituirse quiere decir ofrecer el cuerpo para fines sexuales, a cambio de dinero u otros bienes o servicios.

**Put:** probablemente del latín putus, puta significa niño, niña. El nombre de niña ha sido tradicionalmente dado a las prostitutas por sus clientes.

**Proxena:** del verbo griego proxeno que significa yo protejo, yo medio.

La prostitución adolescente podría definirse como la prestación de servicios sexuales a cambio de dinero u otra compensación entre el o la adolescente y el cliente. Aunque se conoce más la figura de sexo servidoras con clientes hombres, también existe la prostitución masculina (que venden sus servicios a mujeres o a otros hombres) y prostitutas que venden sus servicios a otras mujeres.

La prostitución masculina adolescente no ha sido prácticamente investigada pero su presencia se ha tornado cada vez más importante no sólo por la mayor tolerancia a la homosexualidad, sino también porque pone en evidencia un cambio en la actitud de la mujer que recurre a estos hombres ya sea porque están solas, bien porque se sienten insatisfechas en sus relaciones, o simplemente quieren hacer uso de ese derecho.

Como se ha señalado gran parte de las definiciones sobre la prostitución, acentúan los aspectos relacionados al deterioro social, moral,

psicológico y el carácter ilegal en el que enmarca la prostitución. El acto de la prostitución conforma un espacio donde los valores públicos y privados se encuentran sin aparente conflicto, se le considera “un mal necesario” y una manera de disminuir en cierto grado la tensión social, que cundiría de no existir. Por ello, termina siendo tolerada aún por parte de aquellos que se suponen deberían reprimirlas, se convierte en un mercado más, en el cual quienes realizan la transacción lo hacen libremente y sin coacción (Frez de Negri 1992). No obstante como sucede en todo mercado imperfecto se trata de una libertad limitada y condicionada.

Gran parte del material bibliográfico consultado se refiere a la prostitución adulta femenina, especialmente de baja categoría, lo cual nos indica la visión sesgada que existe sobre la prostitución de nuestro siglo y en especial la de adolescentes.

## **PANORAMA LATINOAMERICANO DE LA PROSTITUCION ADOLESCENTE**

En julio de 1997, la UNICEF calculó que en el mundo hay unos 100 millones de menores que viven en las calles, 40 millones de éstos en Latinoamérica, a su vez 1 millón de éstos están envueltos en el submundo de la prostitución, expresa el diagnóstico de la UNICEF. La End Child Prostitution in Asia Tourism (ECPAT) estima que la prostitución es una industria que moviliza cinco mil millones de dólares anuales en todo el mundo.

Diversos estudios de la UNICEF han revelado en Centroamérica ciertos puntos clave donde se realiza la venta de servicios sexuales de menores, tal es el caso de la zona fronteriza entre México y Guatemala. Esto se debe a la gran cantidad de niños y adolescentes centroamericanos que intentan o viajan ilegalmente y son víctimas fáciles de adultos que los inducen a prostituirse.

Por otro lado, el diario la tercera de Chile, en su edición de junio del 2000, hace referencia a cifras entregadas por el propio presidente de

Chile, al ratificar la convención 182 de organización Internacional del Trabajo, que prohíbe las peores formas de trabajo infantil, entre ellas se cuenta la prostitución de menores. El mandatario chileno informó que según estimaciones realizadas por distintos organismos éstas señalan que cerca de 10,000 niños y adolescentes practican la prostitución en ese país.

Generalmente los explotadores sexuales eligen a un menor que tenga una necesidad evidente de trabajar para sobrevivir, pensar que este “delito” esté a cargo de unos cuantos individuos es un error, pues existen verdaderas mafias que trafican con menores, casi siempre en los sectores menos favorecidos y rurales de los países. Así, un menor que ha caído en esta red nunca, o casi nunca puede salir de ella. Es amenazado, golpeado y torturado si intenta escapar, de hecho se ha sabido de muertes de niños y adolescentes por esta causa.

En América Latina, son muy pocas las fuentes de organismos del estado, brindan cifras o análisis puntuales sobre esta problemática. Todo esto no hacen otra cosa que reafirmar que la prostitución infantil y adolescente, ya es un problema de orden mundial, y que si bien en el Perú, no ha tomado las dimensiones que involucran tráfico de menores, es sabido que ésta está directamente asociada al turismo internacional, actividad a la que el país ha promovido en los últimos años.

Es necesario reiterar que la problemática de la prostitución en adolescentes de ambos sexos, es un tema muy poco explorado también en el Perú. Esto se refleja en la escasa información tanto teórica como de investigaciones que sobre la misma se encuentra disponible. Por ello, estas aproximaciones y reflexiones tienen un carácter más basado en análisis que en hipótesis comprobadas. Lo que sí es claro es que hay una necesidad urgente de desarrollar y abordar este problema social que cada día se está incrementando en nuestro país.

## **FORMAS EN QUE SE PRESENTA LA PROSTITUCION ADOLESCENTE EN EL PERU**

La prostitución de menores se da en un contexto de transacción



comercial de los niños o adolescentes para realizar actos sexuales a cambio de dinero u otra contraprestación entre el niño o niña, el cliente, el intermediario y otros que lucren con la trata de menores para esos fines.

La organización Panamericana de la Salud (OPS) señala como adolescencia el período comprendido entre los 10 y 19 años, rangos de edad que incluyen tradicionalmente a lo que muchos llamarían niños, por ello nos ceñiremos a este rango para efectos de orden explicativo y denominaremos prostitución adolescente a las que comprenden el rango de 10 a 19 años.

Cualquier referencia a un menor de 10 años, estaría incluida en la llamada pedofilia; desviación sexual caracterizada por sentir atracción sexual o practicar sexo con menores de edad que todavía no han presentado características sexuales secundarias, y que no es materia del presente documento, pero no por ello es menos aterrador e indignante.

Las formas de explotación sexual a adolescentes podemos agruparlas de la siguiente manera:

- Prostitución adolescente: la acción de contratar u ofrecer los servicios de un adolescente para realizar actos sexuales a cambio de dinero u otra contraprestación con esa misma persona u otra.
- Tráfico o venta de menores: entendida como la transferencia o traslado de un menor de una parte a otra, con cualquier propósito a cambio de una compensación financiera. Incluye por supuesto, la trata y la venta de menores con fines sexuales dentro de un mismo país o entre países
- Pornografía adolescente: la representación visual de un menor en un acto sexual explícito, real o simulado, o en exhibición obscena de los órganos genitales, para el placer del usuario. La pornografía de menores (sea a través de fotos o videos) ha encontrado en las vías del ciberespacio un refugio ideal al amparo de la impunidad y el anonimato que el Internet y las cabinas privadas brindan.

Por otro lado, un estudio realizado por Radda Barnen y Acción por los niños reveló que en cinco departamentos del Perú (Lima, Cusco, Tarapoto, Piura y Huancayo) se hace más visible que el ejercicio de la prostitución adolescente, la cual se da principalmente en mujeres de manera heterosexual y en varones de manera homosexual. El estudio incluso llega a señalar las rutas que siguen los menores en el camino de la prostitución: los procedentes de ciudades de la selva como Yurimaguas, Pucallpa, Iquitos y Huánuco son trasladadas a los boulevares de El Retablo de Comas y de San Juan de Lurigancho. Mientras que de ciudades como Puno, Cajamarca, Huaral y Chimbote son conducidas a diversos prostíbulos de Lima o a las calles del centro de Lima.

En Lima, en los distritos que se conoce hay el mayor porcentaje de adolescentes que se prostituyen son: San Juan de Miraflores, Comas, el parque municipal de Barranco, la plaza Manco Cápac, los alrededores del Centro Comercial Higuiereta, Lima Cercado, Miraflores, Lince, San Isidro y San Miguel.

## **PRINCIPALES FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA PROSTITUCION ADOLESCENTE**

Explicar por qué un o una adolescente decide ingresar voluntariamente al mercado de la prostitución, es una tarea muy compleja, en primer lugar porque cualquier análisis tendría mayor consistencia solo en determinado contexto, intentaremos agrupar los principales factores explicativos que desde diferentes perspectivas se brindan al problema.

### **Perspectiva Psicoanalítica**

Desde el punto de vista psicoanalítico, se han vertido algunas afirmaciones polémicas pero no por ellos menos interesantes, destacan entre ellas:

- \* La prostitución se convertiría en una huida de tendencias homosexuales reprimidas, frente a las cuales y mediante la

desesperada promiscuidad se buscaría reafirmar su heterosexualidad.

- \* Una rivalidad con el mismo sexo, en la cual la mujer busca sentirse más deseada que el común de mujeres que existe en su entorno.
- \* Forma de expresar la agresividad y el inconformismo con los valores y pautas de comportamiento de la sociedad en que viven.
- \* Es posible que un número muy reducido de mujeres la razón para prostituirse sea la gran excitabilidad sexual que esta actividad les produce, éste es un punto muy polémico pero no debemos dejar de mencionarlo porque hay testimonios registrados donde ésta razón aparece, aunque el porcentaje es exiguo.

## Teoría del Aprendizaje

Según esta teoría se podría afirmar que la prostitución es una de las formas más de las tantas violentas previas a las que ha estado sometida la persona. La prostitución no contraviene los “aprendizajes” que deja una vida habituada al maltrato, estos aprendizajes se convierten en huellas de las experiencias previas, el ingreso a la prostitución no es más que un nuevo círculo con una dinámica similar. Esta sería la repetición de las formas de seguir abusándoles, explotándoles y violándoles física y emocionalmente. La historia así, se repite y se plasma en nuevas pérdidas, en nuevas formas de renuncias y en más dolor acumulado.

El trabajo individual, entonces deberá pasar por la resignificación del dolor, por asumirse como sobreviviente y no como culpable; por llegar a definirse no por su pasado, sino por el descubrir de sus capacidades y brindarle la posibilidad de otear una nueva proyección en su futuro.

Pero cuáles son estos aprendizajes que suelen encontrarse en los adolescentes que se prostituyen, entre los que podemos señalar se encuentran:

- Que la intimidad está directamente asociada a la violencia, sea como participante o como observador.
- Que el adormecer y ocultar los sentimientos permite huir emocionalmente del dolor.
- Que el cuerpo tiene valor como objeto negociable, y por ende sujeto a transacciones que pueden brindar ganancias mayores a las obtenidas por otras fuentes lícitas.
- Que es mejor sentir culpa y vergüenza, porque es menos doloroso que tener que aceptar el haber sido lastimado por alguien en quien quería confiar y de quien se debería esperar protección y afecto.

## Perspectiva Social

Las causas del aumento de la prostitución adolescente estarían ligadas a la pobreza, es evidente que los menores que la ejercen pertenecen a los grupos menos favorecidos económicamente del país. Por ello, la estrechez de dinero se constituye probablemente en el factor más significativo y explicativo del aumento de esta actividad. La venta del sexo, se ha convertido en la manera de obtener efectivo de forma rápida, y que, no demanda mayores requisitos, que sólo disponer del propio cuerpo, así ésta práctica está tristemente al alcance de los(las) adolescentes.

Como hemos visto anteriormente, el acceso irrestricto y con mucha facilidad a la pornografía a la población en general, incluidos los niños y adolescentes generan distorsiones en la manera de concebir una “sexualidad sana”, centrándola en el cuerpo como objeto de placer, el cual por lo tanto puede... “comprarse o venderse”.

A este panorama, se suma el hecho que convivimos en una sociedad donde cada vez priman más los valores individuales y consumistas, los que refuerzan un comportamiento de libre albedrío en las personas, quedando rezagados valores como la solidaridad o la cooperación.

El crecimiento demográfico y la migración urbana, son otros factores que también debemos considerar, la prostitución adolescente se encuentra más expandida en ciudades pobladas como regla general. El prostituirse lejos de las miradas acusadoras de amigos y familiares, facilita su ejercicio. Ergo, no es de extrañar, que este problema esté en aumento en las principales ciudades del Perú.

La erosión de la estructura familiar, la cual es evidente en nuestro país y en general en Las Américas, perturba uno de los espacios que solían caracterizarse por brindar estabilidad económica y soporte emocional a los y las adolescentes. Tanto el abandono físico como el emocional resultan determinantes al analizar los casos de un (a) adolescente que se prostituye.

La violencia social y familiar, por la cual los niños y adolescentes maltratados se convierten a su vez en “maltratadores”, convierten a la violencia en una manera de interpretar la vida cotidiana, ésta al ser asimilada como estilo de vida, es por sí misma imitable como mecanismo de supervivencia. El mensaje que asimilan los adolescentes es que se debe sobrevivir no importando cómo se logre, sino conseguirlo.

Limitaciones en las políticas de estado, traducidas en la escasa asignación de recursos a la población adolescente en el Perú, han permitido configurar un panorama social donde los y las adolescentes tradicionalmente se han sentido excluidos al no encontrar espacios que ellos y ellas puedan sentir suyos y desde los cuales puedan canalizar sus intereses y necesidades. Al parecer los temas vinculados a la adolescencia empiezan a ponerse en agendas tanto de instituciones privadas como públicas. Pero son tantos los problemas vinculados a la adolescencia que requieren abordarse, que solo trabajando de forma integral e interinstitucional podrán tenerse mejores resultados.

La doble moral con que la sociedad enfoca el tema de la prostitución. En la que por un lado permite, tolera y hasta fomenta (líneas calientes y avisos en diarios) la prostitución de personas adultas, no es la misma actitud que asume frente a la prostitución adolescente la cual si la sanciona y

cuestiona sin miramientos. El mensaje que trasluce esta doble moral podría traducirse en: “no debes ni puedes prostituirte hasta que cumplas los dieciocho años, así te ahorras y nos ahorras problemas a todos”.

Otro problema de doble moral se refiere a la negación del ejercicio sexual en los y las adolescentes, a pesar que numerosos estudios señalan que la edad de inicio sexual en el Perú ocurre casi siempre antes de cumplir la mayoría de edad. Este ejercicio es negado sistemáticamente por diferentes instituciones e instancias de la sociedad, soslayando e intentando cubrir una realidad que nos grita lo contrario. Por ejemplo, a pesar la dimensión que ha cobrado la problemática del embarazo adolescente, a los servicios de salud públicos, no se les permite brindar información sobre métodos anticonceptivos a adolescentes sin mediar la presencia o autorización de sus padres.

## **CARACTERISTICAS DE LA PROSTITUCION ADOLESCENTE EN EL PERU**

En los últimos años, el Perú ha atravesado una de las más agudas crisis económicas de los últimos tiempos, la pobreza y recesión golpea todos los sectores sociales, y los adolescentes no están fuera de esta situación que se convierte en un factor de riesgo frente a la prostitución.

Un porcentaje no determinado se ven obligados a trabajar y en el mejor de los casos, a combinar estudio con un empleo de medio tiempo para ayudar a la economía del hogar. Así, uno de los escenarios que más ha cambiado es el de la prostitución; actualmente no son únicamente las “trabajadoras sexuales” las que ocupan las calles para sobrevivir, nuevas características que involucran adolescentes, escolares y estudiantes en general están cobrando fuerza en ciudades como Lima, Trujillo, Tarapoto, Pucallpa, entre otras ciudades. No hay datos reales de la dimensión que este problema está ocupando en el Perú.

Cada vez más adolescentes que se prostituyen entre los 13 y 17 años; las esquinas de las principales ciudades se convierten en vitrinas humanas. Este tipo de prostitución se realiza a cambio de una compensación económica, pero hay reportes de otras menores que

cambian sexo por objetos personales como ropa u accesorios, esta modalidad está más diseminada entre las menores que ofrecen sus servicios a otros menores con escasa disponibilidad de dinero en efectivo.

En el caso de los varones las cosas no están bien definidas, existen menores que venden su cuerpo en clubes, discotecas u otras formas más camufladas de prostitución, si bien todavía son pequeños en comparación de las mujeres, es un fenómeno que también tiende a incrementarse. La prostitución masculina puede ser heterosexual u homosexual, ésta última es posiblemente la que predomina en la actualidad.

Intentando hacer un esfuerzo de síntesis planteamos un perfil (sujeto a confirmación a través de estudios de campo) de la prostitución adolescente y su relación con las drogas:

- \* Los y las adolescentes provienen de hogares donde ha existido maltrato previo, con posibles episodios de abuso sexual y en algunos casos abuso de drogas.
- \* Trabajan en lugares expresamente dedicados al comercio sexual, pero hay que destacar que cada vez más hay sitios encubiertos, calles y zonas de diversos distritos de las ciudades mayores.
- \* Pueden cambiar fácilmente su lugar de trabajo, debido a la característica ilegal de la actividad.
- \* Un porcentaje sin determinar de ellos trabaja enlazados con explotadores, como otro lo hace de forma individual y sin ninguna conexión con organización alguna. Estos(as) últimos son probablemente las que aún viven con su familia y que en muchos casos la misma desconoce por completo la actividad a la que se dedican.
- \* La prostitución adolescente femenina en su mayoría brinda servicios heterosexuales, mientras que en el caso de la masculina ésta se da con mayor frecuencia tanto a mujeres como a otros hombres.
- \* Proviene en su mayoría de estratos socioeconómicos bajos o muy bajos.

- \* Sus clientes a diferencia de la prostitución adolescente de otros países son peruanos(as). Ya hemos mencionado que el incremento del turismo podría modificar este panorama radicalmente.
- \* La droga está o ha estado presente, ya sea en su familia, en sus amigos(as) con quienes la consumían o en sus clientes que la consumen.
- \* En el caso de las mujeres, conviven en la calle o en su propia casa con “cafichos” que generalmente no trabajan y asumen una condición de “parásito” que vive de ellas y por tanto se convierten en sostenedores de la conducta para mantener su situación.

## INTERNET Y LA PORNOGRAFIA ADOLESCENTE

La visualización de pornografía de menores se está extendiendo de manera alarmante. Adolescentes (con los que nos entrevistamos con motivo de una investigación cualitativa, cuya temática estuvo ligada a la sexualidad más que a la prostitución.) nos informaron que es a través de los chats, donde ellos(as) intercambian información sobre sexo. La observación y análisis de los mencionados chats confirman estos datos. Hay chats muy populares (latinmail, hotmail, yahoo, mirc32, entre otros) donde se detectaron páginas web dedicadas a la pedofilia y pornografía adolescente hetero y homosexual.

En estos chats los usuarios intercambian información pornográfica a través del envío de direcciones de sitios o páginas web que los participantes van insertando, éstas los llevan a las webs pornográficas. Estas páginas no tienen ninguna restricción de acceso salvo una pequeña advertencia que dice: ..”este espacio sólo puede ser visitado por adultos mayores de 18 años, si no lo eres haz clic en el recuadro de salir, de lo contrario haz clic en el recuadro de entrar. Obviamente este absurdo mecanismo de precaución, sólo incentiva más a que los eventuales “chateadores” decidan ingresar a la dirección en cuestión.

**Tabla 1**  
**Notas Periodísticas sobre Prostitución Adolescente (Lima, Setiembre 2000 - Agosto 2001) en Televisión y Prensa Escrita.**

Periodo de revisión	Canales de señal abierta	Número de notas	Prensa escrita (LIMA)	Número de notas
Setiembre del 2000 al agosto de 2001	Canal 2 (A)		El Comercio.	3
	Contrapunto (A)	1		
	Diálogo (A)	3		
	90 segundos (A)	1		
	Ayer y Hoy (A)	1		
Setiembre del 2000 al agosto de 2001	Canal 4 (hora 20) (A)	2	Ojo.	1
Setiembre del 2000 al agosto de 2001	Canal 5 (24 horas) (A)	1	Gestión.	1
Setiembre del 2000 al agosto de 2001	Canal A (noticiero) (A)	1	Expreso.	1
Setiembre del 2000 al agosto de 2001	Canal N (noticiero) (B)	1		
Total		11	Total	6

**A = Señal Abierta**  
**B = Señal Cerrada**

Este análisis (muy difícil por cierto), arroja algunos resultados sorprendentes:

- Existen al menos 10 páginas web peruanas dedicadas a la pornografía peruana y promoción de la prostitución. Si bien todos los locales niegan que los servicios los proporcionen menores de edad, al mismo tiempo señalan que a los “buenos clientes o caseritos” se les puede satisfacer los gustos “más especiales”, con lo cual se abre el camino para la prostitución adolescente.
- Los chats no sólo son espacios de conversación anónima y muchas veces impersonal, sino que también son espacios que fomentan y propician los de contactos sexuales íntimos (los cuales no son materia de discusión de este artículo) y de ofrecimientos de prostitución hetero y homosexual. Pudimos detectar en sólo tres días de observación más de 15 avisos de universitarios entre ellos adolescentes (entre 17 y 24 años) que ofrecían sus servicios tanto a mujeres como a hombres, para poder cubrir los gastos de la universidad y de los estudios en general.
- El ofrecimiento y la posibilidad de mantener relaciones sexuales (hetero y homosexual) por Internet a través de las cámaras webcam y en cabinas privadas, es otra forma de las modalidades detectadas, incluso hay canales de los chats específicos que lo promocionan.
- El abundante material pornográfico proviene del extranjero. Sin embargo también se detectó en tres ocasiones a personas que expresaban su interés de conformar un grupo de hombres que tengan en común el gusto por tener sexo con adolescentes, incluso sugirieron a las adolescentes que se prostituyen del centro de Lima, como posible “muestra”. No es de extrañar que dentro de poco tiempo circulen por Internet fotos o videos de adolescentes peruanas. Lamentablemente a medida que bajen los precios de las cámaras digitales más aumentará la posibilidad de pornografía peruana. Hay ya avisos de videos y CD's con material pornográfico peruano ofrecido por la Internet y los Chats pero no pudo precisarse si se trataba de material de menores.

De esta forma, Internet se convierte en la manera más fácil de acceder a información restringida en general e inmoral en el caso específico de la pornografía de menores. Afortunadamente en la reciente 15ª cumbre del Grupo de Río, los presidentes abogaron por la necesidad de fijar regulaciones sobre Internet y sancionar su uso ilícito, especialmente en los casos de difusión de pornografía de menores. Iniciativa sumamente necesaria ya que en la actualidad no hay disposiciones que puedan servir de freno a la expansión de la pornografía de menores.

## **LA PROSTITUCION ADOLESCENTE EN LOS MEDIOS DE COMUNICACION**

El interés que la problemática de la prostitución adolescente genera en medios de comunicación masiva (televisión y diarios) es muy escaso. En un breve análisis el cual comprendió el periodo entre el mes de setiembre del 2000 al mes de agosto del 2001, se encontró que la información sobre esta problemática, sea a través de reportajes o simplemente notas periodísticas fue realmente muy pobre. Veamos el cuadro que describe la relación entre medios de comunicación y cantidad de notas sobre la problemática señalada.

## **NOTAS PERIODISTICAS Y PROSTITUCION ADOLESCENTE**

En los canales de señal abierta se publicaron 10 noticias referidas al tema en diferentes aspectos, las cuales podrían clasificarse en: reportajes, locales, internacionales y otros (Tabla 1). Mientras que en medios escritos se publicaron 6 notas. Si analizamos el volumen de notas en el periodo comprendido, (casi un año), la proporción indica que el tema es relegado a un lugar desdeñable, si lo comparamos con otros problemas sociales que tienen mayor presencia en medios.

En los canales de señal abierta, el promedio es de menos de una nota por mes, mientras que en medios escritos es una nota cada dos meses. En sólo el 20% de ellos se hace(n) referencia(as) sobre la relación

entre prostitución adolescente y consumo de drogas, en ningún caso hay referencias sobre micro comercio de drogas y prostitución adolescente. La información es mínima en un canal de TV.

El escaso espacio que el problema de la prostitución adolescente ha merecido en los medios de comunicación es sólo un reflejo de lo que ocurre en la sociedad. Así, la problemática ha sido poco abordada, sea por desconocimiento o simplemente por desinterés.

## **MITOS Y REALIDADES DE LA PROSTITUCION ADOLESCENTE**

La prostitución al igual que otras problemáticas sociales, está sujeta a interpretaciones falsas, basadas muchas veces en mitos y creencias equivocadas, algunas de ellas, son:

- La prostitución adolescente se da en todos los estratos sociales, así como en todas las civilizaciones a lo largo de la historia. No es un fenómeno actual, lo que si es cierto es que ha cobrado un inusitado crecimiento y descontrol.
- La prostitución adolescente brinda placer sexual, más no afecto.
- Se piensa que el contacto con una prostituta(to) adolescente protege al cliente contra el SIDA, porque es más probable que estén sanos y que hayan tenido menos parejas sexuales que una persona adulta. Algunos estudios demuestran por el contrario, los y las adolescentes que se prostituyen están más expuestos contraer enfermedad de transmisión sexual e incluso ser portadores del VIH, ya que tiene menos mecanismos de afronte ante él o los clientes.
- La prostitución adolescente por su carácter ilegal muchas veces se convierte en un negocio más rentable para los intermediarios que para quien lo ejerce. Los adolescentes que se prostituyen suelen permanecer en igual o peor situación que antes de ingresar a la misma.



## **LAS DROGAS Y LA PROSTITUCION ADOLESCENTE**

Es conocida la relación que existe entre el ejercicio de la prostitución y el consumo de drogas, si bien, no se cuentan con investigaciones que puedan dar mayores luces sobre este aspecto, es presumible que se repita e incluso se incremente la presencia del consumo de drogas por parte de los y las prostitutas(as) adolescentes.

En una edición del periódico El Mundo de Madrid, se señala también lo dicho anteriormente; según la fuente el 90% de las prostitutas españolas tienen problemas de drogadicción. En nuestro medio es harto conocido el empleo del alcohol dentro de los “nights clubs” y “grills” como parte del ritual de la prostitución. Debemos suponer que este panorama sea similar en la prostitución adolescente.

Una de las preguntas más difíciles de responder es si el o la adolescente se prostituye para conseguir drogas, o consume drogas a partir de su ingreso al submundo de la prostitución. Lo cierto, es que existen casos donde los adolescentes son drogados con el fin de crear dependencia a drogas y por ende una dependencia a explotadores que siempre están cerca de ellos.

En el primer caso en el que los y las adolescentes se prostituyen para conseguir droga, muchos de ellos(ellas) provienen de contextos familiares donde miembros cercanos son dependientes a drogas, y a partir de ellos inician su dependencia, una dependencia a SPA a tan temprana edad y el inicio en la prostitución hacen que el menor tenga un pronóstico negativo si no tiene un apoyo individualizado. Hay otro grupo que señala que consumía drogas con amigos(as) que sabía se prostituían, y que, a partir de esa relación amical se iniciaron ellos en la prostitución.

En el segundo caso, se explica debido a que de por sí la prostitución adolescente se da en un ambiente informal e ilegal y por ende es fácil encontrar en él la presencia de otras actividades también censuradas socialmente, como forma de agrupación de una población que se considera marginada. El contacto con clientes adictos a drogas, que como parte del servicio desean que el o la adolescente comparta unos momentos

de consumo con él o ella, incrementa enormemente la probabilidad de incursionar en el uso de drogas.

Hay reportes de casos en que el inicio en la prostitución en adolescentes se da por iniciativa del propio padre o madre dependiente a drogas, el cual literalmente vende a su hijo(a) a cambio de obtener dinero para consumir droga.

Con relación a la micro comercialización de drogas por parte de los y las adolescentes que se prostituyen, no hay información precisa al respecto. Pero es de presumir que ésta sea una forma de comercio de drogas al menudeo, como parte del servicio sexual que puede estar en crecimiento. En todo caso, es una de las principales inquietudes a develar en una investigación.

## **REFLEXIONES FINALES SOBRE LA PROSTITUCION EN ADOLESCENTES**

- El sistema legal de nuestro país presenta serias deficiencias con relación a este tema, en el código penal no se encuentra ningún artículo que haga referencia a la prostitución adolescente. Por lo que se deduce que hay ausencia desde el punto de vista jurídico para brindar protección y apoyo ante situaciones de prostitución adolescente.
- La aparición e incremento de la prostitución está asociada a múltiples factores (económicos, sociales, culturales, educativos, morales, etc.), por lo cual es necesario sensibilizar los diferentes espacios sociales, a fin de implementar programas de atención integral al problema.
- Los servicios de salud no están preparados y no posibilitan el acceso a un grupo de sectores marginados y menos aún de adolescentes en situación de prostitución, lo que implica que éstos estén menos protegidos que los adultos que se prostituyen, y por lo tanto más expuestos a enfermedades venéreas y el SIDA.



- El adolescente en estas condiciones de vida en la calle o en el medio de prostitución, genera mecanismos de adaptación que afectan la posterior inserción en otros ámbitos. La violencia, el consumo de drogas, el abuso de alcohol y en general el deterioro de su estructura valorativa y personal van asociadas a esta práctica.
- Mientras más temprano sea el inicio de la prostitución del menor, mayor será la probabilidad de daños físicos y psicológicos en el o la adolescente.
- Un sistema de protección social que favorezca la reincorporación del adolescente a su familia (en los casos de las familias no disfuncionales), es fundamental, ya que en muchos casos, la familia rechaza al adolescente por haber ejercido la prostitución, empujando al retorno al menor a la misma.
- Implementar mecanismos que permitan rastrear a los usuarios de pornografía infantil y/o adolescente, se hace necesario, en este sentido valdría la pena monitorear un piloto principalmente en cabinas públicas y reglamentarlas a fin de evitar cabinas privadas (salvo las llamadas internacionales) las cuales sirven generalmente para revisar material pornográfico.
- De todo lo señalado, se desprende la necesidad de investigar la problemática de la prostitución adolescente, ya que la información con que se cuenta es sumamente escasa.

## REFERENCIAS

- Boyden, Jocelyn.** Niños en situaciones de alto riesgo en Lima, Perú. UNICEF, 1988.
- Freyre, E.** La salud del adolescente. Aspectos médicos y psicosociales. Ed. UNAS, 2ª edición. 1997.
- INSTITUTO DE LA MUJER.** La prostitución de las mujeres Madrid: instituto de la mujer. 1998.
- Lamas, Marta.** El fulgor de la noche: algunos aspectos de la prostitución callejera en la ciudad de México. Revista Debate Feminista 1993, 4: 24 - 29.

**MOVIMIENTO “EL POZO”.** Memorias de las jornadas: mujer y prostitución en nuestro medio. Lima: Editorial Movimiento El Pozo. 1994.

**Azaola, Elena.** Infancia robada. niños y niñas víctimas de explotación sexual en México. Coedición DIF/UNICEF/CIESAS. México: Editorial talleres de comunicación Gráfica y representaciones PJ. 1998.

**Reale, E.; Sardeli, V. y Ventura, A.** Los trastornos mentales de las mujeres. El malestar silenciado, la otra salud mental. Revista ISIS internacional 1997, 14: 14 - 17.

**Rojas, Milton.** Mujeres que consumen sustancias psicoactivas. Un estudio psicológico, social y cultural sobre 627 casos. Lima: CEDRO / NAS. 1996.

**PNUD.** Desarrollo Humanos en Chile. Santiago de Chile: PNUD. 1998.

**Villanueva, M. E.** Factores psicológicos asociados a la iniciación y habituación. En: F. R. León y R. Castro de la Mata (Eds.). Pasta Básica de Cocaína: Un estudio multidisciplinario. Lima: CEDRO: 167-209. 1989.

**Esta publicación se término de imprimir en  
los talleres del Centro de Ediciones de  
CEDRO en Junio del 2002.**