PERÚ | Presidencia del Consejo de Ministros | Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas - DEVIDA

ANEXO N°2

CONTENIDOS MÍNIMOS DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE DROGAS 2013-2016

DEVIDA
Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas

2015

INDICE

I.	**INFORMACIÓN GENERAL**	
1.1	Nombre del Programa Presupuestal	4
1.2	Tipo de diseño propuesto	4
1.3	Entidad Rectora del Programa Presupuestal	4
1.4	Responsable Técnico del Programa Presupuestal	4
1.5	Coordinador Territorial	4
1.6	Coordinador de Seguimiento y Evaluación	4
II.	**DIAGNÓSTICO**	
2.1	Identificación del problema específico	5
2.1.1.	Enunciado del Problema Especifico	7
2.1.2.	Competencias de la Entidad para abordar el problema (Tabla N° 1)	7
2.1.3.	Datos Estadísticos o cuantitativos sobre el problema identificado (Tabla N° 2)	12
2.2	Identificación y cuantificación de la población	29
2.2.1.	Población Potencial	29
2.2.2.	Cuantificación de la población potencial (Tabla N° 3)	29
2.2.3.	Criterios de Focalización	29
2.2.4.	Población objetivo (Tabla N° 4)	32
2.2.5.	Atributos de la población objetivo (Tabla N° 5)	33
2.3	Causas del problema identificado	34
2.3.1	Árbol de Problemas (Tabla N° 6)	34
2.3.2	Adopción de Un Modelo Conceptual Existente	42
III.	**DISEÑO DEL PROGRAMA**	
3.1	Resultado específico (Tabla N° 7)	57
3.2	Análisis de los medios	57
3.3	Análisis de alternativas (Tabla N° 8)	58
3.3.1	Análisis de las alternativas de intervención (Tabla N° 9)	60
3.4	Transición de las alternativas al producto (Tabla N° 10)	79
3.5	Actividades, tareas e insumos (Tabla N° 11 y 12)	89
3.6	Indicadores	223
3.6.1	Indicadores de desempeño (Tabla N° 13 y 14)	223
3.6.2	Indicadores de producción física (Tabla N° 15)	245
3.7	Supuestos (tabla 16)	250
3.8	Vinculación del PP con los objetivos de política nacional (tabla 17)	254
3.9	Matriz lógica del Programa Presupuestal (tabla 18)	256
3.10	Inclusión de Proyectos de Inversión Pública en el PP	261
3.10.1	Tipología de Proyectos (tabla 19)	261
3.10.2	Clasificación de Proyectos según tipología de Proyectos	262
3.10.2.1	Proyectos (tabla 20)	262
IV.	**SEGUIMIENTO Y EVALUACION**	
4.1	Seguimiento del desempeño	263
4.2	Evaluación	265

V. PROGRAMACION FÍSICA Y FINANCIERA

5.1	Definiciones	267
5.2	Cálculos Previos	267
5.2.1	Cuantificación de la Población Priorizada (tabla 25)	267
5.2.2	Estimación de la Meta Proyectada para los Indicadores de resultados	269
5.2.3	Cálculo de la meta de producto (tabla 26)	269
5.2.4	Cálculo de la meta de actividad	270
5.3	Programación del requerimiento de inversiones	270
5.3.1	Programación de los Proyectos de Inversión (tabla 27)	270
5.4	Programación de producción anual (tabla 28)	271
5.5	Programación multianual	272
5.5.1	Concepto	272
5.5.2	Proceso de programación multianual del PP	272
5.5.3	Cálculo de las metas de programación multianual (tablas 29 y 30)	272
5.6	Estructura Programática Propuesta (tabla 31)	274

ANEXOS

I.	Narrativo de evidencias	276

I. INFORMACION GENERAL

1.1 Nombre del Programa Presupuestal

Programa Presupuestal de Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas

1.2 Tipo de diseño propuesto

- Propuesta de PP del ejercicio fiscal 2013 – revisión del diseño [ ]
- Propuesta de PP del ejercicio fiscal 2013 – ampliación del diseño [ ]
- Propuesta de PP del ejercicio fiscal 2013 – rediseño [X]
- Nueva propuesta de PP [ ]

1.3 Entidad Rectora del Programa Presupuestal

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA

1.4 Responsable Técnico del Programa Presupuestal

Claudett Katerina Delgado Llanos

1.5 Coordinador Territorial

Federico Infante Lembcke

1.6 Coordinador de Seguimiento y Evaluación

Carlos Zúñiga Yabar

II. DIAGNÓSTICO

2.1 Identificación del problema específico

La información epidemiológica en nuestro país nos muestra que una importante proporción de la población se involucra en consumo de drogas legales e ilegales (ver sección 2.1.3.). Sin embargo, la problemática del consumo de drogas no se inicia con el uso. Existen aspectos antecedentes de tipo evolutivo y de exposición a factores de riesgo que deben ser considerados para una comprensión e intervención integral y oportuna. Por ejemplo, el intervalo de edad entre los 12 a 35 años representa un periodo evolutivo trascendente por su importancia explicativa como variable interviniente en los procesos de iniciación del consumo de drogas como en su progresión hasta consumos problemáticos o dependientes[1].

Aunque existen periodos de edad en donde se presenta una mayor susceptibilidad para el inicio de consumo o su cronificación, se ha evidenciado también la importancia de realizar un análisis sobre el carácter permanente de exposición a factores de riesgo que influyen durante todo el ciclo vital de los seres humanos. La adolescencia se caracteriza por importantes transiciones sociales y ambientales, siendo una de las más significativas el paso de la educación primaria a la secundaria. Es en esta transición donde se presentan picos de inicio de consumo de drogas, principalmente alcohol[2]. De otro lado, en la infancia se presentan diversos factores que inician trayectorias de riesgo para el consumo de drogas: negligencia y abuso parental[3], desordenes de comportamiento y agresividad[4], déficit en competencias sociales y emocionales[5], entre otras. A partir de lo mencionado, puede ir entendiéndose la labor preventiva y terapéutica asociada al consumo de drogas como de alta complejidad, requiriéndose la intervención de múltiples factores.

Lo anterior se vincula también con la pertinencia de evitar consumos precoces en niños, niñas y adolescentes. Este es uno de los principales retos a enfrentar a través de las políticas públicas y la promoción de programas de intervención. En el caso del alcohol, se ha evidenciado que cuanto más precoz es el inicio de consumo, es mayor el riesgo de generar trastornos relacionados (incluyendo dependencia al alcohol)[6]. También se reporta la presencia de síntomas de dependencia entre la población

---

[1] DeWit, D.J., Adlaf, E.M., Offord, D.R., y Ogborne, A.C. (2000). Age at first alcohol use: A risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry, 157*(5), 745-750.

[2] Chassin, L., Hussong, A., Barrera, M., Jr., Molina, B. S. G., Trim, R., & Ritter, J. (2004). Adolescent substance use. En R. M. Lerner y L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2nd ed., pp.665-696). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.

[3] Fergusson, D., Horwood, L., y Lynskey, M.(1994). The childhoods of multiple problem adolescents: a 15 – years longitudinal study. Journal of child Psychology and Psychiatry, 35 (6), 1123-1140.

[4] Lynskey, M. y Fergusson, D. (1995). Childhood conduct problems, attention deficit behaviors, and adolescent alcohol, tobacco and illicit drug use. Journal of Abnormal Child Psychology, 23(3), 281-303.

[5] Brook, J., Whiteman, M., Cohen, P., Shapiro, J. y Balka, E. (1995). Longitudinally predicting late adolescent and young adult drug use: childhood and adolescent precursors. Journal of the American Academy of Child&Adolescent Psychiatry, 34(9), 1230-1238.

[6] Existen diversas investigaciones que sustentan la vinculación entre consumo temprano de alcohol y la generación de trastornos asociados :

Dawson, D., Goldstein, RB., Chou, S., Ruan, W. y Grant, B. (2008). Age at first drink and the first of adult-onset DSM-IV alcohol use disorders. Alcohol Clinical and Experimental Research, 33, 2149-2160.

Hingson, R., Heeren, T. y Winter, M. (2006). Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. Archives of Pediatric Adolescence Medicine, 160, 739-746.

adolecente consumidora de tabaco[7]. Asimismo, se ha identificado que los adolescentes fumadores pueden mostrar síntomas de dependencia a niveles más bajos de consumo (comparada con la población adulta)[8].

Es preciso indicar que además de los efectos asociados a la formación de dependencia a tabaco y alcohol, estas sustancias producen efectos negativos en diversos aspectos de la vida del adolescente. Por ejemplo, el consumo de alcohol interfiere con las habilidades cognitivas, perceptuales y motoras y, por ende, contribuye al incremento de riesgo lesiones no intencionales y muertes por accidente. Del mismo modo, se identifican asociaciones entre el consumo excesivo o intoxicación con alcohol y problemas familiares, alteración del orden público, violencia sexual, entre otros[9].

El consumo de drogas presenta diversos impactos negativos, produciendo costos importantes a los Estados. Estos costos económicos y psicosociales pueden ser de naturaleza tangible e intangible. En el primer grupo, las consecuencias en la salud asociadas al consumo representan importantes costos a los sistemas sanitarios nacionales, vinculados principalmente al tratamiento de los drogodependientes, así como en las enfermedades asociadas al consumo (ej. cardiopatías, gastritis, cirrosis, cánceres gastrointestinales, entre otros). En total, el gasto tangible que el alcohol provoca en la Unión Europea se estima en unos 124 billones de euros al año y el no tangible en unos 270 billones de euros al año[10]. Los costos intangibles son también importantes y se expresa en la progresiva reducción de la calidad de vida y percepción de seguridad en el ciudadano. Diversos estudios locales emprendidos por DEVIDA[11], encuentran que en la percepción de los ciudadanos el consumo de drogas se ubica como uno los problemas públicos más importantes a resolver. En estos mismos estudios se evidencia que la percepción ciudadana se dirige a estimar la inseguridad y delincuencia como los mayores impactos del consumo de drogas a nivel local. Existe evidencia importante que ha determinado la asociación entre consumo de alcohol y otras drogas en la ocurrencia de actos delictivos o de agresión[12]. Junto a la demanda de drogas, es notorio los importantes costos que se asumen en el sistema legal, habiendo una alta demanda de procesos judiciales asociados al consumo y oferta de drogas (ej. narcotráfico, violencia doméstica asociada a consumo de drogas, microcomercio, daño a la integridad física y propiedad, etc.)[13].

De esta forma, la problemática del consumo de drogas se extiende por diversos grupos de edades, requiriendo de intervenciones preventivas y terapéuticas.

N. MOSQUEIRA
G. HORNA
V. LEYVA
C. DELGADO
C. DELGADO
J. CHUQUIPUL
H. YAIPEN
N. MOSQUEIRA

[7] Kandel, D., Hu, M., Griesler, P. y Schaffran, C. (2007). On the development of nicotine dependence in adolescence. Drug and Alcohol Dependence,91(1), 26-39.

[8] Dierker, L., Donny, E., Tiffany, S., Colby, S., Perrine, N. y Clayton, R. (2007). The association between cigarette smoking and DSM IV nicotine dependence among first year college students. Drug and Alcohol Dependence, 86,106-114.

[9] Ahlstrom, S. y Osterberg, E. (2005). International perspectives on adolescent and young adult drinking. Alcohol Research & Health, 28(4), 258-268.

[10] Anderson, P. y Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe: a public health perspective. A report for the European Commission.* Institute of Alcohol Studies: Londres.

[11] DEVIDA ha impulsado la realización de *"Diagnósticos Situacionales Participativos del Consumo de Drogas"* en diversos distritos de Lima Metropolitana y provincias.

[12] Hoaken, P. y Stewart S. (2003). Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. Addictive Behaviors 28, 1533–1554

[13] Miller, T., Levy, D., Cohen, M. y Cox, K. (2006). Costs of alcohol and drug involved crime. *Prevention Science*, 7, 333-342.

2.1.1. Enunciado del Problema Especifico

Por esta razón, el problema que busca resolver el presente Programa Presupuestal es:

"Consumo de drogas en la población de 12 a 65 años".

2.1.2. Competencias de la Entidad para abordar el problema

Tabla 1

Institución	Competencias	Exclusivas/Compartidas	Rectoría
DEVIDA	**Decreto Ley Nº 22095 de Febrero 21 de 1978.** Ley de Represión del Tráfico Ilícito de Drogas, que evidencia el compromiso asumido por el Perú desde 1978, de contar con un marco legal e institucional adecuado para enfrentar de manera eficiente e integral el problema de la producción, tráfico y consumo de drogas. **Decreto Legislativo Nº 635**. Promulga el Nuevo Código Penal, estando vigente con algunas modificaciones, expresadas en los artículos 296 al 303. Las conductas tipificadas como delitos son aquellas que están dirigidas a promover, favorecer o facilitar el consumo de drogas. **Decreto Legislativo Nº 824**, Ley de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Drogas. Modifica la Ley Nº 28003, que en su artículo 2, establece los objetivos de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. **Decreto Supremo Nº 033-2012-PCM** que aprueba la Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas 2012 – 2016.	Compartida	SI
Ministerio de Educación • Sede central Direcciones Regionales de Educación y UGEL	**Resolución Ministerial Nº 0667-2005-ED**. Aprueba el documento "Diseño Curricular Nacional de Educación Básica Regular - Proceso de Articulación". Los temas relacionados a la prevención del consumo de drogas son abordados desde las diferentes áreas curriculares, la tutoría y orientación educativa. **Resolución Vice Ministerial Nº 004 – 2007 – ED**. Aprueba la directiva que norma la Campaña Educativa Nacional de Sensibilización y Promoción para una Vida Sin Drogas: "Estudiantes Sanos Libres de Drogas". Está orientada a fortalecer la autoestima y el desarrollo socio-emocional de los estudiantes, en el marco de una sólida educación integral. Se asegura una actitud de rechazo al uso indebido de drogas legales e ilegales. **Resolución Directoral Nº 0343-2010-ED.**	Exclusiva	**SI**

	Aprueba las normas para el desarrollo de las acciones de Tutoría y Orientación Educativa en las Direcciones Regionales de Educación, Unidades de Gestión Educativa Local e Instituciones Educativas.		
Ministerio de Salud	**La Ley Nº 26842, Ley General de Salud y modificatoria, Ley Nº 27604**, respecto a la obligación de los Establecimientos de Salud a dar atención médica en Caso de Emergencia. **Ley Nº 29737, que modifica el Art. 11º de la Ley Nº 26842**, Ley General de Salud referido a la Salud Mental y regula los procedimientos de internamiento de las personas con trastornos mentales. **Ley Nº 27657, Ley del Ministerio de Salud y su Reglamento el D.S. Nº 023 - 2005 –SA.** **R.M. Nº 943 -2006/MINSA y ampliatoria R.M. Nº 098 -2008/MINSA, del "Plan de Salud Mental".** **Resolución Ministerial Nº 407-97-SA/DM**. Aprueba las Normas Complementarias para Autorización, Funcionamiento y Supervisión de Centros de Atención a Dependientes de Sustancias Psicoactivas. Tiene como objetivo regular y garantizar una atención de calidad. **Resolución Ministerial Nº075-2004/MINSA**. Aprueba los Lineamientos para la Acción en Salud Mental, que se constituyen como base de toda la planificación de acciones en salud mental. **Resolución Ministerial Nº 771-2004/MINSA**. Establece la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz, que permite el abordaje, control, reducción, erradicación o prevención de los daños / riesgos priorizados en salud mental, teniendo como uno de los ejes de intervención priorizados, el consumo de drogas. **Resolución Ministerial Nº 943-2006/MINSA**. Aprueba el Plan Nacional de Salud Mental, documento técnico normativo, que promueve iniciativas y actividades sectoriales e intersectoriales de mayor impacto que trascienden el proceso de la enfermedad y generan entornos y estilos de vida saludables, siendo uno de sus objetivos la atención en el consumo de drogas. **Decreto Supremo Nº 013-2006-SA.** Aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de apoyo, estableciendo los	Exclusiva	SI

N. MOSQUEIRA

G. HORNA

V. LEYVA

C. DELGADO

C. DELGADO

H. YAIPEN

J. CHUQUIPUL

N. MOSQUEIRA

J.G. ARCE

	requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los servicios de salud, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento. Clasifica a los Centros de Atención para Dependientes a Sustancias Psicoactivas y otras Dependencias como Servicios Médicos de Apoyo. **Resolución Ministerial Nº 648-2006/ MINSA**. Aprueba la Guía de Práctica Clínica en Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al Consumo de Sustancias Psicótropas, define los criterios de intervención según los niveles de atención en salud.		
Ministerio de Justicia	**Medidas de Reforma del sistema penitenciario** (Ministerio de Justicia - INPE) y Derechos Humanos Medida 9: Acciones de prevención y reducción del delito. **Decreto Supremo Nº 015-2003-JUS**. Aprueba el Reglamento del Código de Ejecución Penal, el que señala que el interno tiene derecho a alcanzar, mantener o recuperar el bienestar físico y mental. Asimismo, en el artículo 46 se establece que la clasificación de los internos se efectuará, en lo posible, en grupos homogéneos diferenciados siendo uno de ellos los alcohólicos y toxicómanos. **Decreto Legislativo Nº 654**, Ley del Código de Ejecución Penal. Tiene por objetivo brindar asistencia y apoyo post penitenciaria, al liberado para su reincorporación a la sociedad, con la finalidad de complementar las acciones del tratamiento penitenciario.	Exclusiva	
Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables	**Decreto Supremo Nº 008-2001-PROMUDEH**, que crea el Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual al interior del MIMP, que es el órgano encargado de diseñar y ejecutar a nivel nacional acciones y políticas de prevención, atención y apoyo a las personas involucradas en hechos de violencia familiar y/o sexual, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de la población, desde una perspectiva de género. **Decreto Supremo Nº 003-2009-MIMDES**, el Estado Peruano aprobó el Plan Nacional Contra la Violencia Hacia la Mujer 2009-2015, instrumento suscrito por 7 Ministros de Estado que expresa la continuidad de la política de Estado en materia de eliminación de las diversas expresiones de violencia contra	Exclusiva	SI

	la mujer tales como: la violencia familiar, violencia sexual, violencia psicológica, feminicidio, trata de mujeres, hostigamiento sexual, homofobia. **Decreto Supremo Nº 001-2012-MIMP** que aprueba el Plan Nacional de Acción por la Infancia 2012 – 2012, que brinda el marco normativo y de acciones que garantizan la protección, el crecimiento y desarrollo integral de menores de 0 a 17 años de edad en el país. Entre los objetivos prioritarios de este plan figura garantizar el pleno ejercicio de los derechos de este sector de la población mediante acciones del Estado, la comunidad y la familia. **Decreto Supremo N° 005-2012-MIMP** que aprueba la creación del Programa Nacional Llachay en el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, con el objeto de restituir los derechos de niñas, niños y adolescentes en situación de calle, para que logren su desarrollo integral y asi prevenir y reducir su exposición a riesgos.		
Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo	**Ley Nº 29783 de Seguridad y Salud en el Trabajo** y el **Decreto Supremo Decreto Supremo N° 005-2012-TR** que regula la política, organización, planificación y aplicación del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo; el reglamento interno de seguridad y salud en el trabajo; los derechos y obligaciones tanto de los empleadores como de los trabajadores; la notificación de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; la investigación de accidentes de trabajo, enfermedades ocupacionales e incidentes peligrosos; entre otros. **Decreto Supremo Nº 013-2011-TR** que crea el Programa Nacional de Empleo Juvenil "Jóvenes a la Obra" tiene por finalidad la inserción de los y las jóvenes de 15 a 29 años de edad, de escasos recursos económicos y/o en situación de vulnerabilidad, de las familias más pobres de la población, rural y urbana, a través de su capacitación y fomento en el acceso al mercado de trabajo formal.	Exclusiva	SI
Poder Judicial	**Resolución Administrativa Nº539-CME-PJ** y modificado con **Resolución Administrativa N° 075-SETP-CME-PJ.** Aprueba el Sistema de Reinserción Social del Adolescente Infractor que procura la rehabilitación integral y reinserción social del adolescente. Se reconoce que el adolescente infractor es una persona en desarrollo, sujeto de derechos y protección, quien debido a	Exclusiva	

N. MOSQUEIRA

G. HORNA

V. LEYVA

C. DELGADO

C. DELGADO

J. CHUQUIPUL

H. YAIPEN

J.GARCIA

	múltiples causas ha cometido una infracción a la ley, por tanto, requiere de atención especial e individualizada que permita desarrollar sus potencialidades, afectos, habilidades, valores y hábitos adecuados, dentro de un proceso educativo integral. Dicho proceso se lleva a cabo a través del medio abierto y el medio cerrado, según la medida socioeducativa que corresponda.		
Gobiernos Regionales	**Ley N° 27867 Orgánica de Gobiernos Regionales.** **Ordenanza Regional Nº 036-2004-CR/GOB.REG.TACNA**. Constituye el Comité Regional Multisectorial de Lucha contra el Consumo de Drogas. **Ordenanza Regional Nº 007-2006-CR/GOB.REG.TACNA**. Aprueba los "Lineamientos de Estrategia Regional, para reducir el consumo de sustancias psicoactivas en la Región Tacna". **Ordenanza Regional Nº 021-2006-CR/GOB.REG.TACNA**. Aprueba el Plan Regional para La Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas 2006-2012. **Ordenanza Regional Nº 003-2008-GOB.REG.TUMBES-CR**. Constituye la Unidad Especializada en Prevención contra el Consumo de Sustancias Psicoactivas de la Región Tumbes y la Mesa Multisectorial de Trabajo y Apoyo de la PRECOSS. **Ordenanza Regional Nº 003-2005-GR.LAMB./CR**. Conforma el Consejo Regional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas - CONVIDA de la Región Lambayeque. **Ordenanza Regional Nº 023-2005-GRAREQUIPA**, constituye el Consejo Regional de Lucha Contra el Uso Indebido de Drogas en la Región Arequipa. **Ordenanza Regional Nº 0011-2006-GORE-ICA**, conforma el Consejo Regional para Una Vida Sin Drogas COREVIDA de la Región Ica. **Ordenanza Regional Nº 020-2005-REGION ANCASH/CR**, conforma el Consejo Regional para la Reducción de Demanda de drogas de la Región Ancash. **Ordenanza Regional Nº 030-2008-GR-LL/CR,** aprueba el Plan Regional para La Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas 2008-2011.	Exclusiva	
Gobiernos Locales	**Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades** Inciso 7, Art. 73.	Exclusiva	

2.1.3. Datos Estadísticos o cuantitativos sobre el problema identificado[14]

Tabla N° 2 (No aplica en tabla, se presentan los datos en la siguiente descripción)

2.1.3.1. Magnitud del consumo de drogas en la población en general en el Perú

De acuerdo a la "IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en la Población General de Perú - 2010" realizada por DEVIDA (2012), el consumo de drogas legales representa el más alto índice de uso en la población. 7 de cada 10 peruanos reporta haber consumido estas drogas en algún momento de su vida. De otro lado, la prevalencia anual de alcohol asciende a 54.7% y la de tabaco 21.1% (Ver cuadro 1).

Cuadro Nº 1. Prevalencia de Vida y Anual de Consumo de Alcohol y Tabaco en la Población General de 12 a 65 años.

Tipo de Droga	Prevalencia de vida	Prevalencia de año
Drogas Legales	77.7%	54.7%
Alcohol	75.4%	52.4%
Tabaco	49.8%	21.1%

Fuente: IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú 2010 (DEVIDA, 2012).

Consumo de Drogas Legales y Género

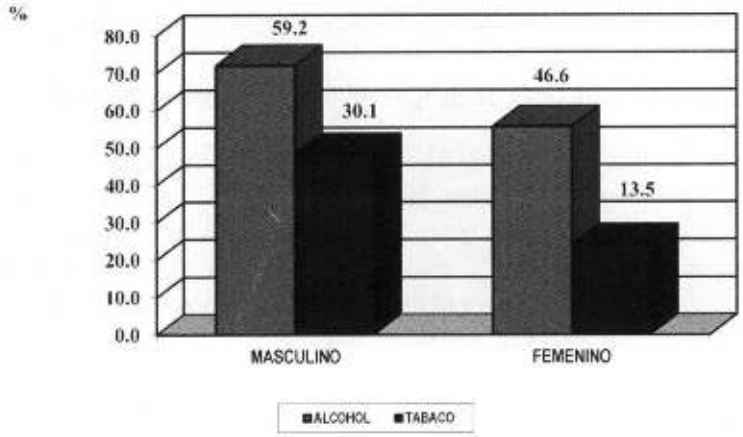
Se ha evidenciado (DEVIDA, 2012) que por cada tres varones que registran consumo de bebidas alcohólicas en el último año, existen dos mujeres que reportan lo mismo. En el caso del tabaco, las diferencias son mayores. La prevalencia anual de consumo de cigarrillos en los hombres es el doble que la que registran las mujeres (Ver gráfico 1).

[14] Para una comprensión más clara del lector, las estadísticas que se presentaran se basan en la descripción de los siguientes indicadores:

Prevalencias del consumo de drogas: La prevalencia mide la magnitud del consumo de drogas, considerando al menos una vez, durante un periodo de tiempo determinado. Para su estimación se determinó tres periodos temporales: consumo en algún momento de la vida (prevalencia de vida), últimos 12 meses (prevalencia anual), y últimos 30 días (prevalencia mensual).

Incidencia del consumo de drogas: La incidencia sirve para estimar el riesgo de iniciar el consumo de alguna droga en la población que aún no la consume en un periodo de tiempo determinado (en este caso 12 meses). Por ello, este indicador refleja la proporción de los nuevos consumidores (casos incidentes) entre la población en riesgo (que para efectos de la problemática que estamos explorando son aquellos que nunca han consumido).

Gráfico Nº 1. Prevalencia Anual de Consumo de Alcohol y Tabaco según Género en la Población General de 12 a 64 años



Fuente: IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú 2010 (DEVIDA, 2012).

Consumo de Drogas Legales y Edad

De otro lado, el mayor consumo de alcohol se da entre los 19 y los 35 años, siendo el grupo de 26 a 35 años el que registra la prevalencia más alta. Para el consumo de tabaco, es el grupo de 19 a 25 años (ver cuadro 2).

Cuadro Nº 2. Prevalencia Anual de Consumo de Alcohol y Tabaco según Grupo de Edad en la Población General de 12 a 64 años.

Tipo de Droga	Grupos de Edades				
	12 – 18	**19 – 25**	**26 - 35**	**36 – 45**	**46 y más**
▪ Alcohol.	30.5	**58.2**	**59.5**	57.8	52.6
▪ Tabaco	12.3	**29.0**	25.1	21.2	18.3

Fuente: IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú 2010 (DEVIDA, 2012).

Consumo de Drogas Legales en las Regiones Naturales

El área metropolitana, que comprende las provincias de Lima y Callao, registra las mayores tasas de prevalencia de consumo de alcohol y tabaco, seguida de la sierra, resto de costa y la selva, respectivamente (Ver Cuadro 3).

Cuadro Nº 3. Prevalencia Anual de Consumo de Alcohol y Tabaco según Región Natural en la Población General de 12 a 64 años

Tipo de Droga	Región Natural			
	Área Metropolitana	Resto de costa	Sierra	Selva
Alcohol	60.1	42.0	48.2	47.7
Tabaco	25.7	14.5	17.8	22.1

Fuente: IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú 2010 (DEVIDA, 2012).

Consumo Problemático de Alcohol en la Población General

El "beber problema" es concebido como cualquier forma de consumo de alcohol que, directa o indirectamente, tiene consecuencias negativas en la persona que lo ingiere o para terceros (familiares, amigos, pareja, etc.), deteriorando su salud y las relaciones que mantiene con su entorno mediato e inmediato, conduciéndolo a su aislamiento y marginación social. En nuestro país, se ha explorado el "beber problema" a través de la Encuesta Breve de Bebedor Anormal (EBBA).

En el Cuadro No 3 se observa que cerca de ochocientos mil consumidores de bebidas alcohólicas en el último mes, son "bebedores problemáticos". Esta cifra es muy relevante dada sus repercusiones sanitarias y sociales. Siguiendo prospecciones sobre trayectorias de consumo, un porcentaje significativo de estos consumidores requiere o requerirá, a corto plazo, intervenciones para reducir su nivel de afectación.

Cuadro Nº 4. Bebedores Problemáticos en las Personas que Declaran haber Consumido Alcohol durante el Último Año

Tipo de Droga	%	N Expandido
Bebedores problemáticos	15.7	580,933
Bebedores no problemáticos	84.3	3´108,934
TOTAL	**100.0**	**3'689,867**

Fuente: IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú 2010 (DEVIDA, 2012).

El Impacto de las Drogas Ilegales

El 4.8 % de la población general ha hecho uso de drogas ilegales en algún momento de su vida. El número de consumidores en el último año para todas las drogas ilegales asciende a 180,700, siendo la marihuana (124,364

consumidores) y Pasta Básica de Cocaína (55,813 consumidores) las más usadas (Ver Cuadro 5).

Cuadro Nº5. Prevalencia Anual de Consumo de Drogas Ilegales en la Población General de 12 a 65 años.

Tipo de Droga	Prevalencia de año	N expandido
Drogas Ilegales	1.5	180,700
▪ Marihuana	1.0	124,364
▪ Cocaína	0.4	49,927
▪ PBC	0.5	55,813
▪ Éxtasis	0.0	4,300
Inhalantes	0.1	10,570
Otras drogas	0.0	1,342

Fuente: IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú 2010 (DEVIDA, 2012).

Consumo de Drogas Ilegales y Género

El consumo de marihuana es diez veces mayor en los hombres que en las mujeres y de cocaína es siete veces mayor en los hombres que en las mujeres. En lo que respecta a la PBC la diferencia es mucho más amplia. Para el consumo de Inhalantes, se observa que ambos géneros registran una similar prevalencia de consumo.

Cuadro Nº 6. Prevalencia de Año de Drogas Ilícitas e inhalantes según Género en la Población General de 12 a 65 años.

Tipo de Droga	Prevalencia de año	
	Hombres	Mujeres
Drogas Ilegales	2.8	0.4
Marihuana.	2.0	0.2
Cocaína	0.7	0.1
PBC	0.9	0.1
Éxtasis	0.1	0.0
Inhalantes	0.1	0.1

Fuente: IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú 2010 (DEVIDA, 2012).

Consumo de Drogas Ilegales y Edad

El consumo de drogas ilegales se concentra en los adolescentes y jóvenes. Se evidencia que el grupo de 12 a 18 años registra las más altas prevalencias de consumo en todas las sustancias ilícitas, seguido del grupo de 19 a 25 años (Ver Cuadro 7).

Cuadro Nº 7. Prevalencia de Año de Drogas Ilícitas e inhalantes según Grupo de Edad

Tipo de Droga	Grupos de Edades				
	12 – 18	19 – 25	26 – 35	36 – 45	46 y más
Drogas Ilegales	2.5	2.9	1.1	1.1	0.5
Marihuana	2.0	2.1	0.7	0.8	0.2
Cocaína	0.3	0.7	0.5	0.5	0.2
PBC	0.7	0.8	0.4	0.2	0.4
Éxtasis	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1
Inhalantes	0.2	0.1	0.2	0.0	0.0

Fuente: IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú 2010 (DEVIDA, 2012).

Consumo de Drogas Ilegales en las Regiones Naturales

El consumo de drogas ilegales se da con mayor prevalencia en el área metropolitana y selva, registrándose valores similares en consumo de marihuana y PBC. El consumo de PBC es más alto en la selva que en las demás regiones, con excepción del área metropolitana; lo que podría estar expresando el incremento del uso de esta sustancia dada la mayor disponibilidad en esta región (Ver Cuadro 8).

Cuadro Nº 8. Prevalencia de Año de Drogas Ilícitas e inhalantes en la población de 12 a 65 años, según Región Natural

Tipo de Droga	Región Natural			
	Área Metropolitana	Resto de costa	Sierra	Selva
Drogas ilegales	**2.1**	**0.8**	**0.7**	**1.8**
▪ Marihuana	1.3	0.7	0.6	1.4
▪ Cocaína	0.6	0.2	0.2	0.2
▪ Pasta Básica de Cocaína	0.7	0.1	0.2	0.8
▪ Éxtasis	0.0	0.1	0.0	0.0
▪ Inhalantes	0.2	0.0	0.0	0.1

Fuente: IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú 2010 (DEVIDA, 2012).

Identificación de Signos de Dependencia a Drogas Ilegales

Incluyéndose preguntas basadas en los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la OMS sobre dependencia a sustancias psicoactivas, se identificó diversos signos en los usuarios del último año de marihuana, cocaína y PBC. Los resultados muestran que 5 de cada 10 consumidores de marihuana muestran signos de dependencia. El clorhidrato de cocaína presenta la misma situación. En el caso de la PBC se identifica que 6 de cada 10 consumidores presenta signos de dependencia. Estos datos refuerzan el carácter peligroso de estas sustancias y ofrece una señal clara para redoblar esfuerzos en el fortalecimiento y promoción de servicios asistenciales en drogodependencias a nivel nacional.

Cuadro 9. Consumidores de último año de sustancias ilegales que presentan signos de dependencia.

Tipo de droga	%	N expandido
Drogas ilegales		
Marihuana	47.1	58,556
Cocaína	47.8	23,852
Pasta Básica de Cocaína	59.6	33,280

Fuente: IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú 2010 (DEVIDA, 2012).

2.1.3.2. Magnitud del consumo de drogas en la población escolar

Prevalencia Anual de Consumo de Drogas en la Población Escolar

Más de medio millón de escolares ha consumido drogas legales en el último año. Estos datos muestran que casi la mitad de escolares de nivel secundario han consumido drogas legales en ese periodo de tiempo.

Asimismo, se registra que más de 47 mil escolares han consumido marihuana en el último año, mientras que en ese mismo periodo casi 20 mil lo hicieron con clorhidrato de cocaína, más de 20 mil con pasta básica de cocaína y más de 22 mil con éxtasis. El consumo de inhalantes es significativo, registrándose que más de 26 mil estudiantes han consumido esta sustancia en los últimos doce meses previos al estudio. En el caso de las drogas médicas (tranquilizantes y estimulantes), más de 69 mil escolares las han consumido en el último año (Ver Cuadro 10).

Cuadro Nº 10. Prevalencia de Año de Drogas en la Población Escolar

Tipo de Droga	Prevalencia de año	N expandido
Drogas Legales	23.3	511, 753
▪ Alcohol	19.7	431,314
▪ Tabaco	12.8	280,379
Drogas Ilegales	3.8	83,212
▪ Marihuana	2.2	47,234
▪ Cocaína	0.9	19,870
▪ PBC	0.9	20,482
▪ Éxtasis	1.0	22,239
Inhalantes	1.2	26,151
Drogas Médicas	3.2	69,465
▪ Estimulantes	1.5	32,605
▪ Tranquilizantes	2.3	50,079

Fuente: IV Estudio Nacional: Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012 (DEVIDA, 2013).

En relación al consumo de drogas en escolares peruanos según sexo, en la tabla 11 se evidencia que el consumo de drogas legales e ilegales es mayor en varones que en mujeres, aunque en el caso del alcohol y tabaco las diferencias son pequeñas, mientras que para las drogas ilegales la proporción de varones que han consumido drogas en el último año con respecto a la proporción de mujeres es el doble. Sin embargo, los tranquilizantes son consumidos en mayor proporción por las adolescentes mujeres.

Cuadro N° 11. Prevalencia del último año del consumo de drogas en la población escolar de secundaria, según sexo

Tipo de Droga	Hombre	Mujeres
Drogas Legales	25.1	21.5
▪ Alcohol	20.6	18.7
▪ Tabaco	15.5	10.0
Drogas Ilegales	4.5	3.1
▪ Marihuana	2.7	1.8
▪ Cocaína	1.1	0.7
▪ PBC	1.2	0.7
▪ Éxtasis	1.2	0.9
Inhalantes	1.3	1.1
Drogas Médicas	2.6	3.7
▪ Estimulantes	1.4	1.6
▪ Tranquilizantes	1.8	2.7

Fuente: IV Estudio Nacional: Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012 (DEVIDA, 2013).

Desde la investigación epidemiológica realizada por organizaciones de la sociedad civil, CEDRO (2011)[15] ha reportado un estudio en Lima Metropolitana y 12 ciudades en provincias. Se presentan magnitudes importantes de consumo de alcohol y tabaco. En correspondencia con otros estudios nacionales, se encuentra que la droga ilegal más consumida es la marihuana. Se destaca la identificación de consumos de drogas opiáceas como heroína y opio a nivel de las prevalencias de vida (Ver Cuadro 12).

[15] CEDRO (2011). Epidemiología de drogas en la población urbana peruana 2010. Encuesta de hogares. Lima: Autor.

Cuadro N° 12. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en población urbana peruana de 13 ciudades.

Tipo de Droga	Prevalencia de vida	Prevalencia anual
Drogas Legales		
▪ Alcohol	87.8	72.9
▪ Tabaco	56.7	32.3
Drogas Ilegales		
▪ Marihuana	5.6	1.2
▪ Cocaína	1.5	0.2
▪ PBC	2.1	0.2
▪ Éxtasis	1.5	
▪ Heroína	0.1	
▪ Opio	0.1	

Fuente: Epidemiología de drogas en la población urbana peruana 2010. Encuesta de Hogares. CEDRO (2011).

2.1.3.3. Magnitud de consumo de drogas en poblaciones específicas

Entendiendo que la problemática del consumo de drogas se extiende a grupos poblaciones heterogéneos, se han emprendido estudios específicos que son importantes para la formulación de políticas y actuaciones.

2.1.3.3.1. Adolescentes infractores

Una población priorizada es la de adolescentes infractores[16]. En el Cuadro N° 13 se observa que las prevalencias más altas corresponden a las drogas legales, (prevalencia de vida, de año y de mes). Por otro lado, observando las drogas ilegales, es la marihuana la sustancia más consumida, seguida por las sustancias cocaínicas e inhalantes. El consumo de drogas ilegales es mucho mayor al presentado por las drogas médicas tales como tranquilizantes y estimulantes.

[16] Los adolescentes infractores en el Perú son adolescentes cuyas edades oscilan entre los 14 y 17 años. En la legislación peruana los adolescentes que cometen delitos tipificados en el Código Penal no son llamados adolescentes delincuentes, sino infractores, ya que sus transgresiones a la Ley Penal son consideradas infracciones.

Cuadro N° 13. Principales indicadores epidemiológicos de consumo de drogas en adolescentes infractores

Tipo de droga	Prevalencia de vida		Prevalencia de año		Prevalencia de mes	
	N	%	N	%	N	%
Legales	**1,108**	**89.9**	**833**	**67.6**	**152**	**12.3**
Tabaco	1,020	82.7	718	58.2	105	8.5
Alcohol	1,066	86.5	792	64.2	128	10.4
Ilegales	**592**	**48.0**	**413**	**33.5**	**39**	**3.2**
Marihuana	526	42.7	361	29.3	33	2.7
PBC	240	19.5	167	13.5	13	1.1
Cocaína	196	15.9	128	10.4	6	0.5
Éxtasis	20	1.6	10	0.8	1	0.1
Inhalantes	138	11.2	64	5.2	5	0.4
Alucinógenos	18	1.5	10	0.8	2	0.2
Otras drogas	43	3.5	25	2.0	1	0.1
Médicas	**80**	**6.5**	**56**	**4.5**	**12**	**1.0**
Tranquilizantes	75	6.1	53	4.3	12	1.0
Estimulantes	13	1.1	9	0.7	3	0.2

En cuanto a la prevalencia del consumo de tabaco y alcohol según sexo, en la Cuadro N° 14 podemos observar que:

- Las prevalencias en el consumo de vida y año de tabaco son mayores en los varones, en cambio la situación se invierte cuando se trata de prevalencia de mes, siendo el consumo en este periodo en las adolescentes mujeres mayor al de los varones.
- Respecto al consumo de alcohol, la prevalencia de vida es mayor en las adolescentes mujeres en relación con los varones. En las prevalencias de año y de mes sucede lo contrario, el consumo es mayor en los varones.

Cuadro N° 14. Prevalencia de vida, año y mes en el consumo de tabaco y alcohol, según sexo.

Sustancia	Prevalencia					
	Vida		Año		Mes	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Tabaco	83.1	75.0	59.3	39.1	8.5	**9.4**
Alcohol	86.2	**90.6**	65.0	50.0	10.4	9.4

En el Cuadro N° 15 se muestra la prevalencia de consumo de drogas ilegales tanto en hombres como en mujeres, observándose que:

- Las prevalencias de año de marihuana y PBC en los varones casi duplica el porcentaje con respecto a las mujeres. En el caso de los inhalantes el porcentaje de los adolescentes es 3 veces más frente a las adolescentes mujeres.
- El porcentaje de prevalencia de vida en el consumo de éxtasis en las adolescentes mujeres es de 3.1%, frente a 1.5% en los varones.

Cuadro N° 15. Prevalencia de vida, año y mes en el consumo de drogas ilegales, según género.

	Prevalencia					
	Vida		Año		Mes	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Marihuana	43.1	34.4	**30.0**	15.6	2.8	0.0
Cocaína	15.9	15.6	10.5	7.8	0.5	0.0
PBC	19.8	12.5	**13.9**	7.8	1.1	0.0
Inhalantes	11.5	6.3	**5.4**	1.6	0.4	0.0
Éxtasis	1.5	**3.1**	0.9	0.0	0.1	0.0
Alucinógenos	1.5	1.6	0.8	1.6	0.2	0.0

En el Cuadro N° 16 se presenta los resultados del estudio con respecto a los bebedores problemáticos. En ella se puede observar que el 50.2% de los adolescentes infractores que declararon haber consumido bebidas alcohólicas en el último mes, antes de cometer la infracción, presentan consumo problemático de alcohol.

Cuadro N° 16. Consumo problemático de alcohol 30 días antes de cometer la infracción

	Porcentaje	Frecuencia
No hay consumo problemático	49.8	614
Consumidores problemáticos	50.2	619
Total	100.0	1233

Con respecto a los signos de dependencia 30 días antes de cometer la infracción, el Cuadro N° 17 muestra que:

Aproximadamente el 60% de los adolescentes que declaran uso actual de bebidas alcohólicas (459) presentan signos de dependencia[17], dadas las características de su consumo. Situación similar se da en las sustancias psicoactivas inhalantes (63%).

Seis de cada diez adolescentes que declaran consumo actual de marihuana, presentan signos de dependencia a esta sustancia.

Siete de cada diez (72%) adolescentes con consumo actual presentan signos de dependencia a PBC, y es la sustancia psicoactiva que presenta el mayor porcentaje de consumo problemático en relación con las demás sustancias psicoactivas.

[17] Es importante aclarar, por otro lado, que esta escala no necesariamente da cuenta del número de personas que son dependientes de una sustancia. La dependencia o adicción a una droga sólo puede ser establecida mediante un diagnóstico clínico aplicado de manera individual. No se puede diagnosticar mediante una encuesta, cuyo objetivo de estudio viene a ser la población y no un individuo en particular. Por esta razón, la escala de dependencia sólo da cuenta de los usuarios de drogas que, dadas sus declaraciones de consumo, presentan signos de dependencia a una sustancia psicoactiva; lo que en rigor viene a ser una probabilidad, mas no necesariamente una certeza derivada de un análisis clínico especializado. Se trata, por tanto, de un estimado poblacional obtenido indirectamente, y no de un registro de casos individuales obtenido de manera directa.

Cuadro N° 17. Signos de dependencia al alcohol y drogas 30 días antes de cometer la infracción*

	No presenta signos		Presenta signos		Total	
	%	N	%	N	%	N
Alcohol	40.4	311	**59.6**	**459**	100.0	770
Marihuana	38.2	128	61.8	207	100.0	335
Cocaína	40.8	53	59.2	77	100.0	130
PBC	28.0	42	72.0	108	100.0	150
Inhalantes	37.0	17	**63.0**	**29**	100.0	46

* Porcentaje entre los que consumieron 30 días antes de cometer la infracción.

2.1.3.3.2. Población universitaria

En primer lugar destaca que el 87,1% de los estudiantes de la muestra declararon haber consumido alcohol alguna vez en la vida. Estas cifras se reducen a 71,7% cuando se consulta por el uso durante el último año. Para el caso del uso de tabaco se observa que un 59,9% de los estudiantes declaran haber consumido tabaco alguna vez en la vida, un 36,2% manifiesta un consumo reciente (Ver Cuadro N° 18).

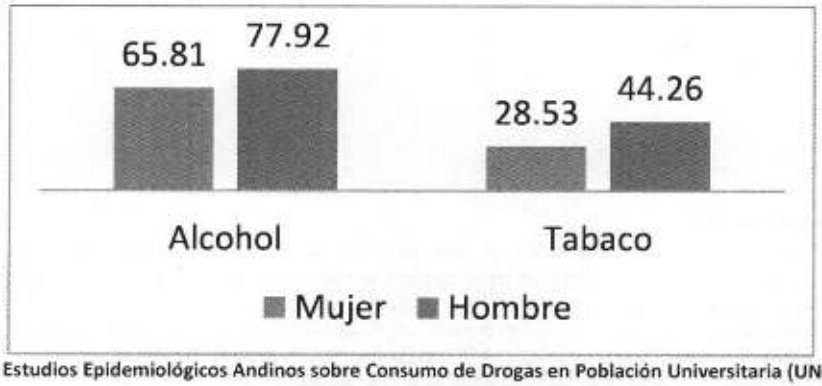
Cuadro N° 18. Prevalencia del consumo de alcohol y tabaco en la población universitaria.

PREVALENCIA	Vida	Año
Alcohol	**87.07**	**71.7**
Tabaco	**59.86**	**36.18**

Estudios Epidemiológicos Andinos sobre Consumo de Drogas en Población Universitaria (UNODC, 2012)

En el Gráfico No 2 se aprecia el mayor consumo de drogas legales en la población masculina. Sin embargo, el consumo femenino tanto de alcohol como de tabaco es bastante significativo.

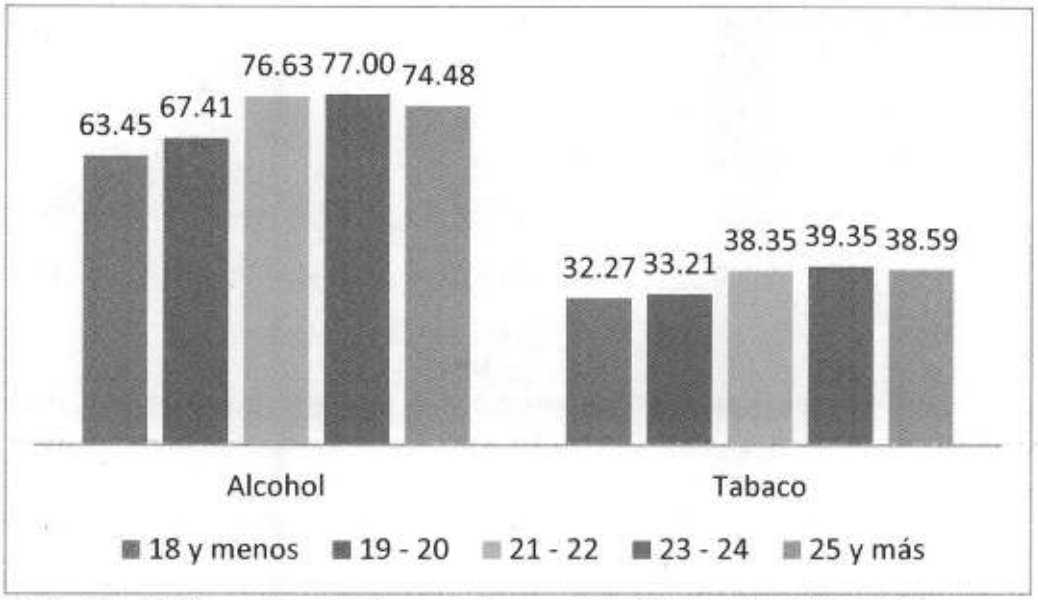
Gráfico Nº 2. Prevalencia Anual de Consumo de Alcohol y Tabaco según Género en la Población Universitaria



Estudios Epidemiológicos Andinos sobre Consumo de Drogas en Población Universitaria (UNODC, 2012)

Los grupos de edad de 21-22 años y 23-24 años presentan las mayores prevalencias anuales de consumo de alcohol. Para el consumo de tabaco se observa que las mayores prevalencias se encuentran entre los 21 a 25 y más años.

Gráfico Nº 3. Prevalencia Anual de Consumo de Alcohol y Tabaco según grupo de edad en la Población Universitaria



Estudios Epidemiológicos Andinos sobre Consumo de Drogas en Población Universitaria (UNODC, 2012)

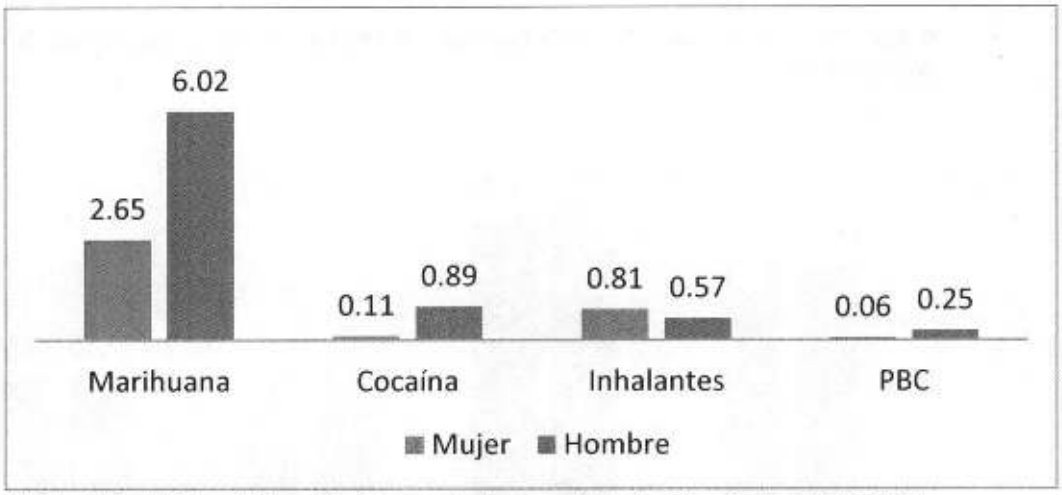
Cuadro N° 19. Prevalencia del último año del consumo de drogas en la población escolar de secundaria, según sexo

PREVALENCIA	**Vida**	**Año**
Marihuana	11.58	4.29
Cocaína	2.78	0.49
PBC	0.88	0.15
Inhalantes	2.55	0.69

Estudios Epidemiológicos Andinos sobre Consumo de Drogas en Población Universitaria (UNODC, 2012)

Aunque se observa un consumo mayor de drogas ilegales en los hombres, se evidencia un consumo mayor de inhalantes en las mujeres.

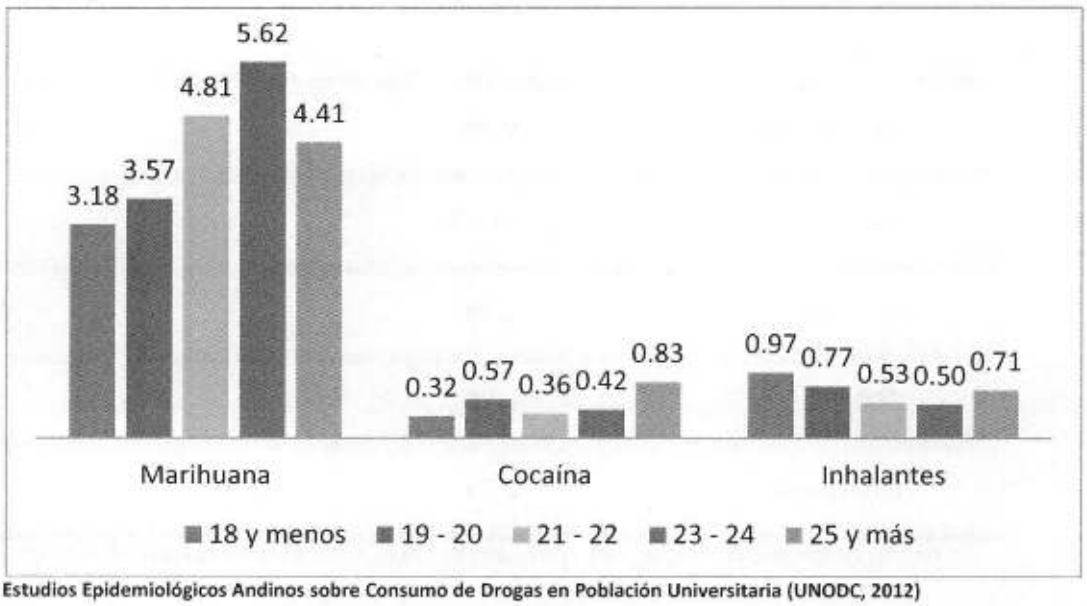
Gráfico Nº 4. Prevalencia Anual de Consumo de Drogas Ilegales e Inhalantes según Género en la Población Universitaria



Estudios Epidemiológicos Andinos sobre Consumo de Drogas en Población Universitaria (UNODC, 2012)

La prevalencia anual de consumo de marihuana es mayor en el grupo de edad de 23 a 24 años. Respecto a la cocaína, el grupo de edad que presenta mayor consumo es el de 25 a más años. El consumo de mayor de inhalantes se presenta en el grupo de edad de 18 a menos.

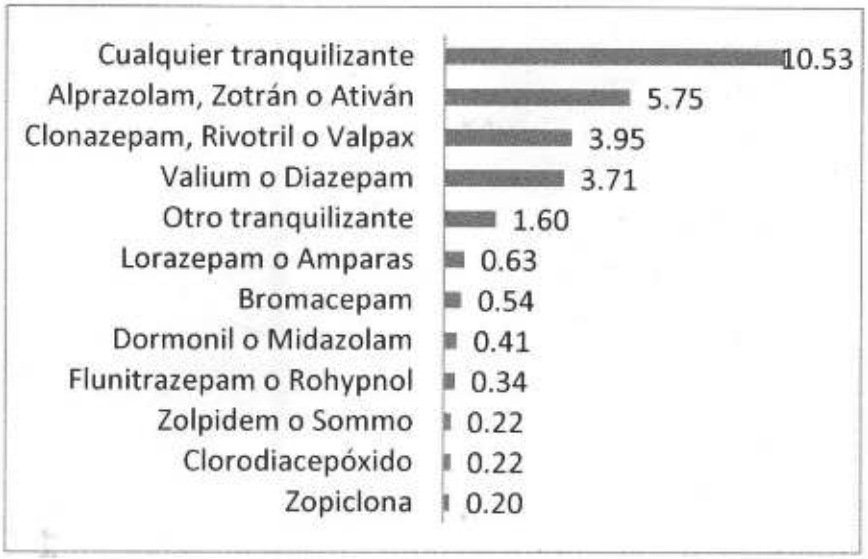
Gráfico Nº 5. Prevalencia Anual de Consumo de Drogas Ilegales e Inhalantes según Género en la Población Universitaria



Estudios Epidemiológicos Andinos sobre Consumo de Drogas en Población Universitaria (UNODC, 2012)

El 10,5% de los estudiantes declaran haber usado al menos uno de ellos alguna vez en la vida, de acuerdo a una lista de tranquilizantes que les fuese proporcionada y que se presenta en la tabla.

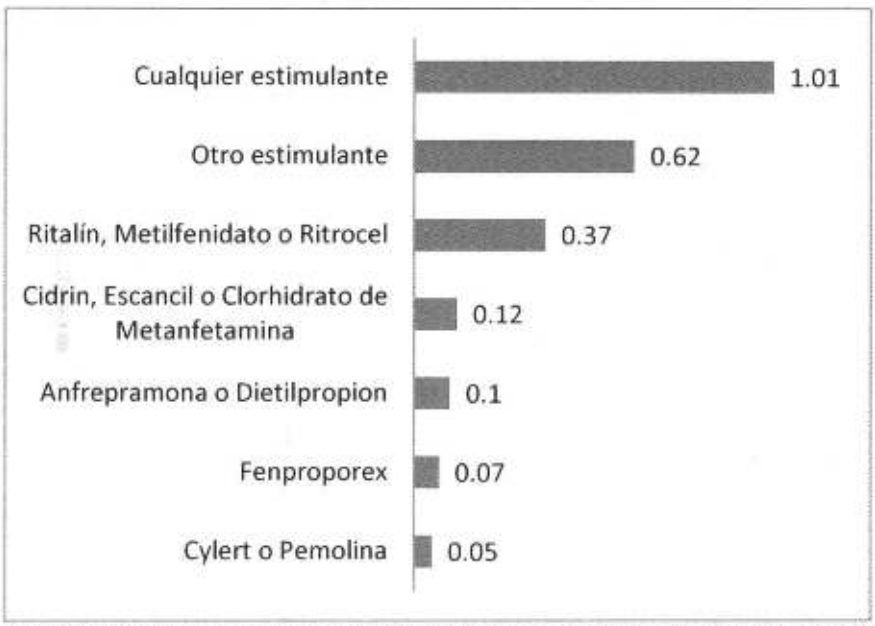
Gráfico Nº6. Prevalencia de Vida de Consumo de Tranquilizantes en la Población Universitaria.



Estudios Epidemiológicos Andinos sobre Consumo de Drogas en Población Universitaria (UNODC, 2012)

Respecto de estimulantes se observa que su uso con o sin prescripción es de 1% para prevalencia de alguna vez en la vida.

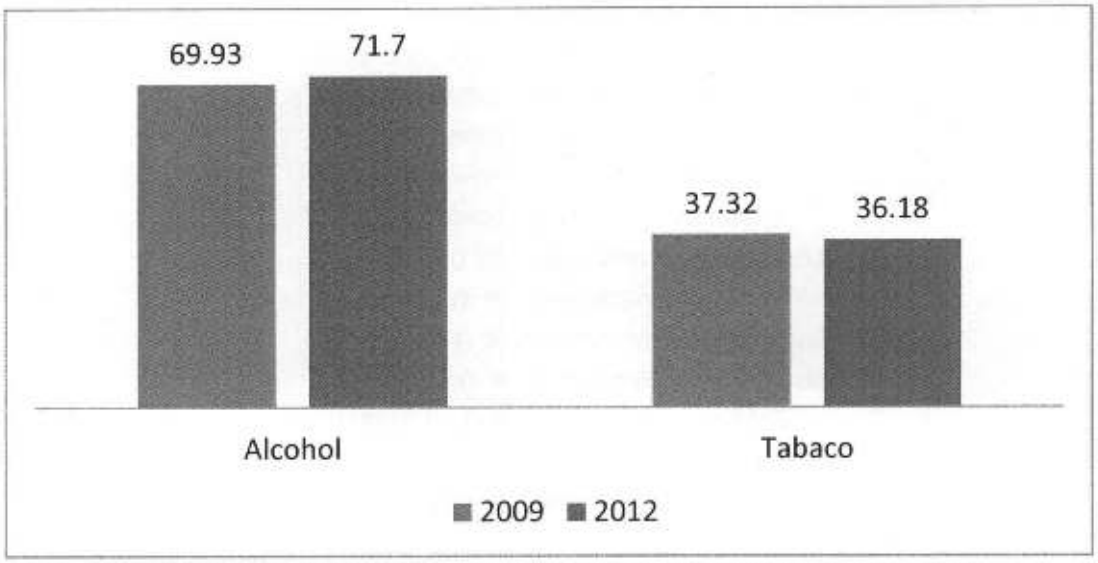
Gráfico Nº 7. Prevalencia de Vida de Consumo de Estimulantes en la Población Universitaria.



Estudios Epidemiológicos Andinos sobre Consumo de Drogas en Población Universitaria (UNODC, 2012)

Según se aprecia en el Grafico No 8 se ha incrementado el consumo de alcohol en los universitarios, tomando en consideración los estudios realizados en la misma población el año 2009 y el año 2012. Para el caso del consumo de tabaco se observa un ligero descenso.

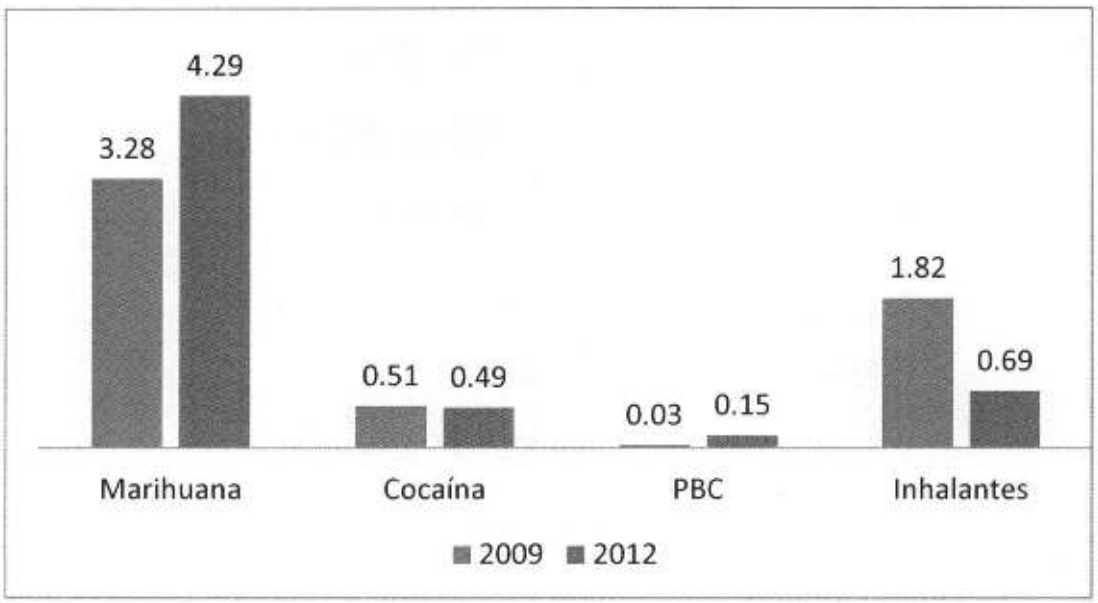
Gráfico Nº 8. Tendencia de Consumo Anual de Alcohol y Tabaco en la Población Universitaria. Periodo 2009-2012.



Estudios Epidemiológicos Andinos sobre Consumo de Drogas en Población Universitaria (UNODC, 2009-2012)

Entre los años 2009 y 2012 el consumo anual de marihuana y PBC presentan tendencias incrementales significativas.

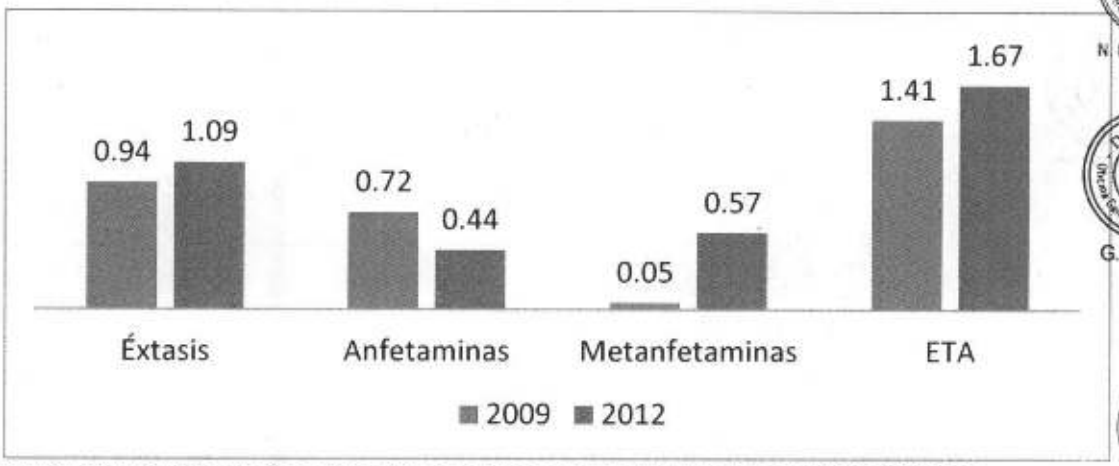
Gráfico Nº 9. Tendencia de Consumo Anual de Drogas ilegales en la Población Universitaria. Periodo 2009-2012.



Estudios Epidemiológicos Andinos sobre Consumo de Drogas en Población Universitaria (UNODC, 2009-2012)

Durante el Periodo 2009-2012 se presenta una tendencia incremental de consumo de ETA, éxtasis y metanfetaminas. Este es un dato relevante para considerar a estas sustancias como drogas emergentes en las preferencias de uso, las cuales deben ser intervenidas preventivamente para evitar incrementos significativos.

Gráfico Nº 10. Tendencia de Consumo Anual de Drogas de Diseño en la Población Universitaria. Periodo 2009-2012.



Estudios Epidemiológicos Andinos sobre Consumo de Drogas en Población Universitaria (UNODC, 2009-2012)

2.1.3.4. Las opiniones sobre drogas en la población urbana

Según un estudio realizado el año 2010 (CEDRO, 2011)[18], la problemática de las drogas y el narcotráfico es el tercer problema más importante percibido por la población urbana. De otro lado, en la mayoría de ciudades donde se realizó el estudio se encuentra que entre 50% al 60% de los encuestados afirman que conocen mucho o regular acerca de las drogas. Un dato relevante es que más del 80% considera que el consumo de drogas ha aumentado en el Perú. Asimismo, un 93% se opone a la legalización del uso de drogas actualmente prohibidas.

Esta información revela la importancia percibida que tienen los ciudadanos sobre la problemática del consumo de drogas y su rechazo a la legalización de drogas ilícitas.

2.1.3.5. El impacto económico de la problemática del consumo de drogas en el Perú

El costo de la problemática de las drogas en el Perú ha sido estimado en 444. 7 millones de US$ anuales, lo que corresponde a cerca de 16 US$ per cápita. Estas cifras representan el 0.2% del Producto Bruto Interno. De este costo anual corresponden al alcohol 245.4 millones de US$, a las drogas ilegales 192.3 millones de US$ y al tabaco 7 millones de US$ (DEVIDA, 2010)[19].

Respecto a los componentes del costo económico, encontramos que:

- El 11.3% corresponden a los costos de atención sanitaria.
- El 57.4% corresponden a reducción de la capacidad laboral-productiva.
- El 7.5% corresponden a daños a la propiedad.
- El 23.8% a gastos de gobierno.

[18] CEDRO (2011). Opiniones sobre drogas en la población urbana peruana 2010. Encuesta de Hogares. Lima: Autor.

[19] DEVIDA (2010). *Estudio del impacto social y económico del consumo de drogas en el Perú*. Lima: Autor.

2.2 Identificación y cuantificación de la población

2.2.1. Población Potencial

Población de 12 a 65 años de las 26 regiones del país.

2.2.2. Cuantificación de la población potencial

Tabla N° 3

Valor	Unidad de medida
22,320,222	Persona

FUENTE: INEI. Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental, por Años Calendario y Edades Simples, 1995-2025. Boletín Especial Nº 22

2.2.3. Criterios de Focalización

Para la determinación de los criterios de focalización se han considerado aspectos epidemiológicos, poblacionales y asociados al nivel de intervención requerido. De esta forma los criterios de focalización son:

CRITERIO 1	DESCRIPCION
Grupos de edad: 12 a 65 años	Desde una perspectiva evolutiva, se ha sugerido que los factores relacionados al consumo de drogas influyen a lo largo del todo el curso del ciclo vital, ejerciendo un impacto acumulativo a través del tiempo[20]. La exposición a estos factores en las etapas iniciales de vida podría generar vulnerabilidades al individuo en etapas posteriores del desarrollo. Por esta razón, las intervenciones preventivas y terapéuticas asociadas al presente programa presupuestal serán desplegadas desde etapas tempranas del desarrollo. Estos aspectos evolutivos son fundamentales para conceptualizar nuestro programa presupuestal como una intervención multicomponente dirigida a diversos grupos etarios con necesidades específicas.

[20] Newcomb, M., Maddahian, E., y Bentler P. (1986). Risk factors for drug use among adolescents: concurrent and longitudinal analyses. American Journal of Public Health, 76(5),525-31.

CRITERIO 2	DESCRIPCIÓN
Patrón de consumo y/o exposición de riesgo	Tomando en cuenta que el presente programa presupuestal considera que toda persona (en cualquier etapa de su ciclo vital) se encuentra en algún nivel de exposición de riesgo para el consumo de drogas, se identifica 4 condiciones: a) **Población no consumidora:** Aquella que aún no ejerce comportamientos de consumo. b) **Población consumidora:** Aquella que ejerce comportamientos de consumo a nivel experimental y social. c) **Población con consumos abusivo/problemáticos**[21] d) **Población con consumo dependiente**[22] Estas condiciones requieren de intervenciones específicas que deben configurar un continuo de actuaciones preventivas (basadas en la exposición de riesgo[23]) y asistenciales. Para ello se identifica: **Programas promocionales:** intervenciones dirigidas a la población general y orientada a mejorar la capacidad de los individuos para el desarrollo de competencias, aumentando el bienestar psicológico, la capacidad y la fortaleza emocional, y creando condiciones y entornos favorables a la vida. **Programas preventivos universales:** se define como aquellas intervenciones que están dirigidas al público en general o a un grupo completo de la población que no ha sido identificado sobre la base de mayor riesgo.

[21] Entenderemos el **abuso de sustancias** a un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

- Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).
- Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
- Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
- Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

[22] Patrón desadaptativo de consumo de drogas que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia
2. Abstinencia
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

[23] Ver: Mrazek, P. J., y Haggerty, R. J. (Eds.). (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press.

	Programas preventivos selectivos: se dirige a individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que el promedio, según evidencia comprobada por los factores de riesgo psicológico o social. **Programas preventivos indicados:** se dirige a las personas en alto riesgo que son identificadas como personas con signos o síntomas mínimos, pero detectables, que pronostican el inicio de un trastorno mental, o marcadores biológicos que indican la predisposición para desarrollar trastornos mentales, pero que en ese momento, no cumplen con el criterio para trastorno mental. **Tratamiento y rehabilitación:** Intervenciones dirigidas a personas que ejercen consumos problemáticos o abusivos de drogas o cumplen los criterios diagnósticos de dependencia. Asimismo, comprende actuaciones encaminadas a la reinserción del drogodependiente en la sociedad. Estas intervenciones deben entenderse como un continuo de respuesta frente a una problemática compleja y con una amplia heterogeneidad de poblaciones accesitarias de actuaciones preventivas y terapéuticas. Desde la investigación epidemiológica del consumo de drogas se conceptualiza que toda persona se encuentra expuesta a algún nivel de riesgo, requiriéndose actuaciones preventivas que contemplen esta exposición. Esto se evidencia en el cálculo de indicadores epidemiológicos específicos sobre esta problemática que usan como denominador a la población general24. De otro lado, quienes se encuentran involucrados presentan diversos patrones de consumo que van del experimental hasta la dependencia. Para este grupo heterogéneo de poblaciones se requiere de intervenciones ajustadas a sus necesidades preventivas y terapéuticas través de los diversos productos que se desplegaran.

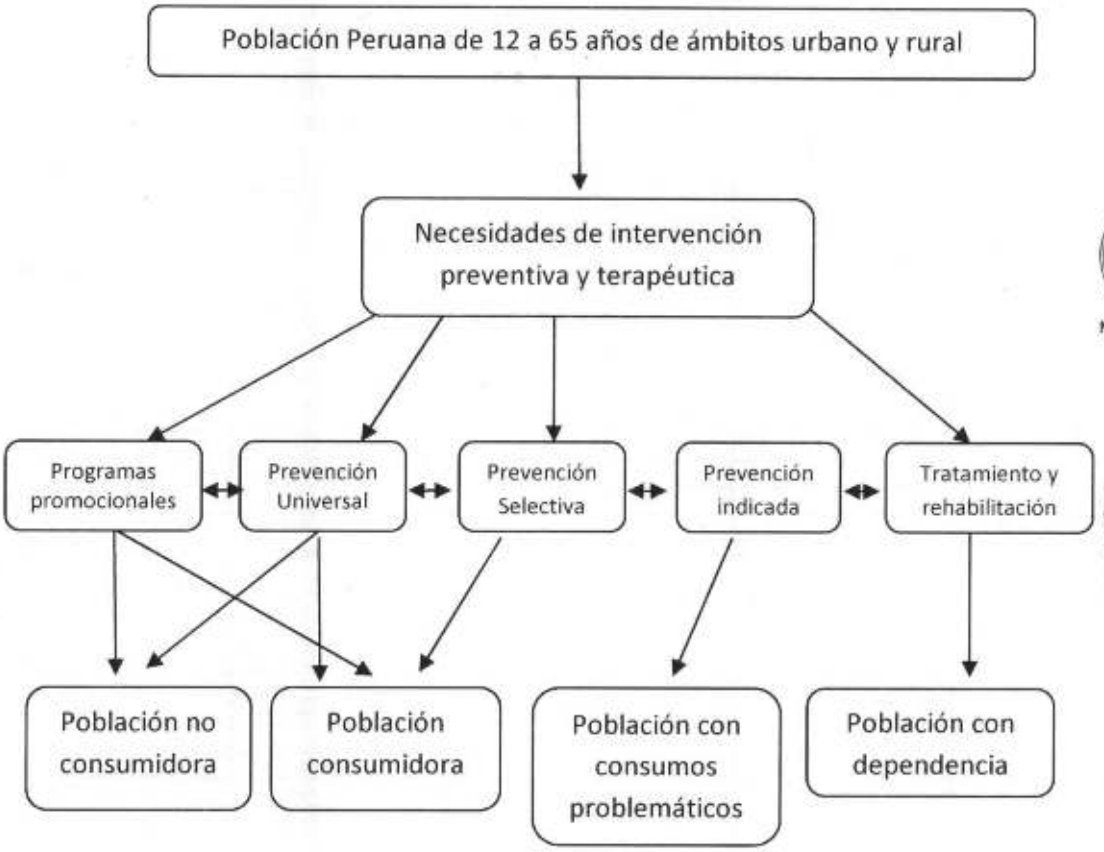
La articulación de los criterios de focalización

Conforme puede observarse en el Grafico No 11 los criterios de focalización se articulan para generar esquemas de decisión sobre el tipo de intervención y poblaciones. Este es un aspecto fundamental considerando la naturaleza multifactorial de la problemática del consumo de drogas.

[24] Véase textos como :

- Sloboda, Z. (2005). Epidemiology of drug abuse. New York: Springer.
- Gordis, L. (1996). Epidemiology. Philadelphia: W.B. Saunders.

Grafico 11: Articulación entre los criterios de focalización del Programa Presupuestal de Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas



2.2.4. Población Objetivo

Población de 12 a 65 años de 26 regiones del país.

Cuantificación de la población objetivo

Tabla N° 4

Valor	Unidad de medida
22,320,222	Persona

FUENTE: INEI. Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental, por Años Calendario y Edades Simples, 1995-2025. Boletin Especial Nº 22

2.2.5 Atributos de la población objetivo

Tabla N° 5

PERÚ: ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE LA POBLACION POR AÑOS CALENDARIO Y EDADES SIMPLES DE 12 a 65 AÑOS, 2015

Edad	Masculino	Femenino	Total
TOTAL	**11,204,127**	**11,116,095**	**22,320,222**
12	296,525	286,030	582,555
13	296,042	285,853	581,895
14	295,605	285,777	581,382
15	294,914	285,457	580,371
16	293,955	284,891	578,846
17	293,040	284,336	577,376
18	292,271	283,862	576,133
19	291,477	283,326	574,803
20	290,405	282,531	572,936
21	289,136	281,538	570,674
22	287,224	279,962	567,186
23	284,429	277,599	562,028
24	280,951	274,612	555,563
25	277,373	271,511	548,884
26	273,752	268,364	542,116
27	269,428	264,482	533,910
28	264,188	259,631	523,819
29	258,413	254,204	512,617
30	252,515	248,659	501,174
31	246,192	242,695	488,887
32	241,108	237,905	479,013
33	238,063	235,063	473,126
34	236,217	233,364	469,581
35	234,056	231,353	465,409
36	232,039	229,468	461,507
37	228,745	226,376	455,121
38	223,367	221,315	444,682
39	216,657	214,996	431,653
40	210,162	208,881	419,043
41	203,559	202,666	406,225
42	197,367	196,837	394,204
43	191,998	191,781	383,779
44	187,155	187,224	374,379
45	182,089	182,457	364,546
46	176,896	177,569	354,465
47	171,857	172,851	344,708
48	167,018	168,359	335,377
49	162,275	163,982	326,257
50	157,549	159,614	317,163
51	152,940	155,358	308,298
52	147,860	150,645	298,505
53	142,034	145,209	287,243
54	135,764	139,339	275,103
55	129,595	133,559	263,154
56	123,382	127,730	251,112
57	117,593	122,283	239,876
58	112,505	117,479	229,984
59	107,882	113,095	220,977
60	103,236	108,682	211,918
61	98,697	104,367	203,064
62	94,050	99,915	193,965
63	89,149	95,174	184,323
64	84,135	90,297	174,432
65	79,293	85,582	164,875

INEI. Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental, por Años Calendario y Edades Simples, 1995-2025. Boletín Especial Nº 22

2.3. Causas del problema identificado

2.3.1. Desarrollo del árbol de problemas:

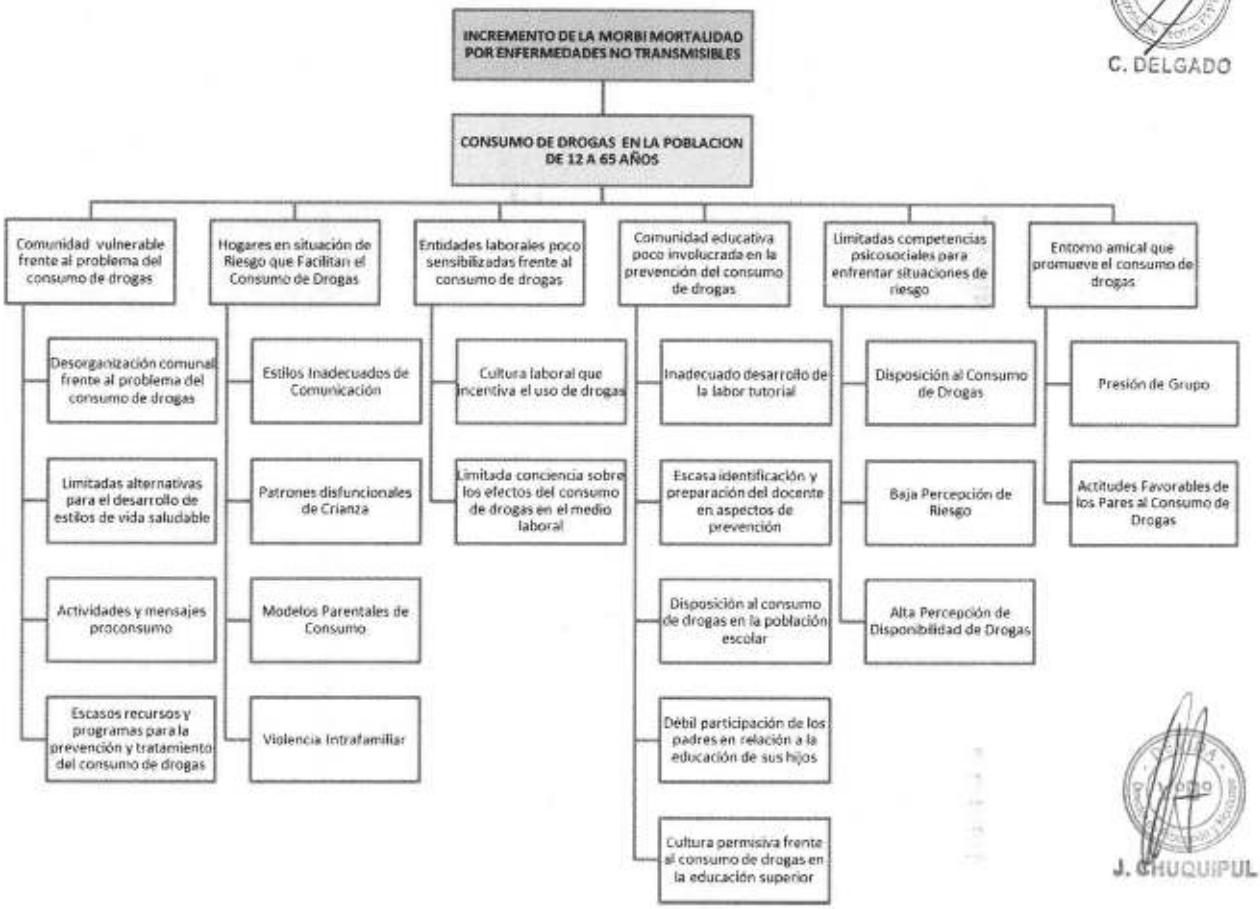


Tabla N° 6 CAUSAS DEL PROBLEMA IDENTIFICADO

DESCRIPCION DE LA CAUSA	Comunidad vulnerable frente al problema del consumo de drogas
DESCRIBA LA VINCULACION ENTRE LA CAUSA Y EL PROBLEMA ESPECIFICO	En diferentes lugares del país existen entornos comunitarios expuestso a situaciones de violencia, delincuencia, venta y consumo de drogas. Ello genera una sensación de inseguridad y pérdida de confianza en la autoridad para garantizar el orden en la comunidad, sumado a la percepción de una mala convivencia con los demás miembros del vecindario y la ausencia o carencia de una red de soporte comunitario
MAGNITUD DE LA CAUSA (DATOS CUANTITATIVOS)	(i) Cerca de 7 millones de personas se encuentran en un nivel de vulnerabilidad media y alta (50.8% y 5.6%, respectivamente) (ii) El 43.7% de la población registra una baja vulnerabilidad social (iii) El consumo de marihuana en la población de alta vulnerabilidad es 3.4 veces más alto que en el grupo de personas ubicadas en nivel más bajo. (iv) El uso de PBC y cocaína en las personas que se ubican en el nivel más alto de vulnerabilidad social es 4 y 5 veces más alto que las que se ubican en un bajo nivel de vulnerabilidad. Los entornos comunitarios que no garantizan una convivencia y seguridad adecuadas hacen más vulnerables a las personas y favorecen el consumo de drogas. Fuente: III Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en la población general del Perú-2010
ATRIBUTOS DE LA CAUSA (DATOS CUANTITATIVOS)	El área geográfica, correspondiente a Lima Metropolitana (7.4%) y las ciudades del resto de la Costa (4.9%), son las que presentan mayores niveles de vulnerabilidad social. El grupo etario de 36 a 45 (6.5%) percibe un mayor nivel de vulnerabilidad social en relación a los demás grupos de edad. Las percepciones de vulnerabilidad social, tanto en hombres como en mujeres son similares (5.6% y 5.5% respectivamente).
EVIDENCIA QUE JUSTIFIQUE LA RELACION DE CAUSALIDAD RESPECTIVA (CITE LA EVIDENCIA DE LA NOTA 1)	Se encontró una correlación positiva entre la vulnerabilidad social y el consumo de marihuana. Existe una relación estadísticamente significativa ($p<0.05$, r Spearman=0.905), a mayor nivel de vulnerabilidad social, mayor nivel de consumo de marihuana. Fuente: DEVIDA-IV Encuesta Nacional de consumo de drogas en población general, Perú 2010

DESCRIPCION DE LA CAUSA	Hogares en Situacion de Riesgo que Facilitan el Consumo de Drogas
DESCRIBA LA VINCULACION ENTRE LA CAUSA Y EL PROBLEMA ESPECIFICO	La familia es el principal espacio de socialización del ser humano, en el cual éste debería sentirse seguro y protegido; sin embargo las evidencias demuestran que no es así y que en su entorno se presentan inadecuados patrones de crianza, deficientes estilos de comunicación, violencia intrafamiliar y modelos parentales de consumo, que podrían constituirse en factores de riesgo asociados al consumo de drogas.
MAGNITUD DE LA CAUSA (DATOS CUANTITATIVOS)	(i) 10.3 % de estudiantes manifestó haber sido víctimas de maltrato físico al interior de sus familias y un 16.7% declaró ser víctima de maltrato psicológico. (III Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria-2009) (ii) El 30% de estudiantes que consumieron drogas legales (Alcohol y tabaco)en el último año registra antecedentes de consumo de alcohol en la familia. Una tendencia similar, aunque con diferencias más marcadas se observa cuando se exploran los antecedentes de consumo de sustancias ilegales (IV Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria-2012) (iii) El 35.3% de estudiantes que consumieron drogas legales (Alcohol y tabaco) en el último año registra antecedentes de consumo de sustancias ilegales en la familia. Una tendencia similar, aunque con diferencias más marcadas se observa cuando se exploran los antecedentes de consumo de sustancias ilegales (IV Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria-2012) . (iv) El 32.5% de estudiantes que consumieron drogas legales (Alcohol y tabaco) en el último año registra antecedentes delictivos en la familia. Una tendencia similar, aunque con diferencias más marcadas se observa cuando se exploran los antecedentes de consumo de sustancias ilegales. (IV Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria-2012)
ATRIBUTOS DE LA CAUSA (DATOS CUANTITATIVOS)	**Hogares con antecedentes de consumo de drogas** En el grupo de estudiantes que tienen familiares con antecedentes de consumo de alcohol son los varones los que tienen una prevalencia más alta (16% mayor en relación a las mujeres) y en el caso de drogas ilegales, 22% mayor en relación a las mujeres. **Consumo diferenciado por sexo** Por cada 100 hombres que consumen drogas legales (alcohol y tabaco) 86 mujeres lo hacen, siendo la diferencia mínima. En el caso de las drogas ilegales, por cada 100 hombres que las consumen, 69 mujeres también lo hacen.

EVIDENCIA QUE JUSTIFIQUE LA RELACION DE CAUSALIDAD RESPECTIVA (CITE LA EVIDENCIA DE LA NOTA 1)	El uso de drogas ilegales es significativamente más alto entre los que registran antecedentes por consumo de drogas o actos delictivos por algún miembro de la familia: - El grupo de personas que señalan que uno o más miembros de su familia tiene problemas de consumo de marihuana y sustancias cocaínicas es entre tres y cuatro veces más alto en los primeros que en los segundos. El consumo de inhalantes y éxtasis registra la misma tendencia. - En el grupo de personas que registran antecedentes de consumo de drogas ilegales en su familia el uso de marihuana y sustancias cocaínicas es entre once y trece veces más alto, que entre los que no registran este antecedente familiar. Los inhalantes y el éxtasis registran una tendencia similar. - El consumo de marihuana entre las personas que señalan que uno o más miembros de su familia ha cometido un delito es 12.5 más alto. El uso de sustancias cocaínicas es entre diecinueve y veintiún veces más alto. El consumo de inhalantes y éxtasis registra la misma tendencia. En todos los casos, el uso de sustancias ilegales entre los que registran antecedentes delictivos en la familia es significativamente más alto que el promedio nacional. - En el grupo de personas que declara que uno o más miembros de su familia está preso o presa consume trece veces mas alto marihuana y cocaína que los que no registran este antecedente familiar. El consumo de PBC es veintiocho veces más alto. El uso de inhalantes y éxtasis registra la misma tendencia. En todos los casos, el uso de sustancias ilegales entre los que tienen algún familiar preso es significativamente más alto que el promedio nacional. Fuente: DEVIDA - IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú 2010

DESCRIPCION DE LA CAUSA	Comunidad educativa poco involucrada en la prevención del consumo de drogas
DESCRIBA LA VINCULACION ENTRE LA CAUSA Y EL PROBLEMA ESPECIFICO	La escuela es otro de los espacios fundamentales en el proceso de socialización de las personas; la diversas instancias que forman parte de la comunidad educativa: directivos, docentes, estudiantes y padres de familia (APAFAS) muestran escasa articulación y poco interés en relación a aquellos aspectos que van más alla del quehacer educativo como son el desarrollo de estilos de vida saludables entre los estudiantes y la promoción de una convivencia pacífica que a la larga podrían constituirse en factores de protección del consumo de drogas. Además, no existe una adecuada preparación de los docentes para implementar actividades preventivas de manera eficiente; en algunos casos los docentes muestran conductas inapropiadas relacionadas al consumo de drogas. En el ámbito universitario existe una preocupante actitud permisiva frente al uso de drogas legales e ilegales.
MAGNITUD DE LA CAUSA (DATOS CUANTITATIVOS)	(i) 10,136 docentes tutores para la implementación del programa, (ii) 4,803 participaron en el reforzamiento de contenidos de la TOE. (iii) 7,210 líderes estudiantiles. (iv) 6,825 aplicaciones del programa de prevención del consumo de drogas- (v) 189,542 estudiantes que representan el 10% de la población secundaria del sector público. Fuente: Reporte Anual PPPTCD 2014 - DEVIDA Página WEB MINEDU/SCALE
ATRIBUTOS DE LA CAUSA (DATOS CUANTITATIVOS)	**Tipo de gestión de IIEE** 66% de colegios públicos (nivel secundario) desarrollan temas relacionados al consumo de drogas durante las horas de tutoría. En el caso de colegios privados (nivel secundario) lo hacen el 62 %. Los años de estudio que mayoritariamente han desarrollado cursos relacionados a la prevención del consumo de drogas, corresponden a cuarto y quinto grados. En una escala valorativa del 1 al 10, el 30% de los estudiantes de educación secundaria califican de mala, la orientación que reciben en prevención de drogas.
EVIDENCIA QUE JUSTIFIQUE LA RELACION DE CAUSALIDAD RESPECTIVA (CITE LA EVIDENCIA DE LA NOTA 1)	Existe una correlación inversamente proporcional entre el consumo de drogas y los niveles de protección del ambiente escolar (exigencia, disciplina de la institución educativas, actitud de los docentes frente a las drogas, orientación y confianza al estudiantes). A mayor nivel de protección, el consumo de drogas es menor en la población escolar. Siendo inclusive hasta menor que el promedio nacional. Fuente: DEVIDA - I Estudio Nacional: Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2005.

DESCRIPCION DE LA CAUSA	Limitadas competencias psicosociales para enfrentar situaciones de riesgo
DESCRIBA LA VINCULACION ENTRE LA CAUSA Y EL PROBLEMA ESPECIFICO	La baja percepción de riesgo, la disposición al consumo de drogas (curiosidad y ofrecimiento) y la alta percepción de su disponibilidad, constituyen factores de riesgo relacionados al consumo de drogas, frente a los cuales las personas no cuentan con un adecuado desarrollo de competencias psicosociales que les permita afrontar de manera adecuada sus efectos. .
MAGNITUD DE LA CAUSA (DATOS CUANTITATIVOS)	Diversas investigaciones han demostrado que las habilidades psicosociales deficitarias desempeñan un papel central en el origen del consumo de drogas legales e ilegales en los adolescentes. Asimismo, se ha identificado que un grupo significativo de adolescentes y jóvenes acuden al uso de drogas para "afrontar" situaciones adversas. De esta forma, el uso de drogas se percibe como elemento que facilita la regulación del afecto negativo o de alivio a la angustia, falta de sentido o significado por la vida, o abandono percibido . De otro lado, se ha identificado que el sentido positivo de identidad, autoeficacia, la autoestima y la sensación de bienestar psicológico, son aspectos que, en conjunto, pueden dirigir a los individuos en trayectorias positivas de desarrollo en la adolescencia tardía y la edad adulta temprana. Por el contrario, experiencias repetidas de fracaso pueden conducir a una baja autoestima, autoconfianza pobre, sentimientos de desesperanza y angustia, y otros problemas relacionados con el ajuste psicológico incrementan la probabilidad del uso de drogas .
ATRIBUTOS DE LA CAUSA (DATOS CUANTITATIVOS)	**Percepción de riesgo** (i) 17% de estudiantes mujeres y 22.3% de estudiantes varones, considera que el consumo frecuente de marihuana no constituye un gran riesgo o desconocen sus consecuencias (ii) 24.2% de estudiantes varones y 19.3% de estudiantes mujeres, considera que el consumo frecuente de Cocaína no constituye un gran riesgo o desconocen sus consecuencias (iii) 29.4 de estudiantes varones y 27.7% de estudiantes mujeres, considera que el consumo frecuente de PBC no constituye un gran riesgo o desconocen sus consecuencias. **Disposición al consumo** 12 % de estudiantes varones tiene una disposición favorable (fuerte y moderada) al consumo de drogas ilícitas y 5.6% en el caso de estudiantes mujeres- La mayor disposición favorable (11.6%) al consumo de drogas, se da en el rango etáreo entre 19 y 25 años de edad. **Facilidad de acceso** 25.7%, 20.3% y 19.4% de varones declara que le sería fácil conseguir marihuana, PBC y cocaína, respectivamente. 15.6%, 12.6% y 12% de mujeres declara que le sería fácil conseguir marihuana, PBC y cocaína, respectivamente.

EVIDENCIA QUE JUSTIFIQUE LA RELACION DE CAUSALIDAD RESPECTIVA (CITE LA EVIDENCIA DE LA NOTA 1)	**Percepción de Riesgo** El consumo de drogas ilegales es significativamente más alto entre los que le atribuyen "ningún riesgo" comparados con los que consideran que su uso conlleva un "gran riesgo": - El consumo de drogas legales es relativamente menor en el grupo de estudiantes que declara que el uso frecuente de estas sustancias no tiene "ningún riesgo" que en aquellos que le atribuyen un "gran riesgo", siendo las diferencias significativas. - El consumo de drogas ilegales llega a ser hasta 4 veces más alto en los estudiantes que perciben que el uso ocasional de estas sustancias no conlleva "ningún riesgo", comparados con aquellos que si le atribuyen un "gran riesgo", siendo las diferencias significativas entre ambos grupos. - El uso de drogas ilegales llega a ser hasta 3 veces más alto en los estudiantes que señalan que el consumo frecuente de estas sustancias no conlleva "ningún riesgo", comparados con los que opinan en sentido contrario, siendo las diferencias significativas. **Disposición al consumo** El consumo de drogas legales e ilegales es mayor en los estudiantes que tienen disposición a consumir sustancias ilícitas que en aquellos que no la tienen, siendo la diferencia mayor aún en los que registran una disposición fuerte: - El consumo de drogas legales es 2.8 veces mayor en los estudiantes que tienen disposición a consumir sustancias ilícitas que en aquellos que no la tienen, siendo la diferencia mayor aún en los que registran una disposición fuerte. - No se registra consumo de sustancias ilícitas entre los que no tienen disposición y entre lo que tienen disposición moderada. El uso de drogas ilegales, por el contrario, se concentra entre los que registran una disposición fuerte. Fuente: DEVIDA - IV Estudio Nacional: Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012.

DESCRIPCION DE LA CAUSA	Entorno amical que promueve el consumo de drogas
DESCRIBA LA VINCULACION ENTRE LA CAUSA Y EL PROBLEMA ESPECIFICO	El grupo de pares constituye un importante referente de socialización de los adolescentes, entre los cuales se generan relaciones de intenso apego, cuyas características estarán determinadas por las vivencias previas que trae cada uno de sus integrantes. El problema surge cuando dentro del grupo confluyen conductas negativas (el consumo de drogas entre ellas) las cuales, por el mecanismo de la presión de grupo y el sentido de pertenencia, terminarán siendo asumidas por todos sus miembros con el propósito de evitar la exclusión del mismo.
MAGNITUD DE LA CAUSA (DATOS CUANTITATIVOS)	(i) El 13.5% declaró tener amigos del barrio con conductas delictivas y el 6.5% dentro del colegio (Fuente: III Encuesta Nacional de Prevención y Consumo de drogas en Estudiantes de Secundaria 2009) (ii) 16% de estudiantes manifestó tener pares con una actitud más permisiva y tolerante con el consumo de drogas (Fuente:II Encuesta Nacional de Prevención y Consumo de drogas en Estudiantes de Secundaria 2007) (iii) 73.7 % de los usuarios de marihuana (escolares) comenzó a consumir esta sustancia con sus pares (Fuente: IV Estudio Nacional de Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria-2012) (iv) 50 % de estudiantes comenzó a consumir cocaína con sus pares y 61.7% los hizo en relación a la PBC (Fuente: IV Estudio Nacional de Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria-2012)
ATRIBUTOS DE LA CAUSA (DATOS CUANTITATIVOS)	(i) Ayacucho, Moquegua, Arequipa, Junín, Apurímac y Tacna son las Regiones donde más del 40% de los estudiantes manifiestan que tienen amigos con problemas de consumo de alcohol. (ii) Callao, Madre de Dios, San Martín, Lima, Moquegua, Ucayali, La Libertad y Tacna son las Regiones donde más del 25% de los estudiantes manifiestan que tienen amigos con problemas de consumo de drogas ilegales. (iii) Los estudiantes varones tienen un porcentaje mayor (37%) de amigos con problemas de consumo de alcohol, en comparación con las mujeres. (iv) Los estudiantes varones tienen un porcentaje mayor (25%) de amigos con problemas de consumo de drogas ilegales, en comparación con las mujeres.
EVIDENCIA QUE JUSTIFIQUE LA RELACION DE CAUSALIDAD RESPECTIVA (CITE LA EVIDENCIA DE LA NOTA 1)	El uso de drogas ilegales entre los que registran antecedentes de consumo de sustancias y/o delictivos en el grupo de amigos es significativamente más alto que entre los que no registran este tipo de antecedentes: - El grupo de personas que manifiesta que uno o más de sus amigos tiene problemas de consumo de marihuana y sustancias cocaínicas es entre siete y once veces más alto que los que no registran este tipo de antecedentes. El consumo de inhalantes y éxtasis registra la misma tendencia. - El consumo de marihuana y de sustancias cocaínicas entre las personas que declaran que uno o más de sus amigos consume drogas es entre doce y dieciséis veces más alto que entre los que no registran este tipo de antecedente. El consumo de inhalantes y éxtasis registra la misma tendencia. En todos los casos, el uso de sustancias ilegales entre los que registran antecedentes de consumo de drogas en el grupo de amigos es significativamente más alto que el promedio nacional. Fuente: DEVIDA - IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú 2010

2.3.2 Adopción de un modelo conceptual existente

Factores genéticos y de exposición temprana

No hay suficiente evidencia para afirmar que un gen explique el consumo de drogas, siendo más plausible la combinación de diversos factores genéticos a través de su interacción con factores ambientales. A pesar de que se reconoce influencia genética en las drogodependencias, es preciso aclarar que la existencia de factores de este tipo no significa que la dependencia sea un problema hereditario, existiendo más bien un conjunto de rasgos que son heredados (ej. sensibilidad a los efectos de las drogas psicoactivas). Se ha establecido por ejemplo que la influencia de los genes podrían ejercer mayor impacto durante el transito del consumo a la dependencia en asociación con rasgos de personalidad (impulsividad y toma de riesgos) y factores ambientales[25]. Asimismo, se encontró que la dependencia a nicotina, alcohol y otras drogas era más alta en individuos expuestos al alcohol durante el desarrollo fetal[26].

Asociado a lo anterior, se ha encontrado que la exposición pre natal al alcohol predice déficits en las funciones cognitivas ejecutivas (habilidades superiores que permiten organizar y planificar nuestra conducta) en niños, afectando negativamente su desarrollo interpersonal y habilidades de afrontamiento[27] . En los últimos años el estudio de los aspectos neurocognitivos como el de las funciones ejecutivas, ha suscitado interés para una mejor intervención preventiva. Las funciones cognitivas ejecutivas se encuentran determinadas de forma significativa por las experiencias tempranas y estilos parentales, siendo su entrenamiento vinculado a cambios positivos en la conducta de consumo de drogas[28] .

Factores individuales: de la transmisión de información a la formación de competencias

Diversas investigaciones han demostrado que las habilidades psicosociales deficitarias desempeñan un papel central en la etiología del consumo de drogas legales[29] e ilegales[30] en los adolescentes. Asimismo, se ha identificado que un grupo significativo de adolescentes y jóvenes acuden al uso de drogas para "afrontar" situaciones adversas. De esta forma, el uso de drogas se percibe como elemento que

---

[25] Kreek, M., Nielsen, D., Butelman, E. y LaForge, K. (2005). Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. Nat Neurosci.,8(11),1450-1457.

[26] Yates, W., Cadoret, R., Troughton, E., Stewart, M., y Giunta, T. (1998). Effect of fetal alcohol exposure on adult symptoms ofnicotine, alcohol, and drug dependence. Alcohol Clin Exp Res.,22(4),914-920.

[27] Schonfeld, A., Paley, B., Frankel, F. y O'Connor MJ. (2006). Executive functioning predicts social skills following prenatal alcohol exposure. Child Neuropsychol., 12(6),439-452.

[28] Blume, A. y Marlatt, G. (2009). The role of executive cognitive functions in changing substance use: What we know and what we need to know. Ann Behav Med.,37(2),117-125.

[29] Epstein, J., Griffin, K. y Botvin, G. (2000).Role of general and specific competence skills in alcohol use among inner-city adolescents. J Stud Alcohol., 61(3),379-386.

[30] Griffin, K., Botvin, G., Scheier, L., Epstein, J. y Doyle, M. (2002). Personal competence skills, Distress, and well-being as determinants of substance use in a predominantly minority urban adolescent sample. Prev Sci.,3(1), 3-33.

facilita la regulación del afecto negativo o de alivio al distrés, falta de sentido o significado por la vida, o indefensión percibida[31].

De otro lado, se ha identificado que el sentido positivo de identidad, autoeficacia, la autoestima y la sensación de bienestar psicológico, son aspectos que, en conjunto, pueden dirigir a los individuos en trayectorias positivas de desarrollo en la adolescencia tardía y la edad adulta temprana. Por el contrario, experiencias repetidas de fracaso pueden conducir a una baja autoestima, autoconfianza pobre, sentimientos de desesperanza y angustia, y otros problemas relacionados con el ajuste psicológico. De hecho, se sugiere que cuando los adolescentes se ajustan inadecuadamente a un problema de desarrollo como el de la transición a la escuela secundaria, puede disminuir la autoestima, la motivación académica y poner en marcha trayectorias que resultan en una escasa adaptación, logro académico limitado e incremento de la probabilidad del uso de drogas[32].

Factores asociados a la familia

Algunas investigaciones[33] sugieren que los factores asociados a la conducta de los padres pueden representar una importante influencia potencialmente protectora o riesgosa, sobre el consumo de drogas en los adolescentes. Estas influencias pueden ser conceptualizadas en términos de comportamientos, tales como el monitoreo y vigilancia, crianza, actitudes y la permisividad hacia el consumo de drogas. El monitoreo o control parental (grado en que los padres atienden o supervisan las actividades y el paradero de sus hijos) es un factor protector contra el abuso de alcohol y otros problemas en la adolescencia. Los niveles más altos de control parental se asocian con menores niveles de consumo de alcohol y reduce las probabilidades de aparición de consumos problemáticos[34] .

Las actitudes de los padres hacia las drogas constituyen un medio indirecto de modelos sociales y pueden ser comunicadas abierta o tácitamente a través de la aplicación de límites o por la expresión de valores. La permisividad de los padres puede ser particularmente influyente en la determinación de los adolescentes para la iniciación del consumo de alcohol y la transición hacia consumos problemáticos y dependientes. Se ha descrito que la permisividad de los padres ha sido asociada con un mayor consumo de alcohol y otras drogas[35]. De otro lado, el rechazo explícito de los padres hacia el uso de drogas, se ha sugerido como un factor de protección[36] .

---

[31] Colder, C. y Chassin, L. (1993). The stress and negative affect model of adolescent alcohol use and the moderating effects ofcbehavioral undercontrol. J Stud Alcohol.,54(3),326-333.

[32] Eccles, J., Lord, S., Roeser, R., Barber, B., y Jozefowitz, D. (1997). The association of school transitions in early adolescence with developmental trajectories through high school. En:Schulenberg J, Maggs J, Hurrelman K, editors. Health risks and developmental transitions during adolescence. Cambridge: Cambridge University Press;p. 283-321.

[33] Turrisi, R., Wiersma, K. y Hughes K. (2000). Binge-drinking related consequences in college students: Role of drinking beliefs and mother–teen communications. Psychol Addict Behav., 14(4),342-355.

[34] Reifman, A., Barnes, G., Dintcheff, B., Farrell, M. y Uhteg, L. (1998). Parental and peer influences on the onset of heavier drinking among adolescents. J Stud Alcohol., 59(3),311-317.

[35] Hyatt, S. y Collins, L. (2000). Using latent transition analysis to examine the relationship between perceived parental permissiveness and the onset of substance use. En: Rose J, Chassin C, Presson C, Sherman S, editors. Multivariate applications in substance use research: New methods for new questions. Mahwah, NJ: Erlbaum. p. 259-88.

[36] Welte, J., Barnes, G., Hoffman, J. y Dintcheff, B. (1999).Trends in adolescent alcohol and other substance use: Relationships to trends in peer, parent, and school influences. Subst Use Misuse. ,34(10),1427-1449.

Un aspecto que debe ser analizado es el de los estilos parentales. En un trabajo reciente[37] se ha establecido que el estilo autoritativo (caracterizado por la aceptación progresiva de independencia en los hijos, comunicación abierta y aplicación de reglas flexibles) se encuentra asociado con un menor uso de drogas legales e ilegales, mientras que un estilo parental negligente se relaciona a su uso. Los autores indican que aunque estos resultados se encuentran en la mayor parte de estudios, existe evidencia que puede obtenerse variaciones influenciadas por la cultura.

Factores asociados al grupo de amigos o pares

La influencia de los pares o compañeros son un poderoso factor de riesgo para el consumo de drogas en la adolescencia[38] . Se identifican dos tipos distintos de influencia: la "activa" y la "pasiva". Las influencias sociales activas se refieren explícitamente al ofrecimiento de drogas. En cambio, las influencias sociales pasivas se refieren a la percepción e interpretación que se tiene sobre el consumo de alcohol y otras drogas en los pares. Por ejemplo, un adolescente puede percibir que una droga en particular (por ejemplo, la marihuana) es mayoritariamente consumida, cuando en realidad no lo es. Este fenómeno denominado "normas sociales", es un factor de riesgo importante.

Factores asociados a la comunidad

Diversas investigaciones han informado la significativa influencia del "barrio" o "vecindario" en el consumo de drogas legales e ilegales[39] . Cabe mencionar que, además de la red familiar y amical, la comunidad ejerce control social sobre nuestro comportamiento lo cual puede generar una mayor involucración bajo ciertas condiciones, entre ellas el de contar con una organización comunitaria estructurada y basada en relaciones de cooperación. Uno de los resultados de esta involucración es la capacidad de generar eficacia colectiva y organización social protectora sobre diversos problemas como las del consumo de drogas y la delincuencia[40] .

La comunidad barrial, según sus características, puede ser escenario de protección o de riesgo. Gran parte de la investigación disponible hace hincapié en la desorganización social, poniéndose en relieve que las características de desventaja o inestabilidad en los barrios están asociadas con problemas de comportamiento individual a través de mecanismos de recursos sociales, control social, socialización colectiva, modelado y estrés. La desorganización social impide la gestión comunitaria para la solución de diversos problemas, que influyen en las personas y las familias[41] .

Frente a esto, el incremento en los niveles de aplicación de normas (ej. ordenanzas municipales), el papel de modelos (padres y docentes sensibilizados y ejerciendo

---

[37] Becoña, E., Martinez, U., Calafat, J., Fernández-Hermida, J.,Secades-Villa, R. (2012). Parental styles and drug use: a review. Drugs Educ Prev Pol. ,19(1),1-10.

[38] Borsari, B. y Carey, K. (2001). Peer influences on college drinking: a review of the research.. J Subst Abuse. ,13(4),391-424.

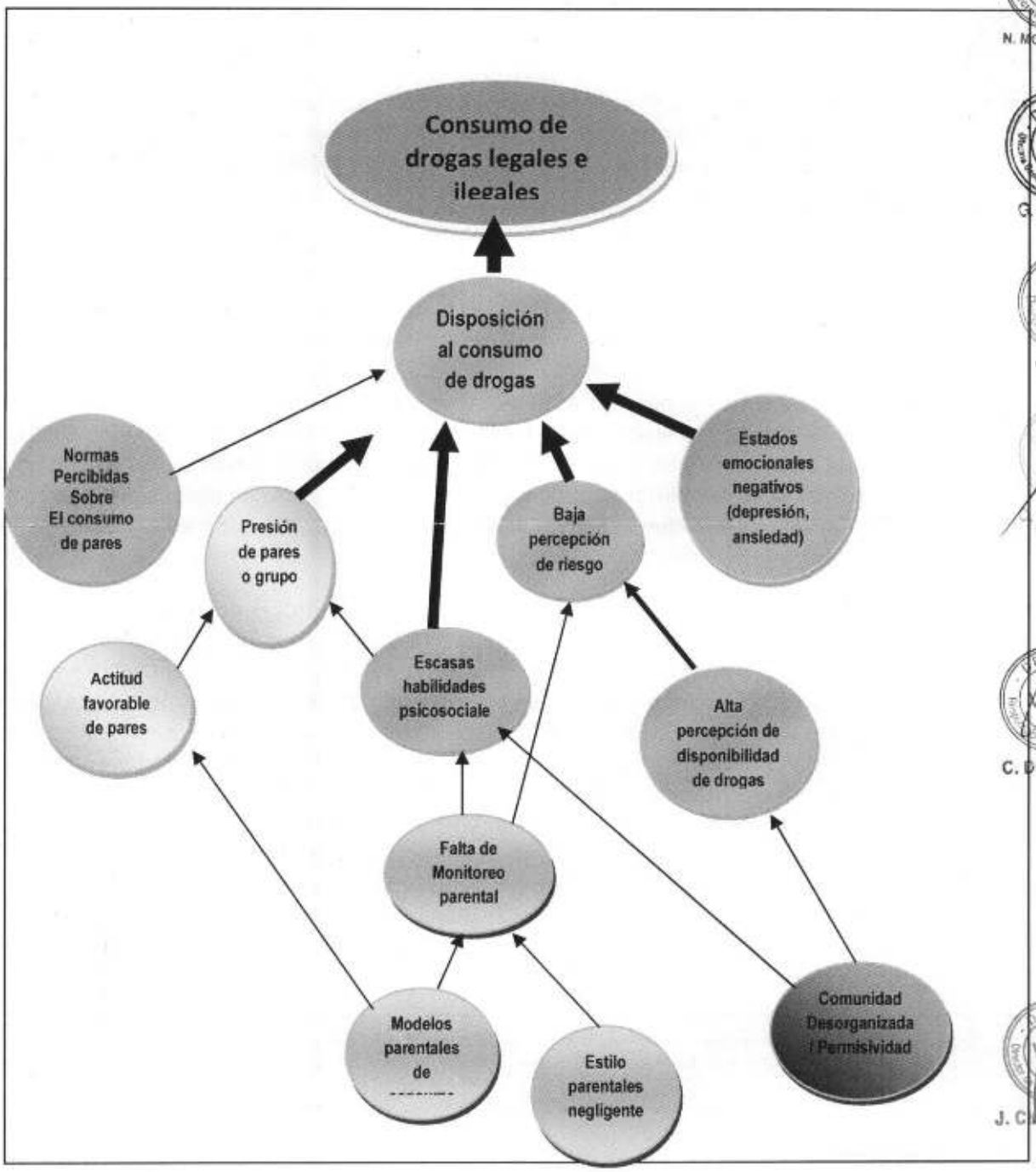
[39] Crum, R., Lillie-Blanton, M. y Anthony, J. (1996). Neighborhood environment and opportunity to use cocaine and other drugs in late childhood and early adolescence. Drug Alcohol Depend.,43(3),155-161.

[40] Sampson, R., Raudenbush, S. y Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. Science. ,277,918-924.

[41] Elliott, D., Wilson, W., Huizinga, D., Sampson, R., Elliott, A. y Rankin, B. (1996). The effects of neighborhood disadvantage on adolescent development. JRCD. ,33(4),389-426.

conductas saludables) y control en las oportunidades para el uso de drogas (aplicación de estrategias antimicrocomercio de drogas en articulación con la autoridad local), contribuirían a la reducción de prevalencias de consumo. Formulaciones de este tipo apoyan la idea de que la influencia del entorno social puede ser tan relevante como los factores individuales, ofreciendo luces sobre la necesidad de diseñar políticas que articulen estrategias de reducción de la demanda y oferta.

Gráfico Nº 12. Modelo explicativo del consumo de drogas basado en factores de riesgo



La ejecución de actuaciones en materia de reducción de la demanda de drogas, debe partir de modelos teóricos adecuados que permitan la estructuración de programas de intervención preventiva y terapéutica más efectivas en función de las características heterogéneas que presentan las diversas poblaciones objetivo. Dada la naturaleza compleja de la problemática del consumo de drogas, se reconoce su carácter multicausal, identificándose *factores de riesgo*[42] y *factores de protección*[43] que se

[42] **Factor de riesgo:** Es un atributo y/o caracteristica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento).

encuentran presentes en diversos dominios o ámbitos (Ej. escuela, grupo de pares, familia, comunidad).

Entorno a los factores de riesgo y protección se ha estructurado teorías y modelos explicativos del consumo de drogas que son de necesaria referencia para diseño e implementación de acciones preventivas. Por sus características multifactoriales, el presente Programa Estratégico incorpora formulaciones *integrativas y comprensivas* (Bandura, 1999[44]; Catalano y Hawkins, 1996[45]; Jessor, 1998[46]; Kandel, 2002[47]; Oetting y Donnemeyer, 1998)[48].

Desde una perspectiva evolutiva del consumo de drogas, entendemos que existe una progresión que va desde el uso de drogas de inicio (alcohol y tabaco) hasta el consumo de de otras drogas (marihuana, cocaína, éxtasis). Esta idea nos remite a un proceso en el que los consumidores se inician con drogas legales incrementando su probabilidad de consumo hacia las drogas ilegales. Los elementos clave que incrementarían o reducirían esta probabilidad recaen en la familia y grupo de pares. Esta perspectiva evolutiva presenta importante soporte científico (véase Kandel y Davis, 1992[49], Kandel, 1996[50] y Kandel, 2002), sin embargo las propuestas de intervención deberán acoger mecanismos de previsión sobre individuos, grupos o comunidades que no cumplen con la progresión descrita (ej. consumidores que se inician con inhalantes, drogas médicas o drogas de diseño).

Además de los componentes biológicos, el consumo de drogas posee una característica social que debe tenerse en cuenta para su adecuada comprensión. Se sostiene que la socialización (entendida como el proceso de aprender normas y conductas sociales) cumple también un rol importante en la explicación del consumo de drogas. Los ámbitos principales de aprendizaje son la *familia*, *escuela* y el *grupo de iguales* (socialización primaria). De esta forma el establecimiento de vínculos débiles o conflictivos entre estos ámbitos incrementará el riesgo de consumo de drogas (Oetting y Donnermeyer, 1998). La cultura y comunidad son también ámbitos significativos de socialización y juegan un papel relevante en el fortalecimiento de normas y conductas sociales. Por ejemplo, la participación en grupos deportivos, religiosos y otros con objetivos prosociales se convierte en un factor de protección. En suma, esta perspectiva nos permite identificar diversos ámbitos de intervención que potencian el impacto de las actuaciones preventivas.

---

[43] **Factor de protección:** Atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce, o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas.

[44] Bandura, A. (1999). A sociocogntive analysis of subtance abuse: An agentic perspective. *Psychological Science*, 214-217.

[45] Catalano, R. y Hawkins, D. (1996). *The social development model: A theory of antisocial behavior*. En J.D. Hawkins(ed.), Delinquency and crime. Current theories (pp. 198-235). Nueva York: Cambridge University Press.

[46] Jessor, R. (1998). *New perspectives on adolescent risk behavior*. En R. Jessor (Ed.), New perspectives on adolescent risk behavior (pp. 499-517). Cambridge,RU: Cambridge University Press.

[47] Kandel, D.(Ed.) (2002).Stages and pathways of drug involvement. Examining the gateway hypothesis. Cambridge,RU: Cambridge University Press.

[48] Oetting; E. y Donnermeyer, J. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance I. *Substance Use & Misuse*, 33,995-1026.

[49] Kandel, D. y Davies, M. (1992). Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near-daily use. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), Vulnerability to drug abuse (pp. 211-253). Washington,DC:APA.

[50] Kandel, D. (1996). The parental and peer contexts of adolescent deviance: An algebra of interpersonal influences. *Journal of Drug Issues*, 26, 289-315.

Las creencias, expectativas, y percepciones poseen también una significativa importancia para explicar el consumo de drogas, reconociéndose en el individuo la capacidad de generar *mecanismos de autocontrol y autoreguladores* de su conducta. Aquí se debe tomar en cuenta una clase de pensamiento que se vincula con la percepción de la capacidad para actuar denominado autoeficacia[51](Bandura, 1986)[52]. En la medida que esta clase de pensamiento impacta sobre diversos cognitivos y afectivos, se observa una serie de conductas que pueden acercar o alejar a las personas del consumo de drogas. Por ejemplo, aquellos que presentan elevada autoeficacia presentan menos niveles de ansiedad y distrés, reduciendo así el riesgo de uso de drogas. Asimismo, es posible una extensión de este concepto a nivel social, donde las políticas y programas de intervención a promover generen una percepción colectiva de capacidad (eficacia colectiva) para hacer frente a la problemática de las drogas (Bandura, 1999).

Los modelos asociados al desarrollo social (Catalano y Hawkins, 1996) y conductas de riesgo (Jessor, 1991)[53] nos ofrecen pautas para comprender que existen trayectorias de desarrollo que pueden propiciar el ejercicio de conductas saludables o conductas de consumo de drogas. La presencia de programas preventivos multicomponentes (que integren al individuo, familia y comunidad) serán esenciales para dirigir adecuadamente el desarrollo de las personas, cumpliendo así metas o logros evolutivos positivos (ej. culminación exitosa de la educación básica, socialización positiva con pares y familia, entre otras) y reducir así su vulnerabilidad para resultados de riesgo (ej. dependencia a drogas, delincuencia).

La idea de multifactorialidad como eje central del marco conceptual para el consumo de drogas se sustenta en políticas y acciones preventivas realizadas en diversos países como España, Estados Unidos y Australia. Los "conceptual framework" de estos países (SAMHSA/CSAP, 2001; Drug Policy Expert Commitee,2000)[54] incorporan la idea articular diversos dominios donde se agrupan los diversos factores de riesgo y protección en concordancia con las propuestas de Jessor (1991) y Hawkins y Catalano (1996). Estos dominios son:

Dominio	Sub categoría de riesgo
Individual	Disposiciones psicológicas y biológicas: actitudes, valores, conocimientos, habilidades, problemas de comportamiento.
Pares/amigos	Normas, actividades, apego
Familia	Apego, funciones, manejo, comunicación
Escuela/Trabajo	Clima escolar/laboral, desempeño, apego
Comunidad	Movilización, organización, normas, recursos

[51] **Autoeficacia:** Percepción de la capacidad que tiene uno para lograr un nivel especificado o un tipo de actuación en lugar concreto.

[52] Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action. A social cognitive theory. Englewood cliffs:,NJ: Prentice-Hall

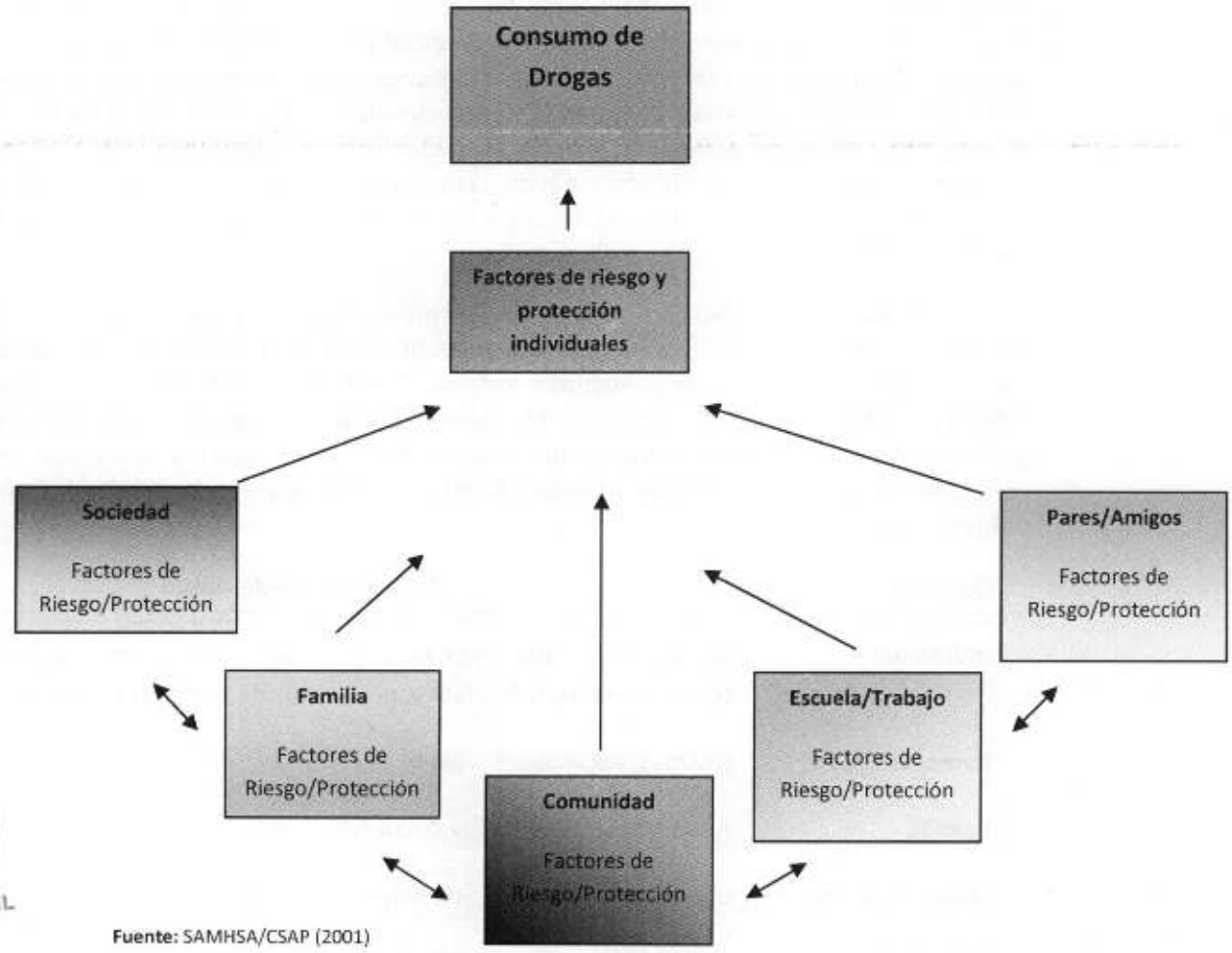
[53] Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. Journal of Adolescent Health,12, 597-605.

[54] SAMHSA/CSAP (2001). Science based substance abuse prevention: A Guide. Rockvillle,MD: Autor
Drug Policy Expert Commitee (2000). Developing Framework for preventing drug problems. Camberra:Autor.

Diversas investigaciones muestran que estos dominios no son estáticos en su influencia sobre la conducta de consumo de drogas, sino que hay una interacción entre ellos. Según como el individuo va desarrollándose sus interacciones con la familia, amigos, escuela/trabajo, comunidad y sociedad van sufriendo diversos cambios (ej. Botvin y Cols, 1995; Hawkins, Catalano y Miller, 1992)[55].

De acuerdo a estas interacciones se estructura un modelo de red de factores de riesgo y protección que se muestra a continuación:

Gráfico Nº13. Modelo de Red de Factores de Riesgo y Protección para el Consumo de Drogas



Fuente: SAMHSA/CSAP (2001)

[55] Botvin, G.J., Baker, E., Dusenbury, L.D, Botvin, E.M. y Diaz, T. (1995). Long term followup results of a randomized drug abuse prevention trial white middle class population. JAMA, 273 (14),1106-1112.

Hawkins, J.D., Catalano, R.F. y Miller, J.Y (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin,112(1), 64-105.

Bajo este esquema se tiene en el contexto nacional:

Social Comunitaria		
Vulnerabilidad social	Se registra una asociación positiva alta entre la vulnerabilidad social (léase exposición a situaciones de violencia, delincuencia y venta y consumo de drogas en el lugar de residencia) y el consumo de marihuana y cocaína: a mayor vulnerabilidad social, mayor consumo de estas sustancias: - El consumo de marihuana en el grupo de personas que registran un nivel alto de vulnerabilidad social es 3.4 veces más alto que en los que registran un nivel bajo, y es 2.4 más alto en relación al promedio nacional. - El uso de cocaína entre los que registran un nivel alto de vulnerabilidad social es cuatro veces más alto que entre los que registran un nivel bajo, y es tres veces más alto comparado con el promedio nacional. - El consumo de PBC en el grupo de personas que registran un nivel alto de vulnerabilidad social es cinco veces más alto que en los que registran un nivel bajo y es el doble que el promedio nacional.	DEVIDA - IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú 2010
Ofrecimiento de drogas ilegales	El uso de drogas ilegales es significativamente más alto entre los que han recibido ofrecimiento de drogas hace más de un mes pero menos de un año y en los últimos treinta días que entre los que nunca lo han recibido o lo recibieron hace más de un año: cuanto más reciente es el ofrecimiento de drogas, mayor es el uso de sustancias ilegales: - El consumo de alcohol y tabaco llega a ser hasta 3.4 veces más alto en los estudiantes que señalan que le han ofrecido drogas ilícitas en el último mes y durante el último año que en aquellos que declaran que nunca le han ofrecido este tipo de sustancias. - El consumo de drogas ilícitas es 17.7 veces más alto en los estudiantes que declaran que le han ofrecido marihuana en el último mes que entre los que señalan que nunca le han ofrecido. Entre los que reportan que le han ofrecido marihuana "hace más de un mes, pero menos de un año" el uso de drogas ilícitas es 9.6 veces más alto. - El consumo de drogas ilegales es entre 8 y 10 veces más alto en los estudiantes que señalan que le han ofrecido cocaína, PBC o éxtasis en los últimos treinta días que entre los que declaran que nunca le han ofrecido estas sustancias. Entre los que reportan ofrecimiento de las mismas sustancias "hace más de un mes, pero menos de un año" el consumo de drogas ilícitas es entre 6 y 7 veces más alto.	DEVIDA - IV Estudio Nacional: Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012.
Inclusión social	Las personas que reportan una baja inclusión social son las que registran las más altas prevalencias de consumo de drogas legales e ilegales: - El uso de bebidas alcohólicas es 38% más alto en las personas que un nivel bajo en la escala de inclusión social que en las que se colocan en el nivel más alto. Comparando con el promedio nacional, el consumo es 25% más alto en las personas que se ubican en el nivel bajo de la inclusión social. - El consumo de marihuana es 79 veces más alto en el grupo de personas que se ubica en el nivel más bajo que aquellos que se colocan en el nivel alto. Para PBC este es 24 veces más alto. En ambos casos las prevalencias que presentan los grupos que se ubican en el nivel bajo de la inclusión social son mucho más alto que los valores promedio nacional.	DEVIDA - III Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú 2006

Familiar		
Integración familiar	Las personas que registran un bajo nivel de integración familiar (familias donde las relaciones cotidianas favorecen la comunicación entre sus miembros, generan un entorno de confianza y prestan atención a lo que hacen dentro y fuera del hogar, sin inmiscuirse en sus asuntos personales) presentan mayor consumo de marihuana y sustancias cocaínicas que las que tienen nivel de integración familiar medio o alto: - El uso de marihuana es casi catorce veces más alto en el grupo de personas que registran un bajo nivel de integración familiar que en los que tienen un nivel alto, y es cerca de seis veces más alto en relación al promedio nacional. - El consumo de PBC es cerca de quince veces más alto en el conjunto de personas que reportan un bajo nivel de integración familiar que los que registran un nivel alto, y es casi seis veces más alto comparado con el promedio nacional. - El uso de cocaína es quince veces más alto entre los que registran un bajo nivel de integración familiar que entre los que registran un nivel alto, y es cerca de cuatro veces más alto con respecto al promedio nacional.	DEVIDA - IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú 2010
Uso de drogas en la familia	El uso de drogas ilegales es significativamente más alto entre los que registran antecedentes por consumo de drogas o actos delictivos por algún miembro de la familia: - El grupo de personas que señalan que uno o más miembros de su familia tiene problemas de consumo de marihuana y sustancias cocaínicas es entre tres y cuatro veces más alto en los primeros que en los segundos. El consumo de inhalantes y éxtasis registra la misma tendencia. - En el grupo de personas que registran antecedentes de consumo de drogas ilegales en su familia el uso de marihuana y sustancias cocaínicas es entre once y trece veces más alto, que entre los que no registran este antecedente familiar. Los inhalantes y el éxtasis registran una tendencia similar. - El consumo de marihuana entre las personas que señalan que uno o más miembros de su familia ha cometido un delito es 12.5 más alto. El uso de sustancias cocaínicas es entre diecinueve y veintiún veces más alto. El consumo de inhalantes y éxtasis registra la misma tendencia. En todos los casos, el uso de sustancias ilegales entre los que registran antecedentes delictivos en la familia es significativamente más alto que el promedio nacional. - En el grupo de personas que declara que uno o más miembros de su familia está preso o presa consume trece veces más alto marihuana y cocaína que los que no registran este antecedente familiar. El consumo de PBC es veintiocho veces más alto. El uso de inhalantes y éxtasis registra la misma tendencia. En todos los casos, el uso de sustancias ilegales entre los que tienen algún familiar preso es significativamente más alto que el promedio nacional.	DEVIDA - IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú 2010
	Los adolescentes hijos de padre alcohólico presentan un uso experimental de alcohol, llegando en algunos casos hasta la embriaguez, situación presentada en algunos casos hace un mes, o un año.	Siva, I; Pillon, C. Factores protectores y de riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes hijos de padre alcohólico en el Perú. Rev

		Latino-am Enfermagem 2004 março-abril; 12(número especial):359-68
Relaciones familiares	- La relación con la madre, el deterioro de las relaciones madre-hijo, o aún su percepción aumenta en 1.32 veces la prevalencia de drogas, pero más allá de la figura materna. - La probabilidad de prevalencia aumenta en 1.5 veces, cuando mayor desinterés muestra el entorno familiar sobre la vida del niño. La inexistencia de un diálogo familiar fluido y constante y la autoevaluación de la conducta propia con respecto a la familia, son considerados factores de riesgo, su incidencia sobre la probabilidad de prevalencia es de 1.11 y 1.29 veces respectivamente.	Sánchez L, Ramos J. Perfeccionamiento de un modelo explicativo multivariable relativo a la prevalencia de vida de uso de sustancias psicoactivas en la población de estudiantes de primaria de menores en el Perú. Psicoactiva. 2001;19:47-61
	El consumo de marihuana e inhalantes fue significativamente más frecuente (p<0,001) en quienes no conviven con sus padres.	Gutierrez, C; contreras, H; Trujillo, D; Haro, E; Ramos-Castillo, J. Drogas ilegales en escolares de Lima y Callao: factores familiares asociados a su consumo. Anales de la Facultad de Medicina. 2009;70(4):247-54

N. MOSQUEIRA

J. CHOQUIPUL

G. HORNA

C. DELGADO

J.GARCIA

V. LEYVA

H YAIPEN

Educativa		
Protección de ambiente escolar	Existe una correlación inversamente proporcional entre el consumo de drogas y los niveles de protección del ambiente escolar (exigencia, disciplina de la institución educativas, actitud de los docentes frente a las mdrogas, orientación y confianza al estudiantes). A mayor nivel de protección, el consumo de drogas es menor en la población escolar. Siendo inclusive hasta menor que el promedio nacional.	DEVIDA - I Estudio Nacional: Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2005.
Victimización escolar	Existe una alta correlación estadística entre ambos: a mayor victimización, mayor uso de sustancias. En el caso de las drogas legales, existe un incremento brusco del consumo en el nivel medio, que se mantiene en el nivel alto, aunque sin configurar una tendencia clara (salvo el caso del tabaco, en la que si hay una tendencia definida). En las drogas ilegales, la tendencia es clara: el consumo de este tipo de sustancias es cuatro veces mayor en el nivel alto de victimización que en el bajo.	DEVIDA - II Estudio Nacional: Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2007.
	Existe una relación positiva entre ambas variables: a mayor nivel de victimización por bullying, mayor consumo de drogas en los estudiantes. Los escolares que registran un nivel de victimización medio y alto tienen niveles de consumo que se ubican por encima del promedio nacional en la mayoría de sustancias.	DEVIDA - IV Estudio Nacional: Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012.

Individual		
Distrés psicológico	Estudiantes con mayor porcentaje en la prevalencia del distrés psicológico severo coincide con el aumento en la prevalencia del problema de consumo de alcohol y drogas.	Salazar, E.; Ugarte, M.; Vasquez, L.; Loaiza, J. Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima. Anales de la Facultad de Medicina UNMSM. Pags 179 - 187.
Pensamiento problemático	Estudiantes con pensamiento problemático en grado severo presentó asociación estadísticamente significativa con el problema de consumo de alcohol y drogas.	Salazar, E.; Ugarte, M.; Vasquez, L.; Loaiza, J. Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima. Anales de la Facultad de Medicina UNMSM. Pags 179 - 187.
Personalidad	Extraversión y apertura a la experiencia fueron las características de personalidad que mostraron mayor asociación con el consumo de alcohol entre los estudiantes encuestados. Se encontró que Agradabilidad podría ser considerado como un factor protector ante diversos problemas relacionados con el consumo de alcohol y que Neuroticismo podría ser un factor de riesgo en el caso del uso del alcohol como estrategia de afrontamiento.	Aran, M; Chau, C. Factores de personalidad en estudiantes universitarios según características de consumo de alcohol. Tesis. Pontificia Universidad Católica del Perú. 2013.

J. GARCIA V. LEYVA J. CHUQUIPUL H. YAIPEN G. HORNA C. DELGADO C. D N. MOSQUEIRA

Percepción de riesgo	El consumo de drogas ilegales es significativamente más alto entre los que le atribuyen "ningún riesgo" comparados con los que consideran que su uso conlleva un "gran riesgo": - El consumo de drogas legales es relativamente menor en el grupo de estudiantes que declara que el uso frecuente de estas sustancias no tiene "ningún riesgo" que en aquellos que le atribuyen un "gran riesgo", siendo las diferencias significativas. - El consumo de drogas ilegales llega a ser hasta 4 veces más alto en los estudiantes que perciben que el uso ocasional de estas sustancias no conlleva "ningún riesgo", comparados con aquellos que si le atribuyen un "gran riesgo", siendo las diferencias significativas entre ambos grupos. - El uso de drogas ilegales llega a ser hasta 3 veces más alto en los estudiantes que señalan que el consumo frecuente de estas sustancias no conlleva "ningún riesgo", comparados con los que opinan en sentido contrario, siendo las diferencias significativas.	DEVIDA - IV Estudio Nacional: Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012.
	Existe una menor percepción de riesgo de las drogas legales en los universitarios, lo cual hace que su consumo sea más permisivo en los estudiantes universitarios, y mucho mayor que el consumo de drogas ilegales, las cuales son vistas como drogas de alto riesgo.	Reyes, S. Percepción de riesgo ilegales e ilegales e incidencia de consumo en estudiantes universitarios. Tesis. Universidad Ricardo Palma. 2014
Disposición al consumo	El consumo de drogas legales e ilegales es mayor en los estudiantes que tienen disposición a consumir sustancias ilícitas que en aquellos que no la tienen, siendo la diferencia mayor aún en los que registran una disposición fuerte: - El consumo de drogas legales es 2.8 veces mayor en los estudiantes que tienen disposición a consumir sustancias ilícitas que en aquellos que no la tienen, siendo la diferencia mayor aún en los que registran una disposición fuerte. - No se registra consumo de sustancias ilícitas entre los que no tienen disposición y entre lo que tienen disposición moderada. El uso de drogas ilegales, por el contrario, se concentra entre los que registran una disposición fuerte.	DEVIDA - IV Estudio Nacional: Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012.
Accesibilidad	Los estudiantes que tienen acceso a sustancias ilegales en su institución educativa consumen dos veces más drogas legales que sus pares que no tienen acceso, siendo la diferencia mayor en el caso del alcohol. El uso de drogas ilegales es entre tres y cuatro veces más alto en los primeros que en los segundos.	DEVIDA - IV Estudio Nacional: Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012.

G. HORNA

C. DELGADO

C. DELGADO

J. CHUQUIPUL

J.GARCIA

H. VALDEN

V. LEYVA

N. MOSQUEIRA

Pares		
Uso de drogas en el grupo de amigos	El uso de drogas ilegales entre los que registran antecedentes de consumo de sustancias y/o delictivos en el grupo de amigos es significativamente más alto que entre los que no registran este tipo de antecedentes: - El grupo de personas que manifiesta que uno o más de sus amigos tiene problemas de consumo de marihuana y sustancias cocaínicas es entre siete y once veces más alto que los que no registran este tipo de antecedentes. El consumo de inhalantes y éxtasis registra la misma tendencia. - El consumo de marihuana y de sustancias cocaínicas entre las personas que declaran que uno o más de sus amigos consume drogas es entre doce y dieciséis veces más alto que entre los que no registran este tipo de antecedente. El consumo de inhalantes y éxtasis registra la misma tendencia. En todos los casos, el uso de sustancias ilegales entre los que registran antecedentes de consumo de drogas en el grupo de amigos es significativamente más alto que el promedio nacional.	DEVIDA - IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú 2010
Actitud de los pares (permisividad)	Es claro que los estudiantes que cuentan con un entorno de pares más permisivo y tolerante con el uso de drogas registran prevalencias de consumo significativamente más altas: a mayor permisividad en la actitud de los pares, mayor consumo de drogas en la población escolar. Ello no sólo es válido para el caso de las sustancias ilegales, sino también para las drogas legales y médicas. En los estudiantes que cuentan con un entorno de pares menos permisivo y tolerante con el uso de drogas, las prevalencias de consumo tienden a bajar: - En aquellos estudiantes con amistades que presentan actitudes poco tolerantes frente al consumo de drogas la prevalencia anual de drogas es de 2.6% mientras que aquellos que tienen amigos permisivos la prevalencia de drogas es de 12.9%, 400 veces más alto.	DEVIDA - II Estudio Nacional: Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2007.

G. HORNA

C. DELGADO

C. DELGADO

J. CHUQUIPUL

N. MOSQUEIRA

V. LEYVA

J.GARCIA

III. DISEÑO DEL PROGRAMA

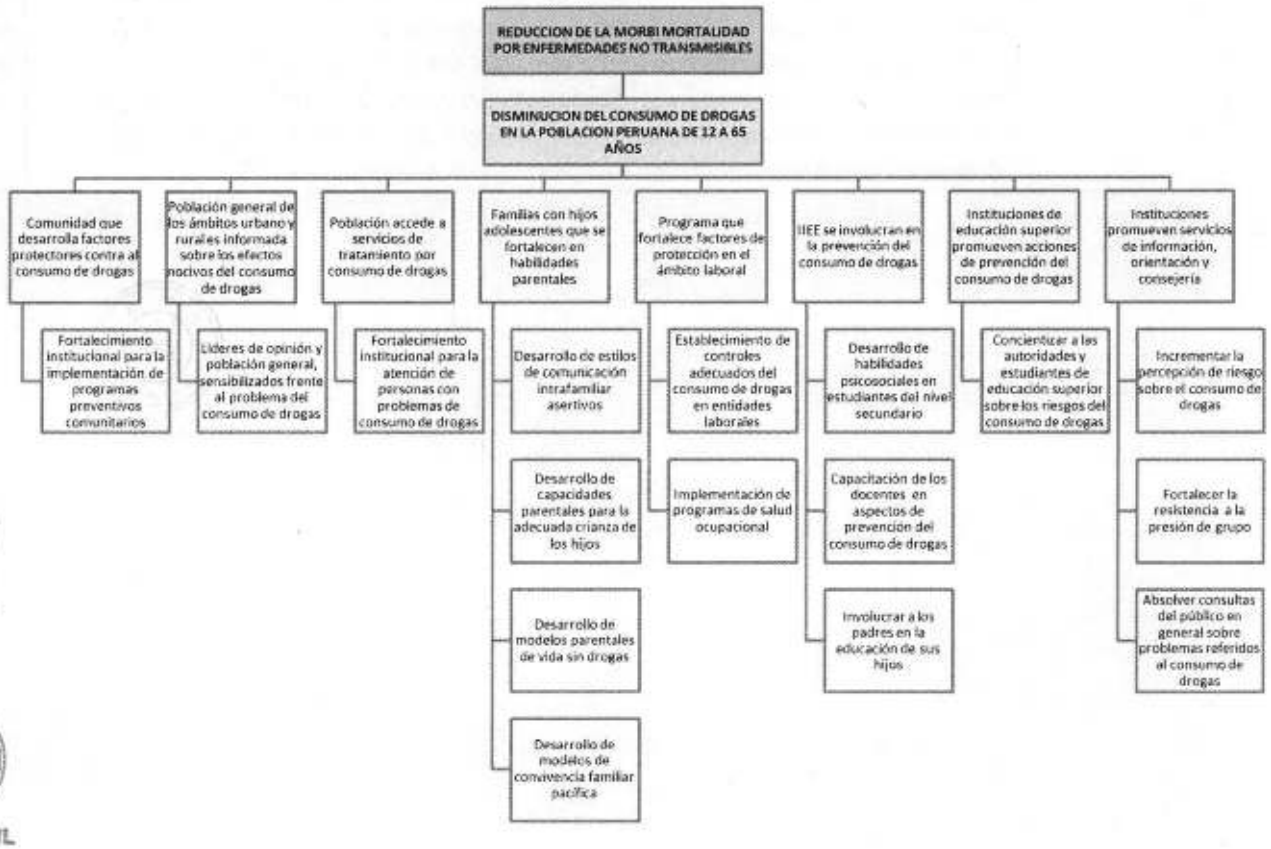
3.1 Resultado específico

Tabla N° 7

Problema identificado	Resultado específico
Consumo de drogas en la población peruana de 12 a 65 años	Disminución del consumo de drogas en la población de 12 a 65 años
¿A quiénes beneficiará? (población objetivo)	Población de 12 a 65 años de las 22 regiones del país.

3.2 Análisis de los medios

Árbol de medios



3.3 Análisis de las Alternativas

Tabla N° 8

Descripción del medio	**Comunidad que desarrolla factores protectores contra al consumo de drogas** La Comunidad que desarrolla factores protectores contra el consumo de drogas lo alcanza a través del incremento de la participación comunitaria. El incremento de la participación se logra a través de acciones que generen condiciones propicias para la promoción de estilos de vida saludables y entornos protectores de conductas riesgosas en la población infantil y adolescente.
Alternativa de intervención	Prevención del Consumo de Drogas en el Ámbito Comunitario

Descripción del medio	**Población general de los ámbitos urbano y rural es informada sobre los efectos nocivos del consumo de drogas** Cuando la Población general de los ámbitos urbano y rural es informada sobre los efectos nocivos del consumo de drogas se logra incrementar la percepción de riesgo buscando a través de las campañas de información, educación y comunicación lograr cambios al nivel de percepción de riesgo en grandes grupos ocupacionales.
Alternativa de intervención	Difusión de contenidos preventivos del consumo de drogas en zonas urbanas y rurales

Descripción del medio	**Población accede a servicios de tratamiento por consumo de drogas** Población accede a servicios de tratamiento por consumo de drogas, a través de los cuales abandona o disminuye el consumo de drogas y desarrolla habilidades de afrontamiento de este trastorno mental y del comportamiento.
Alternativa de intervención 1:	Atención terapéutica en modalidad ambulatoria, de día y residencial para consumidores y dependientes a drogas
Alternativa de intervención 2:	Atención terapéutica en los establecimientos penitenciarios y centros de medio libre
Alternativa de intervención 3:	Atención terapéutica en los centros juveniles de diagnóstico y rehabilitación y servicios de orientación la adolescente (SOA)
Alternativa de intervención 4:	Atención de personas afectadas por hechos de violencia familiar asociadas al consumo de drogas

Descripción del medio	**Familias con hijos adolescentes que se fortalecen en habilidades parentales** Se busca fortalecer las habilidades parentales, tomando en cuenta el rol que cumple la familia en el consumo de drogas. Existen Programas específicos dirigidos al incremento de habilidades parentales. Las principales habilidades a desarrollar en estos programas se vinculan a habilidades de comunicación, establecimiento de normas y límites, autocontrol emocional y otras.
Alternativa de intervención	Prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar

Descripción del medio	**Programa que fortalece factores de protección en el ámbito laboral** Surge como respuesta a la problemática del creciente consumo de drogas en el país, la cual afecta el rendimiento laboral, pues, en edades que comprenden a las personas que se encuentran en la etapa más productiva de sus vidas. Para su implementación se promueven espacios de diálogo y reflexión acerca de los riesgos asociados al consumo de drogas legales y la toma de conciencia de las consecuencias perniciosas del consumo de drogas ilegales; así como se desarrollan estrategias comunicacionales de prevención orientadas al desarrollo personal y laboral en los trabajadores.
Alternativa de intervención	Programa de prevención de drogas en el ámbito laboral

Descripción del medio	**Instituciones Educativas se involucran en la prevención del consumo de drogas** La Prevención del Consumo de Drogas en el ámbito educativo se da a través de la implementación de programas preventivos de tipo universal y selectivo. A nivel universal, la prevención se desarrolla a través de la Tutoría y Orientación Educativa. A nivel universal, la prevención se desarrolla a través de la Tutoría y Orientación Educativa. Hay un nivel de intervención de prevención selectiva complementaria.
Alternativa de intervención	Prevención del consumo de drogas en el ámbito educativo

Descripción del medio	**Instituciones de educación superior promueven acciones de prevención del consumo de drogas** El programa de prevención de drogas en el ámbito universitario surge como respuesta a la problemática del creciente consumo de drogas en el país. El Programa involucra a toda la Comunidad Universitaria y tiene carácter participativo en su diseño, implementación y evaluación.
Alternativa de intervención 1:	Programas de intervención en el ámbito universitario

Descripción del medio	**Instituciones promueven servicios de información, orientación y consejería** Son servicios especializados atendidos por profesionales de la salud, con la finalidad de ofrecer medidas de intervención específica para cada caso en particular. Se diferencian casuísticas según la naturaleza del problema, pudiendo ofrecer información, orientación y consejería psicológica a través de servicios de atención telefónica, online, externa (campo) y presencial.
Alternativa de intervención 1:	Servicio de orientación y consejería Habla Franco

3.3.1. Análisis de las alternativas de la intervención
Tabla N° 9

Alternativa de intervención identificada	**Prevención del Consumo de Drogas en el Ámbito Comunitario**
Descripción breve de la alternativa de intervención	Estos programas implican el focalizar la intervención para lograr el fortalecimiento y/o conformación de una red comunitaria e institucional a fin de desarrollar acciones preventivas, a través de la participación activa y el empoderamiento de los actores de la comunidad. Asimismo, se promoverá la participación e involucramiento de los propios adolescentes y jóvenes de la comunidad con los cuales se promoverán espacios recreativos, formativos, educativos y de promoción laboral. Por otro lado, se desarrollarán espacios de escucha y acogida comunitaria que faciliten acciones de contacto, acogida, orientación, acompañamiento y derivación, dirigidos a la comunidad en general. Se utilizarán diversas estrategias y medios para la difusión de contenidos preventivos como materiales informativos, educativos y comunicaciones (IEC), objetos promocionales y medios alternativos identificados en la comunidad; así como para la evaluación de los resultados de la intervención realizada.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Si
Evidencia de efectividad	Moragues, M. Nebot, M. Muñoz, M. Ballestín y E. Saltó del Instituto Universitario de Salud Pública de Catalunya, Instituto Municipal de Salud Pública del Ayuntamiento de Barcelona y el Departamento Sanitario y Seguridad Social de Cataluña, evaluaron el impacto de la intervención comunitaria para reducir el consumo de tabaco "Quit and Win" («Déjalo y Gana»), promovida por la Organización Mundial de la Salud en una muestra de los participantes en la edición de 1996 de la ciudad de Barcelona. El estudio concluye que al año de la intervención se ha observado una elevada proporción de fumadores abstinentes, superior a la descrita en anteriores estudios, que podrían

N. MOSQUEIRA
G. HORNA
C. DELGADO
C. DELGADO
J. CHUQUIPUL
H. YAIPEN
J.GARCIA
V. LEYVA

explicarse en parte por la autoselección de los participantes que respondieron en el seguimiento. Los investigadores observaron que este tipo de iniciativas pueden ser útiles para promover el abandono del consumo de tabaco en personas predispuestas.

Daniel Holgado, Isidro Maya-Jariego & Jorge E. Palacios en el 2011 evaluaron el Programa "Espacios para Crecer": un caso de intervención comunitaria en trabajo infantil realizado en Colombia. Este programa iba dirigido a niños, niñas y jóvenes trabajadores o en riesgo de trabajar. El componente central del programa lo conformaban los Espacios para Crecer, que constituían actividades y estrategias de aprendizaje centrados en la lúdica. El programa se basó en evidencias previas de efectividad de otras intervenciones en países centroamericanos. La evaluación del programa combinó una secuencia de evaluación de proceso y evaluación de resultados. La evaluación de resultados mostró una mejora significativa en diversas materias cursadas en la escuela, pero al no contar con grupo control, no es posible atribuir dicha mejora de manera directa a los efectos del programa. Por otro lado, la evaluación de proceso, mostró el papel clave de los facilitadores en la implementación, creando una comunidad de aprendizaje que facilitó el intercambio de buenas prácticas y estrategias eficaces de mejora del programa.

Garcia en el 2010, evalúo el Programa Comunidades el cual es un programa diseñado para prevenir conductas problemáticas en jóvenes como violencia, delincuencia, deserción escolar y abuso de sustancias *(Hawkins, Catalano y Asociados, 1992)*. El objetivo central de este programa es ayudar a que los actores claves de la comunidad puedan entender y aplicar información sobre factores de protección y factores de riesgo. En la Evaluación realizada por García el impacto más significativo de este programa es en la reducción de los "atracones" de alcohol (reducción del 23%). Sin embargo, también se reportaron reducciones en el nivel de consumo de otras siete sustancias que se evaluaban.

Las Coaliciones Comunitarias Antidrogas, son concebidas como una organización formal de vecinos e instituciones públicas y privadas, que trabajan colectivamente para promover una comunidad segura, saludable y libre de drogas. Como estrategia de salud social, cohesiona el trabajo de múltiples sectores, buscando empoderar a la comunidad en su desarrollo local y mejorar la calidad de vida, principalmente de los niños, niñas adolescentes y jóvenes, facilitando así un mayor impacto frente a la problemática de las drogas y la optimización de los recursos comunitarios. Entre los logros se reporta: cuentan con un Plan de prevención de las coaliciones en la agenda del gobierno local y regional; organización vecinal líder en el tema de prevención de drogas; permiten la recuperación de espacios públicos con fuerte protagonismo juvenil; creación de espacios informativos, educativos y tecnológicos; así como la creación de

N. MOSQUEIRA
G. HORNA
C. DELGADO
C. DELGADO
J. CHUQUIPUL
H. YAIPEN
V. LEYVA
J.GARCIA

	emprendimientos empresariales juveniles. Esta propuesta viene siendo promovida y trabajada por ONGs y Municipios, sin embargo tiene una cobertura limitada. Por otro lado, de 1995 a 1998, con el aval y el financiamiento de la Unión Europea (1995-1996) y Cáritas Alemania (1996-1998), se realizó una investigación-acción para desarrollar un modelo de prevención, reducción del daño, tratamiento y reinserción social en relación a las farmacodependencias y situaciones críticas asociadas, así como para la formación de agentes que realizan estas tareas. Los principales resultados de esa investigación y del proceso de articulación interinstitucional fueron: el modelo ECO2 y el Centro Cáritas de Formación para la atención de las farmacodependencias y situaciones críticas asociadas (CAFAC). El modelo ECO2 actualmente es el marco teórico y metodológico que están aplicando alrededor de 30 organizaciones mexicanas y otras tantas de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Colombia y Chile. La acción en torno al Modelo ECO2 ha producido efectos y resultados notables en el proceso de prevención, tratamiento y reducción de daños de los efectos del uso de drogas en las personas, sus familias y comunidades. En ese sentido, esta metodología de intervención es la más adecuada ya que permite la articulación de una red de recursos/instituciones, así como crear una red operativa (red social subjetiva comunitaria de las y los operadores de la intervención) y fortalecer las redes sociales de las personas, especialmente aquellas que se encuentran en situación de exclusión social grave o que vienen enfrentando problemas sociales como la violencia, consumo de drogas, delincuencia, entre otras.

N. MOSQUEIRA

G. HORNA

C. DELGADO

C. DELGADO

J. CUCUIPUL

H YAIPEN

V. LEYVA

J.GARCIA

Alternativa de intervención identificada	Difusión de contenidos preventivos del consumo de drogas
Descripción breve de la alternativa de intervención	Dirigidas a difundir mensajes con el fin de incrementar la percepción de riesgo del consumo de drogas legales e ilegales en la población general, con énfasis en adolescentes y jóvenes. Las campañas utilizarán estratégicamente los medios de comunicación masiva para optimizar la intervención y obtener los resultados esperados. **RADIO Y TELEVISIÓN:** En el año 2014, el Consejo Consultivo de Radio y Televisión (CONCORTV), entidad adscrita al Ministerio de Transportes, realizó el estudio "Estudio Cuantitativo sobre Consumo Televisivo y Radial en niños, niñas y adolescentes" entre Julio y Agosto en 20 ciudades del país. Entre los resultados se encontró que a nivel de hogares la televisión es el artefacto de mayor penetración (uso) con 99.9%, superando incluso a la cocina que alcanza el 98.5%. La radio es el tercer equipo de mayor presencia en el hogar con 95.5%. Los adolescentes ven principalmente programas de entretenimiento, concursos, series / miniseries / telenovelas, películas y noticieros. En la radio, los jóvenes prefieren programas musicales y de entretenimiento. Fuente: *CONCORTV - MTC - Set 2014* Fuente: *CONCORTV - MTC - Set 2014*

	Fuente: *CONCORTV - MTC - Set 2014* **MEDIOS IMPRESOS** Para la elaboración de planes de medios se deberá considerar los niveles de lectoría y alcance de los principales diarios y revistas de su respectiva jurisdicción. También se elaborará material impreso para su distribución. Asimismo se informará a los ciudadanos respecto la magnitud del problema del consumo de drogas y las intervenciones preventivas. Se pretende que la población objetivo presente actitudes negativas hacia el consumo de drogas e incremente su percepción del riesgo sobre los efectos negativos del consumo de drogas.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	SI
Evidencia de efectividad	Estudios de evaluación sobre la eficacia de campañas comunicacionales han mostrado datos sobre su influencia preventiva en las actitudes y percepción de riesgo hacia el consumo de drogas. La difusión de mensajes antitabaco, ha aumentado considerablemente la probabilidad de que fumadores actuales tengan la intención de dejar de fumar en 14 de 17 países encuestados, según un estudio publicado el 31 de mayo de 2013 en el Informe Semanal sobre Mortandad y Mortalidad publicado por los Centros de Estados Unidos para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*. May 31, 2013 Palmgreen, P., Lorch, E., Stephenson, M., Hoyle, R., & Donohew, L. (2007). Effects of the Office of National Drug Control Policy's Marijuana Initiative Campaign on High-Sensation-Seeking Adolescents. *American Journal of Public Health, 97*(9), 1644-1649. Snyder, L., Hamilton, M., Mitchell, E., Kiwanuka-Tondo, J., Fleming-Milici, F., & Proctor, D. (2004). A Meta-Analysis of the Effect of Mediated Health Communication Campaigns on Behavior Change in the United States. *Journal of Health Communication*, 971-96)

Alternativa de intervención identificada	Atención terapéutica en modalidad ambulatoria, de día y residencial para consumidores y dependientes a drogas
Descripción breve de la alternativa de intervención	Se realiza intervención terapéutica de modalidad ambulatoria y de internamiento breve para personas con consumo habitual y dependiente a alcohol y otras drogas. Para ello, el programa de atención terapéutica está dirigido a población general, y consiste en brindar atención a los usuarios consumidores y dependientes a drogas en sus diferentes modalidades: Ambulatorio (a través de los módulos de atención en adicciones ubicados al interior de los Centros de Salud); de Día (atención a personas con consumo problemático y dependientes a drogas a través de los módulos de atención en adicciones ubicados al interior de los Hospitales); e Internamiento Breve (hospitalización a personas abusadores y dependiente a drogas). Estas intervenciones, dependiendo de la modalidad de tratamiento, pueden estar a cargo de un equipo multidisciplinario: médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadoras sociales, consejeros, técnicos de la salud, entre otros. Se pretende lograr rehabilitar a personas consumidoras y dependientes alcohol y otras drogas; así como reinsertarlas a la sociedad. Se realiza la detección de casos de adicción precoz, implementación de programas de motivación, desintoxicación y deshabituación, intervención breve, tratamiento y rehabilitación de casos con comorbilidad no severos, reducción de daño y seguimiento. Reciben un paquete de atención a través de los servicios que brinda el MINSA.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Sí
Evidencia de efectividad	El Ministerio de Salud cuenta con servicios de atención en Salud Mental en donde se incluye la atención a personas con problemas de consumo de drogas en el marco de la Estrategia de Salud Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz, estos servicios cuentan con presupuesto limitado lo que no permite brindar una atención de calidad, debido a que no cuentan con personal capacitado o entrenado en el manejo de intervenciones terapéuticas en problemas de drogas, así como espacios o ambientes idóneos para brindar la atención, cubriendo en forma limitada la atención a personas que demandan tratamiento en adicciones. Por otro lado, los Centros de Atención privados o Comunidades Terapéuticas existentes en el país, en su mayoría no cuentan con la condiciones mínimas adecuadas para su funcionamiento, de acuerdo a la normativa dada por el Ministerio de Salud para brindar una atención adecuada, encontrándose muchas de ellas en proceso de formalización, siendo a su vez alternativas riesgosas y de alto costo para la población.

N. MOSQUEIRA

G. HORNA

C. DELGADO

J. CHAUPUL

H YAIPEN

V. LEYVA

J.GARCIA

	Se busca que los programas terapéuticos en su diseño tengan en cuenta las características de la población a la cual va dirigida la intervención (contexto social, género, edad, el grado de consumo de drogas), así como la evaluación y validación de los mismos, garantizando su continuidad y sostenibilidad en el tiempo, para lo cual aplican un paquete de atención. Respecto al paquete de atención (Registro y codificación de la atención en la consulta externa – Sistema de información HIS), en función a la demanda de atención y a la capacidad resolutiva de cada establecimiento de salud en el marco de la Guía de Práctica Clínica en Trastornos Mentales y del Comportamiento debido al Consumo de Sustancias Psicótropas, articulando la oferta de servicios, y brindando una atención oportuna y eficiente. El producto se entregará a través de paquetes de atención en los Centros de Salud de las Direcciones Regionales de Salud priorizadas. El producto será entregado por diferentes Direcciones Regionales de Salud en coordinación con la Dirección de Salud Mental del MINSA.

N. MOSQUEIRA

G. HORNA

C. DELGADO

C. DELGADO

J. CHUQUIPUL

J.GARCIA

V.LEYVA

H. YAIPEN

Alternativa de intervención identificada	Atención terapéutica en los establecimientos penitenciarios y centros de medio libre
Descripción breve de la alternativa de intervención	Respecto al trabajo con internos (establecimientos penitenciarios) y liberados (centros de medio libre) del sistema penitenciario, la implementación del Programa de Intervención con internos con abuso y dependencia de sustancias psicoactivas recluidas en los establecimientos penitenciarios y liberados de centros de medio libre que tiene por finalidad la rehabilitación integral para lograr una adecuada reinserción social del interno y liberado mejorando su funcionamiento físico, psicológico, familiar, social y académico-laboral, a través de un programa de intervención especializado en drogodependencias. Estas intervenciones dependiendo de la modalidad de tratamiento se promueve que estén a cargo de un equipo multidisciplinario: médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadoras sociales, consejeros, técnicos de la salud, entre otros. Se pretende lograr rehabilitar a los internos consumidoras y dependientes alcohol y otras drogas; así como reinsertar a los liberados en la sociedad. Este programa consiste en brindar atención, tratamiento y rehabilitación a internos y liberados usuarios consumidores y dependientes de drogas, en forma ambulatoria, de día y residencial. Dicha intervención estará a cargo de profesionales y técnicos capacitados, del Ministerio de Justicia y Derecho Humanos. Los usuarios recibirán la atención orientada al diagnóstico, intervención breve, tratamiento y rehabilitación en los Establecimientos Penitenciarios del INPE. La modalidad de entrega del producto se realiza a través de un programa estructurado de intervención breve y terapéutica ejecutado por el INPE. La entrega se realizará a través de fases progresivas y secuenciales que se articulan y están desarrollados en el Programa de Intervención del Consumo de Drogas en Personas Recluidas en Establecimientos Penitenciarios. La entidad responsable de la concreción de la propuesta es la Dirección de Tratamiento Penitenciario del INPE.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Sí
Evidencia de efectividad	En población privada de libertad, un estudio de meta-análisis revisó 58 investigaciones con diseños experimentales o cuasi-experimentales que evaluaron experiencias de implementación de distintos programas de intervención penitenciaria cognitivo conductual aplicados con jóvenes o adultos. Se observó que la probabilidad de éxito (no reincidencia en un período post-intervención de 12 meses) para individuos en grupos de tratamiento es una y media veces mayor que para los participantes de los grupos comparación no intervenidos (Landenberger y Lipsey 2005). Asimismo, otro estudio de diseño

	cuasi-experimental examinó los resultados de una muestra de internos que participaron de programas de comunidad terapéutica para el tratamiento de drogas en comparación con grupos de control tras 2 años de seguimiento post-carcelario, en 5 prisiones de los Estados Unidos; como resultado, el programa de comunidad terapéutica de tratamiento en drogas redujo significativamente los nuevos arrestos (24% en grupo de tratamiento y 34% en grupo control) y las re-encarcelaciones (30% en grupo de tratamiento y 41% en grupo control, $p<0.05$) de la población intervenida, pero no los porcentajes de recaída en consumo de drogas (Welsh, 2007). En ese sentido, es necesario el diseño de programas terapéuticos en los cuales se tomen en cuenta tanto las características de la población a la cual va dirigida la intervención (contexto social, género, edad, el grado de consumo de drogas), así como aspectos metodológicos que favorezcan la evaluación y validación de los mismos, permitiendo su continuidad y sostenibilidad en el tiempo.

Alternativa de intervención identificada	**Atención terapéutica en los centros juveniles de diagnóstico y rehabilitación y servicios de orientación la adolescente (SOA)**
Descripción breve de la alternativa de intervención	Para la intervención con adolescentes infractores, se propone la ejecución del Programa de intervención terapéutica en medio cerrado y medio abierto para adolescentes en conflicto con la ley penal con problemas de consumo y dependencia de alcohol y otras drogas. El objetivo es rehabilitarlo favoreciendo su funcionamiento psicológico y reinserción social; para ello se cuenta con un manual de intervención que consta de tres fases secuenciales y progresivas que se articulan a los programas del Sistema de Reinserción Social del Adolescente Infractor; de este modo los adolescentes reciben una atención integral por parte de los equipos multidisciplinarios. A través del soporte al Centro Juvenil de Servicio y Orientación al Adolescente - SOA de atención en medio abierto, con medida socioeducativa no privativa de la libertad (Libertad Asistida - Libertad Restringida - Prestación de Servicios a la Comunidad) y para aquellos con Beneficio de Semi-libertad, se desarrolla un programa educativo de carácter preventivo promocional, ofreciendo actividades articuladas de formación personal y ocupacional, involucrando en este proceso a la familia como elemento de apoyo y la activa participación de la comunidad. Estas intervenciones con adolescentes infractores están a cargo de un equipo multidisciplinario, que aplica un programa estructurado y multidisciplinario de intervención breve y terapéutica a cargo de las instancias especializadas del Poder Judicial y que se brinda en los Centros Juveniles de Diagnóstico y Rehabilitación y Servicios de Orientación la Adolescente (SOA).

	El Poder Judicial cuenta para ello con un programa estructurado multidisciplinario de intervención breve y terapéutica que se realiza a través de fases progresivas y secuenciales que se articulan a los programas que conforman el sistema de reinserción social del Poder Judicial (Manual del Programa de Intervención Terapéutica en Medio Cerrado para Adolescentes en Conflicto con la Ley con Problemas de Consumo de Drogas). Para el caso de los adolescentes infractores los programas de intervención terapéutica serán entregados a través de la Gerencia de Centros Juveniles del Poder Judicial.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Sí
Evidencia de efectividad	En cuanto a la intervención con adolescentes en conflicto con la Ley, la ONG Cometa implementó el Proyecto Regional "Niñez sin Rejas: En América Latina, construcción de sistemas de justicia juvenil en acuerdo con la Convención sobre los Derechos del Niño y orientados a la reinserción socio-familiar", desarrollado en Lima, Arequipa y Cusco durante los años 2009-2011. En la ejecución de este proyecto se realizaron cursos dirigidos a actores del Sistema de Administración de Justicia y del Sistema de Reinserción Socio familiar de los adolescentes en conflicto con la ley penal, en coordinación con universidades como la Pontificia Universidad Católica del Perú (Lima) y la Universidad Católica de Santa María (Arequipa). Asimismo, se promovió que los equipos técnicos de los Centros Juveniles ejecuten acciones dirigidas al fortalecimiento familiar y a la adopción de pautas de crianza adecuadas. Así como, se realizaron acciones de desarrollo de habilidades con adolescentes privados de libertad.

Alternativa de intervención identificada	**Atención de personas afectadas por hechos de violencia familiar asociadas al consumo de drogas**
Descripción breve de la alternativa de intervención	Para la intervención por violencia familiar asociada al consumo de drogas, se realizarán acciones de orientación y atención con la población involucrada, a través del desarrollo de un programa dirigido a brindar asistencia a las personas que presentan abuso de drogas. Así mismo se brindará orientación sobre las consecuencias del consumo de drogas y motivar a iniciar un tratamiento para enfrentar el circuito de la violencia en la que se encuentran inmersos. Los especialistas que brindarán el servicio serán profesionales de la salud del Ministerio de La Mujer y Poblaciones Vulnerables. Los usuarios recibirán la atención orientada al diagnóstico, intervención breve, tratamiento y rehabilitación en los Centros de Emergencia Mujer del MIMP. La modalidad de intervención será a través de un programa estructurado de intervención breve y terapéutica.

	Respecto a la intervención y derivación, éstas se articulan al Programa de Atención y Tratamiento de los Centros de Emergencia Mujer del MIMP el cual está compuesto de dos manuales: Manual Auto instructivo de Prevención Frente a la Violencia Familiar y Consumo de Drogas y Manual auto instructivo sobre Intervención de Casos de Violencia y Consumo de Sustancias Psicoactivas. La entrega se realizará por medio del Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual del MIMP.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Sí
Evidencia de efectividad	En cuanto a estudios en población de mujeres víctimas de violencia familiar o sexual asociada al consumo de drogas; Amor, P.J. 1, Corral, P. 2, Bohórquez, I.A., Oria, J.C. 3, Rodríguez, M. 4; López, F 5, Calderón, D. 6 realizaron un estudio denominado "Violencia de género y adicción a drogas en Centros de Día". En esta investigación, el 64% de las personas que acudieron a diversos Centros de Día, especializados en adiciones tóxicas y no tóxicas, en busca de tratamiento, habían vivido una situación de violencia dentro de sus relaciones familiares o de pareja, a lo largo de su vida. Asimismo, dentro de este porcentaje alrededor de la mitad de las víctimas (53%) habían sido maltratadas por su pareja. Estos porcentajes de violencia son considerablemente mayores a los obtenidos por las diferentes encuestas de población realizadas en España (Instituto de la Mujer, 1999, 2002, 2006), sobre la prevalencia de la violencia contra las mujeres dentro de la población normativa. En ese sentido como conclusión resaltan la pertinencia de confeccionar programas de tratamientos multidisciplinares, eficientes y suficientemente motivadores tanto para las víctimas como para los agresores que también tienen problemas con el consumo de drogas, dando respuesta a las principales necesidades de cada individuo. Según Chait y Zulaica (2005), los objetivos de la intervención con mujeres maltratadas y drogodependientes deben dirigirse tanto a frenar el consumo de drogas como a superar la situación de maltrato que sufren, tratar la dependencia afectiva con la pareja y actuar de forma preventiva con los/as hijos/as (Chait y Zulaica, 2005).

Alternativa de intervención identificada	Prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar
Descripción breve de la alternativa de intervención	Un programa de intervención en el ámbito familiar orientado a evitar la aparición de conductas de riesgo es el Programa "Familias Fuertes: Amor y Límites", cuyo ámbito de aplicación son familias con hijos adolescentes entre 10 a 14 años, a través del cual se transfieren, a las familias participantes, conocimientos y experiencias, buscando generar en éstas la reflexión y la asunción de nuevos modelos de comportamiento en el marco de sus relaciones intrafamiliares. Está dirigido a familias regularmente integradas, que aun viviendo en situación de riesgo, muestran una dinámica funcional y en las cuales se busca evitar el surgimiento de conductas disfuncionales relacionadas con el consumo de drogas, el pandillaje o conductas delictivas. El Programa está estructurado para ser desarrollado en 7 sesiones, las cuales son dictadas por docentes/tutores debidamente capacitados, en las cuales en un primer momento se trabaja al mismo tiempo, con los padres y con sus hijos adolescentes. Este programa educativo interviene a nivel parental promoviendo estilos de crianza positivos, incluyendo habilidades de comunicación, potenciación de vínculos efectivos con los hijos, la elaboración de normas de conductas y maneras adecuadas de manejar la indisciplina. En los adolescentes se promueven habilidades de resistencia a la presión de pares, relaciones de pares pro sociales, manejo positivo de emociones y empatía con los padres. El Programa "Familias Fuertes, amor y límites" pretende que las familias adquieran habilidades parentales para proteger a sus hijos del consumo de drogas y otras conductas de riesgo.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	SI
Evidencia de efectividad	Estudios de evaluación de programas preventivos con la familia han mostrado efectividad preventiva sobre la iniciación y consumo regular de drogas en escolares. Una evaluación realizada por Pamela Ospina y colaboradores sobre el Programa "Familias Fuertes, amor y límites" en tres países: Bolivia, Colombia y Ecuador, con familias que participaron del programa, concluyó que estas familias obtenían puntuaciones altas a nivel del área de "crianza positiva", "expresión de sentimientos de cuidado" y el "establecimiento de los límites de acuerdo a la edad de los hijos". También presentaban bajas puntuaciones en las prácticas y comportamientos hostiles. *Orpinas P, Ambrose A, Maddaleno M, Vulanovic L, Mejia M, Butrón B, et al. (2014)"Lessons learned in evaluating the Familias Fuertes program in three countries in Latin America". Rev Panam Salud Publica. 36(6):383–90.* *Kumpfer, K., Alvarado, R. y Whiteside, H. (2003). "Family based interventions for substance use and misuse prevention". Substance Use & Misuse, 38 (11-13), 1759-1787.* *Spoth, R., Randall, K., Shin, C. y Redmond, C. (2005). "Randomized study of combined universal family and school preventive interventions: patterns of long-term effects on initiation, regular use, and weekly drunkenness". Psychology of Addictive Behaviors, 19 (4) (2005),372-381.*

N. MOSQUEIRA

G. HORNA

C. DELGADO

C. DELGADO

J. CHUQUIPUL

H. YAIPEN

V. LEYVA

J.GARCIA

Alternativa de intervención identificada	Programa de prevención de drogas en el ámbito laboral
Descripción breve de la alternativa de intervención	El Programa de Prevención de Drogas en el Ámbito Laboral surge como respuesta a la problemática del creciente consumo de drogas en el país, la cual afecta el rendimiento laboral, pues, por ejemplo, la mayor prevalencia anual del consumo de alcohol se presenta en el grupo etario entre 19 y 45 años, edades que comprenden a las personas que se encuentran en la etapa más productiva de sus vidas. Así mismo, el costo laboral atribuible al consumo de drogas legales e ilegales asciende anualmente a 255 millones de dólares americanos. Esta propuesta toma en cuenta actores claves como los empleadores y trabajadores. Así mismo, se enmarca dentro de la ley Nº 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo (2012), otras leyes laborales, las normas, los reglamentos, procedimientos laborales, dentro de un contexto de prevención. Para su implementación es necesario generar y promover espacios de diálogo y reflexión acerca de los riesgos asociados al consumo de drogas legales, como el alcohol y el tabaco; y la toma de conciencia de las consecuencias perniciosas del consumo de drogas ilegales; así como desarrollar estrategias comunicacionales de prevención orientadas al desarrollo personal y laboral en los trabajadores, priorizando, sobre todo, las intervenciones preventivas. **IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL ÁMBITO LABORAL** • Promover una actitud favorable y compromiso de los empleadores para el abordaje preventivo del problema del consumo de drogas. • Desarrollar un Diagnóstico Situacional participativo. • Fomentar habilidades y mecanismos de comunicación, de asertividad, de compañerismo, de trabajo en equipo, de resistencia frente a la presión de los pares y del entorno, desarrollo de una red de ayuda o apoyo en el lugar de trabajo. • Promover alternativas positivas de uso del tiempo libre, de estilos de trabajo y de vida saludable, de buenas relaciones y clima laboral. • Implementar espacios para actividades sociales y artístico-culturales en el lugar de trabajo, con la participación de los familiares de los trabajadores. • Desarrollar oportunidades de capacitación y de estudio. • Informar detallada y fundamentada sobre los efectos del uso de drogas y sus consecuencias. • Detectar los primeros consumos, brindar información y orientación sobre tratamientos de rehabilitación; informar sobre las políticas y las normas de la entidad al respecto. • Diseñar estrategias de sensibilización y concientización sobre las consecuencias y riesgos del consumo de drogas así como

N. MOSQUEIRA

G. HORNA

C. DELGADO

C. DELGADO

J. CHUQUIPUL

H. YAIPEN

V. LEYVA

J. GARCIA

	implementar mecanismos para impedir el acceso, venta y consumo de drogas en el trabajo. • Mantener una cultura laboral sana y de no consumo. • Reconocer y valorar explícitamente el esfuerzo realizado por cada uno de los trabajadores de parte de las jefaturas del trabajo. • Desarrollar acciones de bienestar. • Promover condiciones ambientales óptimas, medidas adecuadas de seguridad y/o de condiciones laborales recomendables como son jornadas laborales y recompensas equilibradas, etc. para realizar de manera eficiente el trabajo. • Actualizar el reglamento laboral, a fin de incorporar estrategias de prevención y mecanismos de control, en el marco de las políticas y normativas laborales nacionales. • Conformar un Equipo de Gestión a cargo del área de Recursos Humanos. • Incorporar en el Manual de Procedimientos laborales aspectos relacionados a la seguridad y salud, asociados a sustancias psicoactivas. • Elaborar un Plan de Trabajo que incluya presupuesto, monitoreo y evaluación.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	No
Evidencia de efectividad	La conceptualización del fenómeno de las drogas y los conocimientos que se tienen al respecto, han ido configurando diversos enfoques (participativo y de responsabilidad social), modelos preventivos (psicosocial, sociocultural y de promoción de la salud) y estrategias (informativas, de desarrollo de capacidades formativas, de promoción de vida saludable, de control asociadas al consumo de drogas y de derivación) que se tendrán en cuenta al diseñar la intervención. *DEVIDA (2010.; "Estudio del impacto social y económico del consumo de drogas en el Perú", Lima.* *MTPE (2014). "Prevención del consumo de drogas en el ámbito laboral, Guía Metodológica", Lima.*

N. MOSQUEIRA

G. HORNA

C. DELGADO

C. DELGADO

J. CHUQUIPUL

H. YAIPEN

V. LEYVA

J. GARCIA

Alternativa de intervención identificada	Prevención del consumo de drogas en el ámbito educativo
Descripción breve de la alternativa de intervención	La Prevención del Consumo de Drogas en el ámbito educativo se da a través de la implementación de programas preventivos de tipo universal y selectivo. A nivel universal, la prevención se desarrolla a través de la Tutoría y Orientación Educativa. Entiéndase que la tutoría constituye un proceso de ayuda sistemática y guía permanente, que contribuye a la formación integral de los estudiantes, para lo cual el docente tutor requiere estar capacitado. Por su importancia para la formación integral de los estudiantes y su aporte al logro de los aprendizajes, el plan de estudios de la Educación Básica Regular (EBR) incluye una hora semanal de dedicación exclusiva para la tutoría durante el año escolar. En este contexto, se cuenta con 12 sesiones por grado para el trabajo de la prevención del consumo de drogas en el nivel de secundario, las cuales se incorporan en el Plan tutorial de aula. La prevención selectiva se da través del desarrollo de actividades extracurriculares, como son los talleres socioeducativos, impartidos a escolares en situación de riesgo, que buscan promover el involucramiento de las y los estudiantes, a través del diálogo, la participación activa, el intercambio de experiencias, el desarrollo de técnicas cognitivas y conductuales, la orientación oportuna, entre otras, que le permitirán al estudiante en riesgo, tomar decisiones responsables que reduzcan la vulnerabilidad frente al consumo de drogas. En ese sentido, los escolares de nivel primario y secundario incrementan habilidades psicosociales para la prevención del consumo de drogas.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	SI
Evidencia de efectividad	Los estudios de evaluación de programas preventivos en la escuela han mostrado datos de eficacia a largo plazo sobre el retraso en la iniciación del consumo de drogas en estudiantes. Un estudio transversal realizado en México (2012) con estudiantes consumidores y no consumidores de alcohol, tabaco, marihuana e inhalantes concluyó que existen diferencias significativas entre los grupos, encontrándose que los estudiantes que no consumían obtenían puntajes más altos en las habilidades de empatía, planeación del futuro y resistencia a la presión a diferencia de los consumidores en el último mes. Con base en estos hallazgos, se identifica la necesidad de desarrollar programas de prevención de adicciones para estudiantes adolescentes basados en un enfoque de habilidades para la vida Otro aspecto importante a considerar, es que la intervención en las instituciones educativas es efectiva pues constituye un

	espacio privilegiado, debido a que congrega a la mayor cantidad de la población de 06 a 17 años.

Pérez de la Barrera, Citlalli (2012) "Habilidades para la vida y consumo de drogas en adolescentes escolarizados mexicanos", México.

Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L., Gregori, D., et al. (2010). "The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial". Drug & Alcohol Dependence, 108(1/2), 56-64.

Botvin, G. J., Griffin, K. W., Diaz, T., Scheier, L. M., Williams, C., y Epstein, J. A. (2000). "Preventing illicit drug use in adolescents: long-term follow-up data from a randomized control trial of a school population". Addictive Behaviors, 25 (5), 769-774.

Tobler, N.S., y Stratton, H.H. (1997). "Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research". The Journal of Primary Prevention, 18, 71-128.

N. MOSQUEIRA

G. HORNA

C. DELGADO

J. CHUQUIPUL

H. YAIPEN

J. LEYVA

J.GARCIA

Alternativa de intervención identificada	Programas de intervención en el ámbito universitario
Descripción breve de la alternativa de intervención	El Programa de Prevención de Drogas en el Ámbito Universitario surge como respuesta a la problemática del creciente consumo de drogas en el país, la cual se ha incrementado en los últimos años, sobretodo en la población universitaria, (*II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria, Informe Regional, 2012; del Proyecto "Programa Antidrogas Ilícitas de la Comunidad Andina" - PRADICAN, Cooperación UE – CAN*). Esta propuesta toma en cuenta actores claves: autoridades universitarias, docentes y estudiantes. El Programa de Prevención considera las normas, estatutos, reglamentos, procedimientos, contenidos preventivos a nivel del currículo, tutoría, gestión y organización, dentro de un contexto de prevención. Para su implementación es necesario generar y promover espacios de diálogo y reflexión acerca de los riesgos asociados al consumo de drogas legales, como el alcohol y el tabaco; y la toma de conciencia de las consecuencias perniciosas del consumo de drogas ilegales; así como desarrollar estrategias comunicacionales de prevención orientadas al desarrollo personal, académico y profesional en los alumnos universitarios, priorizando, sobre todo, las intervenciones preventivas en los primeros años. **IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO** • Promover una actitud favorable y compromiso de las autoridades universitarias para el abordaje preventivo del problema del consumo de drogas. • Contar con un diagnóstico situacional sobre el consumo de drogas en el ámbito universitario. • Diseñar con la Comunidad Universitaria estrategias de sensibilización y concientización sobre las consecuencias y riesgos del consumo de drogas, que considere la promoción de Estilos de Vida Saludable a través de actividades socio-culturales y espacios de encuentro. • Establecer Redes Institucionales que contribuyan a la prevención y atención especializada en casos de consumo de drogas. • Actualizar los Estatutos y Reglamentos de las Universidades, a fin de incorporar estrategias de prevención y mecanismos de control, en el marco de las políticas y normativas Nacionales y de Bienestar Universitario. • Incorporar contenidos preventivos del consumo de drogas y otros relacionados en los planes, programas, currículo de las diferentes facultades o escuelas académicas y otros documentos de gestión de las universidades. • Conformar un Equipo de Gestión. • Conformar un Equipo Técnico Operativo.

N. MOSQUEIRA

G. HORNA

C. DELGADO

C. DELGADO

J. CHUQUIPUL

H. YAIPEN

V. LEYVA

J.GARCIA

	• Elaborar un Manual de Procedimientos. • Fortalecer las capacidades para la prevención a través de la capacitación a docentes y profesionales de bienestar universitario. • Desarrollar Jornadas Académicas dirigidas a estudiantes de pre y post grado. • Formar Promotores y Líderes Estudiantiles. A través del Área de Bienestar Universitario se brindará un Servicio de Detección Temprana, Orientación, Consejería y Derivación dirigido al educando. Como medidas complementarias se promoverá la Investigación Universitaria en Materia de Drogas y el establecimiento de Mecanismos de Vigilancia y Control de Situaciones Extra Muros.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	No
Evidencia de efectividad	La implementación de espacios saludables, la divulgación de contenidos preventivos, el desarrollo de actividades académicas y de investigación, más la inserción de contenidos preventivos en el currículo constituyen elementos efectivos orientados a la prevención del consumo de drogas en el ámbito de la educación superior. *Borsari, B. y Carey, K. (2001). "Peer influences on college drinking: a review of the research". J. Subst Abuse., 13(4), 391-424.* *GUTIERREZ RAINA, Daniel Ernesto (2010. Universidad Adventista del Plata Entre Ríos – Argentina.* *CABRERA RAMOS, Rene; Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo Morelia, Michoacán – México.* *FABELO ROCHE, Justo Reinaldo; Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, La Habana – Cuba.* El presente estudio fue producto de la experiencia que se tienen en las instituciones universitarias sobre la prevención en el uso y abuso de drogas en los estudiantes del área de la salud, como también de otras áreas de formación profesional. Los resultados del estudio muestran las estrategias preventivas asumidas en tres universidades latinoamericanas que partiendo de realidades socioeconómicas diferentes enfrentan problemas que, aunque de diversa magnitud, son similares en esencia. Se detallan las acciones académicas que desarrollan desde las aristas docente, investigativa y extensionista para contribuir a la prevención del uso indebido de drogas y de otras conductas adictivas. Se concluye que se requiere la inserción dentro del currículo de materias enfocadas a la prevención del uso drogas además del desarrollo de estrategias psicoeducativas que sean implementadas por las diferentes unidades académicas de las instituciones universitarias.

Alternativa de intervención identificada	Servicio de orientación y consejería Habla Franco
Descripción breve de la alternativa de intervención	Son servicios especializados atendidos por profesionales de la salud, con la finalidad de ofrecer medidas de intervención específica para cada caso en particular. Se diferencian casuísticas según la naturaleza del problema, pudiendo ofrecer información, orientación y consejería psicológica. Es el caso de la Plataforma Habla Franco, dispone de diversos servicios como la atención telefónica, online, externa y presencial. La primera, es un servicio telefónico a nivel nacional, gratuito y disponible doce horas continuas, de lunes a sábados, con la finalidad de brindar información y consejería especializada en el tema de drogas, dirigido a adolescentes, jóvenes y adultos (familiares), el mismo que se complementa con un segundo servicio bajo un sistema online de información y orientación vía correo electrónico y salas de chat. El tercer servicio tiene como finalidad informar y sensibilizar sobre los riesgos y consecuencias del uso y abuso de drogas a través del desarrollo de ferias y campañas en espacios abiertos, como también en instituciones educativas (colegios, institutos, universidades) teniendo un contacto directo con la población objetivo. Asimismo, se brindan propuestas innovadoras como la Exposición Itinerante denominada "¿Drogas? Infórmate, decide bien.", propuesta para el ámbito escolar. El objetivo es brindar información completa sobre las drogas y su impacto en el entorno de los adolescentes y jóvenes como la familia, sus pares y sociedad. La estrategia que se aplica implica una metodología interactiva mediante las Tecnologías de la Comunicación e Información (TIC). De manera paralela, se benefician los padres de familia y docentes, quienes reciben charlas, material informativo y el servicio telefónico de ayuda 0800 44 400. Finalmente, el servicio presencial propone una intervención breve de contención, motivacional e informativa, para su aplicación se cuenta con programas estructurados. La propuesta gira en torno al abordaje del problema del individuo y su impacto en la familia, la que es atendida por un especialista a través de la metodología de grupos de encuentro o de ayuda. En el caso del consultante el abordaje es individual. El servicio también es un medio de derivación para casos que requieran atención de mayor complejidad, contándose para ello con un directorio especializado de instituciones.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	SI
Evidencia de efectividad	Estudios internacionales evidencian la efectividad de los espacios virtuales para la intervención de consumidores de drogas. *Bewick BM, Trusler K, Barkham M, Hill AJ, Cahill J y Mulhern B. (2008). "The effectiveness of web-based interventions designed to decrease alcohol consumption--a systematic review". Preventive Medicine, 47(1),17-26.* *Bersamin M, Paschall MJ, Fearnow-Kenney M, y Wyrick D. (2007). "Effectiveness of a Web-based alcohol-misuse and harm-prevention course among high- and low-risk students". Journal of American College Health, 55(4), 247-54.*

3.4 Transición de las alternativas al producto

Producto	Definición operacional	Actividades
Población atendida en adicciones por consumo de drogas	Este producto, consiste en brindar atención, tratamiento y rehabilitación a usuarios consumidores y dependientes de drogas, en forma ambulatoria, de día y residencial. Dicha intervención estará a cargo de profesionales de la salud y/o técnicos capacitados, de las Direcciones Regionales de Salud, Poder Judicial, Ministerio de Justicia y Derecho Humanos, Ministerio de La Mujer y Poblaciones Vulnerables. Los usuarios recibirán la atención orientada al diagnóstico, intervención breve, tratamiento y rehabilitación en los siguientes ámbitos de intervención: Establecimientos de Salud del MINSA, Centros de Diagnóstico y Rehabilitación del Poder Judicial, Establecimientos Penitenciarios del INPE y Centros de Emergencia Mujer del MIMP.	Atención terapéutica en modalidad ambulatoria, de día y residencial para consumidores y dependientes a drogas.
		Atención terapéutica en los Centros Juveniles de Diagnóstico y Rehabilitación (CJDR) y Servicios de Orientación al Adolescente (SOA).
		Atención terapéutica en los establecimientos penitenciarios y centros de medio libre
		Acciones preventivas y atención a personas afectadas por hechos de violencia familiar asociadas al consumo de drogas.
Población desarrolla competencias para la prevención del consumo de drogas	Este producto está dirigido a la población general y cuya finalidad es fortalecer factores de protección contra el consumo de drogas, a través del desarrollo de intervenciones preventivas en los ámbitos educativo, familiar, laboral y comunitario.	Servicio de orientación y consejería Habla Franco
		Difusión de contenidos preventivos en el ámbito urbano y rural
		Atención a familias con niños de 10 a 14 años - Familias Fuertes
		Prevención del consumo de drogas en el ámbito educativo nivel Secundario.
		Intervención comunitaria para la prevención del consumo de drogas y otros problemas psicosociales

N. MOSQUEIRA

G. HORNA

C. DELGADO

C. DELGADO

J. CHUQUIPUL

H. YAIPEN

J.GARCIA

Tabla N° 10

Denominación del producto Nº 1	**POBLACION DESARROLLA COMPETENCIAS PARA LA PREVENCION DEL CONSUMO DE DROGAS**					
Grupo poblacional que recibe el producto	Población general de 12 a 65 años.					
Responsable del diseño del producto	DEVIDA					
Responsable de la entrega del producto	DEVIDA					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (marque con un aspa)	**GN**	**X**	**GR**	**X**	**GL**	**X**
Unidad de medida del indicador de producción física	Persona					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de población general con alta percepción de riesgo sobre el consumo de drogas Porcentaje de estudiantes del nivel secundario con alta percepción de riesgo sobre el consumo de drogas Porcentaje de familias intervenidas que desarrollan habilidades parentales para la prevención del consumo de drogas. Porcentaje de estudiantes intervenidos que desarrollan habilidades psicosociales para la prevención del consumo de drogas. Porcentaje de la población de comunidades intervenidas involucrada en acciones de prevención del consumo de drogas.					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	Este producto está dirigido a la población general y cuya finalidad es ***fortalecer factores de protección contra el consumo de drogas***, a través del desarrollo de intervenciones preventivas en los ámbitos educativo, familiar, laboral y comunitario. **Servicio de Orientación y Consejería "Habla Franco"** Con el propósito que la población general se encuentre informada, orientada y aconsejada sobre los riesgos y consecuencias del consumo de drogas, así como de los beneficios de mantener una vida saludable, recibe un **servicio gratuito de información, orientación y consejería** telefónica y on line sobre drogas (Servicio Habla Franco 0800-44-400 www.hablafranco.gob.pe); campañas de difusión, ferias informativas y de servicios. El servicio "Habla Franco" se entrega a nivel nacional bajo las siguientes modalidades: • Línea gratuita 0800-44-400 de cobertura a nivel nacional, atiende 12 horas continuas de lunes a sábado de 9.00 am a 9.00 pm.					

N. MOSQUEIRA

C. HORNA

C. DELGADO

V. LEYVA

J. GARCIA

J. OHUQUIPUL

H. YAIPEN

- Chatea Franco: atención durante 12 horas continuas, de lunes a sábado de 9.00 am a 9.00 pm; a través de la página web www.hablafranco.gob.pe
- Escribe Franco: durante las 24 horas de Lunes a Domingo, a través del correo: hablafranco@devida.gob.pe o ingresando por la página web.
- "Habla Franco Itinerante", exposición interactiva que tiene como objetivo sensibilizar e informar a los adolescentes y jóvenes respecto a los riesgos del uso y abuso drogas a través de recursos interactivos innovadores fortaleciendo la capacidad crítica y toma de decisiones responsables, dicha exposición por ser itinerante podrá ser desarrollada a nivel central y regiones priorizadas.
- Habla Franco Presencial, consejería psicológica individual y grupal, atención continua 12 horas de lunes a sábado de 9:00 am a 9:00 pm.
  Este servicio crea espacios para trabajar aspectos motivacionales y de contención emocional, con la finalidad que las personas continúen una estrategia de cambio específica en relación a su problemática del consumo de drogas, el cual se trabajará de manera paralela con sesiones grupales para los familiares o tutores que acompañen a los consultantes a la consejería, de manera que participen como agentes co-terapéuticos en el proceso de cambio. Dicho servicio se entregará desde la sede central y será implementado en las regiones priorizadas.
- Redes Sociales: brindan información sobre drogas, permitiendo un contacto bidireccional de comunicación.
- Actividades Presenciales Informativas y Promocionales: Charlas, talleres, ferias, conferencias y campañas en instituciones educativas y espacios comunitarios.

Prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar

Orientado a fortalecer las habilidades parentales para la crianza de los hijos a fin de evitar la aparición de factores de riesgo relacionados al consumo de drogas y otras conductas asociadas. Para ello se imparten sesiones psicoformativas estructuradas, orientadas a optimizar los estilos de crianza y de comunicación dentro del hogar, que promuevan un ambiente familiar positivo. Las sesiones son aplicadas por profesionales capacitados como facilitadores, quienes cuentan con la ayuda de materiales de apoyo (manuales y videos). La aplicación de las sesiones del programa, es asesorada y monitoreada para garantizar la calidad del desarrollo de las mismas. El proceso es evaluado una vez culminada la aplicación del programa.

Las sesiones del programa de prevención en el ámbito familiar, se desarrollan una vez por semana, con una duración aproximada de 2 horas y media cada una. En un primer momento se trabaja en una aula con los padres de familia y simultáneamente, en otra aula, con sus hijos (10 a 14 años de edad), para que en un segundo momento se desarrolle una sesión conjunta (familiar); se aplica a los padres e hijos una evaluación de entrada al inicio del programa y una de salida al finalizar el mismo. El acompañamiento y monitoreo a los profesionales capacitados se realizan de manera focalizada y selectiva.

Las Direcciones Regionales de Educación serán las encargadas de implementar el programa en las instituciones educativas seleccionadas, teniendo el asesoramiento técnico y seguimiento por DEVIDA.

El programa preventivo en el ámbito familiar, también es implementado por los Gobiernos Locales; profesionales de estas entidades son capacitados para la aplicación del mismo y durante su labor reciben el asesoramiento y monitoreo respectivo de DEVIDA.

Prevención del consumo de drogas en el ámbito educativo

Busca fortalecer las habilidades psicosociales de los estudiantes, mediante el desarrollo de intervenciones preventivas a nivel universal dirigidas a toda la población escolar y a nivel selectivo dirigidas a estudiantes en situación de riesgo. Los estudiantes de cada grado escolar reciben contenidos preventivos estructurados a través de sesiones desarrolladas en los espacios de la tutoría y la inserción de contenidos preventivos en las áreas curriculares, proceso que es evaluado conforme se desarrolla la intervención y a la culminación del mismo. Las sesiones son desarrolladas por docentes tutores capacitados por el Ministerio de Educación y DEVIDA, sobre los lineamientos de la implementación del programa y el uso del manual con los contenidos del Programa, distribuidos en 12 sesiones. Durante el desarrollo del Programa se aplican evaluaciones de entrada y de salida.

Las Direcciones Regionales de Educación son las encargadas de implementar el Programa en las instituciones educativas seleccionadas, teniendo el asesoramiento técnico y seguimiento de DEVIDA; para lo cual se conforma un Equipo Técnico Regional -ETR, encargado de la capacitación de los docentes y tutores de las instituciones educativas que aplicarán el Programa.

Ámbito Educativo Superior

Se promueve la implementación permanente y sostenible de actividades de prevención del consumo de drogas, a través de la conformación y capacitación de equipos preventivos, el diseño de una política institucional, la inclusión de contenidos preventivos en la malla curricular y la elaboración de un plan de acción, en el cual se incorporen acciones dirigidas a los estudiantes, quienes participarán de actividades extracurriculares de en uso del tiempo libre. Este producto está dirigido a la población de adolescente y joven entre 17 y 30 años y tiene como objetivo fortalecer factores de protección frente el consumo de drogas, a través del desarrollo de intervenciones preventivas innovadoras en el ámbito universitario.

En este contexto y con el propósito que esta población se encuentre informada sobre los riesgos y consecuencias del consumo de drogas que les permita tomar decisiones responsables, se promueve la implementación de actividades preventivas que desarrollen estrategias y tecnologías acordes con las características de esta población.

Al respecto, se propone la implementación de exposiciones Itinerantes en los espacios de las Universidades y de los Institutos de Educación Superior, utilizando la Tecnología de Información y Comunicación (TIC) con herramientas en 3D, proyecciones, videos, testimonios, entre otros.

Así también, se plantea ofrecer a las Universidades, un plan de capacitación a los profesionales de las áreas de Bienestar Estudiantil con el objetivo que la

N. MOSQUEIRA
G. HORNA
C. DELGADO
C. DELGADO
V. LEYVA
J.GARCIA
J. CHUQUIPUL
H YAIPEN

atención psicológica incluya también las problemáticas relacionadas con el uso y abuso de drogas.

La entrega del producto estará a cargo de DEVIDA y se hará en el ámbito nacional.

Prevención del consumo de drogas en el ámbito comunitario.

Implica el fortalecimiento de la organización comunal y la conformación de una red institucional para el desarrollo de acciones que promuevan la participación activa de todos los actores de la comunidad.

Los adolescentes y jóvenes cumplen un rol importante en este proceso, con ellos se promoverán espacios recreativos, formativos, educativos y laborales, entre otros.

También se implementará un centro de escucha y acogida comunitaria que facilite acciones de contacto, orientación, acompañamiento y derivación, dirigido a la comunidad general. Se utilizarán diversas estrategias y medios para la difusión de contenidos preventivos como materiales IEC, objetos promocionales y medios alternativos identificados en la comunidad.

Los Gobiernos Locales, con la asistencia técnica de DEVIDA son los responsables de la entrega de esta actividad a nivel nacional.

Plataforma itinerante de acción social - PIAS

La Intervención en comunidades indígenas, comprende la implementación de talleres preventivos con el objetivo de incrementar factores de protección frente a conductas de riesgo en niños, niñas y adolescentes.

Los talleres abordan temas como conciencia de sí mismo, auto regulación emocional, conciencia social, sentido de pertenencia, para finalmente trabajar la toma de decisiones responsables. Se realizan 05 sesiones anuales, debido al cronograma de navegación.

La metodología utilizada para la implementación de los talleres utiliza principalmente herramientas lúdicas y dinámicas que permitan el desarrollo de la capacidad creativa.

Los talleres se llevan a cabo en las instituciones educativas de las comunidades indígenas que son visitadas por la Plataforma itinerante de Acción Social.

DEVIDA se encarga de la contratación de los profesionales responsables de brindar los talleres, para lo cual es necesario el trabajo articulado de todas las entidades que ejecutan actividades a través de la Plataforma Itinerante de Acción Social, entre ellas la Marina de Guerra del Perú, la Presidencia del Consejo de Ministros; el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; el Gobierno Regional y Gobiernos Locales, Directores y Docentes de las Instituciones Educativas.

Difusión de contenidos preventivos del consumo de drogas en zonas urbanas y rurales.

Se realiza a través de:

- **<u>Fortalecimiento de capacidades técnicas:</u>**

N. MOSQUEIRA

G. HORNA

C. DELGADO

J. CHUQUIPUL

H. YAIPEN

J.GARCIA

	Conjunto de acciones de formación académica que se proponen en respuesta a las necesidades que se presentan en el ámbito de la prevención y el tratamiento del consumo de drogas con la finalidad de proveer a los profesionales vinculados a estas áreas de acción, de herramientas teóricas y ejemplos prácticos, así como un espacio de intercambio de experiencias y nuevas propuestas que fortalezcan sus capacidades técnicas. El desarrollo de la actividad es de responsabilidad de DEVIDA y se realiza a nivel nacional, en dos modalidades: <u>Formación Virtual y/o semipresencial:</u> A través de una Plataforma Virtual de Formación alojada en el servidor de DEVIDA y a través de la cual se desarrollan los cursos, los mismos que son ejecutados por DEVIDA y otras instituciones socias (MINSA; MINEDU, MIMP, etc.). o La plataforma tiene una oferta de formación concebida en 3 niveles: • Nivel 1: cursos con contenidos generales • Nivel 2: son cursos con contenidos especializados • Nivel 3: son cursos realizados con universidades <u>Formación Presencial:</u> Son acciones de formación que se realizan de acuerdo a las demandas de las instituciones (Ministerio de Justicia, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Policía Nacional, etc.) Las acciones desarrolladas abarcan seminarios, conferencias, foros, talleres y cursos La convocatoria es abierta o en coordinación con otras instituciones con las que se viene coordinando o efectuando acciones de prevención y tratamiento del consumo de drogas. • **<u>Campañas:</u>** La actividad de difusión de contenidos preventivos, está dirigido a la población general, de las zonas urbanas y rurales del país. El desarrollo de esta actividad tiene como finalidad difundir en la población objetivo, contenidos preventivos y de sensibilización sobre los efectos e impactos negativos del consumo de drogas. La actividad es desarrollada por DEVIDA y se implementa a nivel nacional, mediante campañas comunicacionales, a través de diversos medios de comunicación masiva (prensa escrita, radio, televisión), material impreso, medios alternativos, estrategias IEC (Información, Educación y Comunicación) y uso de tecnologías de la información. Comprende tareas asociadas al diseño, ejecución, monitoreo y evaluación de acciones comunicacionales preventivas y de sensibilización sobre los efectos e impactos negativos del consumo de drogas.
2. Organización para la entrega del producto	**DEVIDA** Se encarga de mantener operativo el funcionamiento del servicio "Habla Franco", para lo cual realiza la contratación de un equipo de profesionales,

N. MOSQUEIRA

G. HORNA

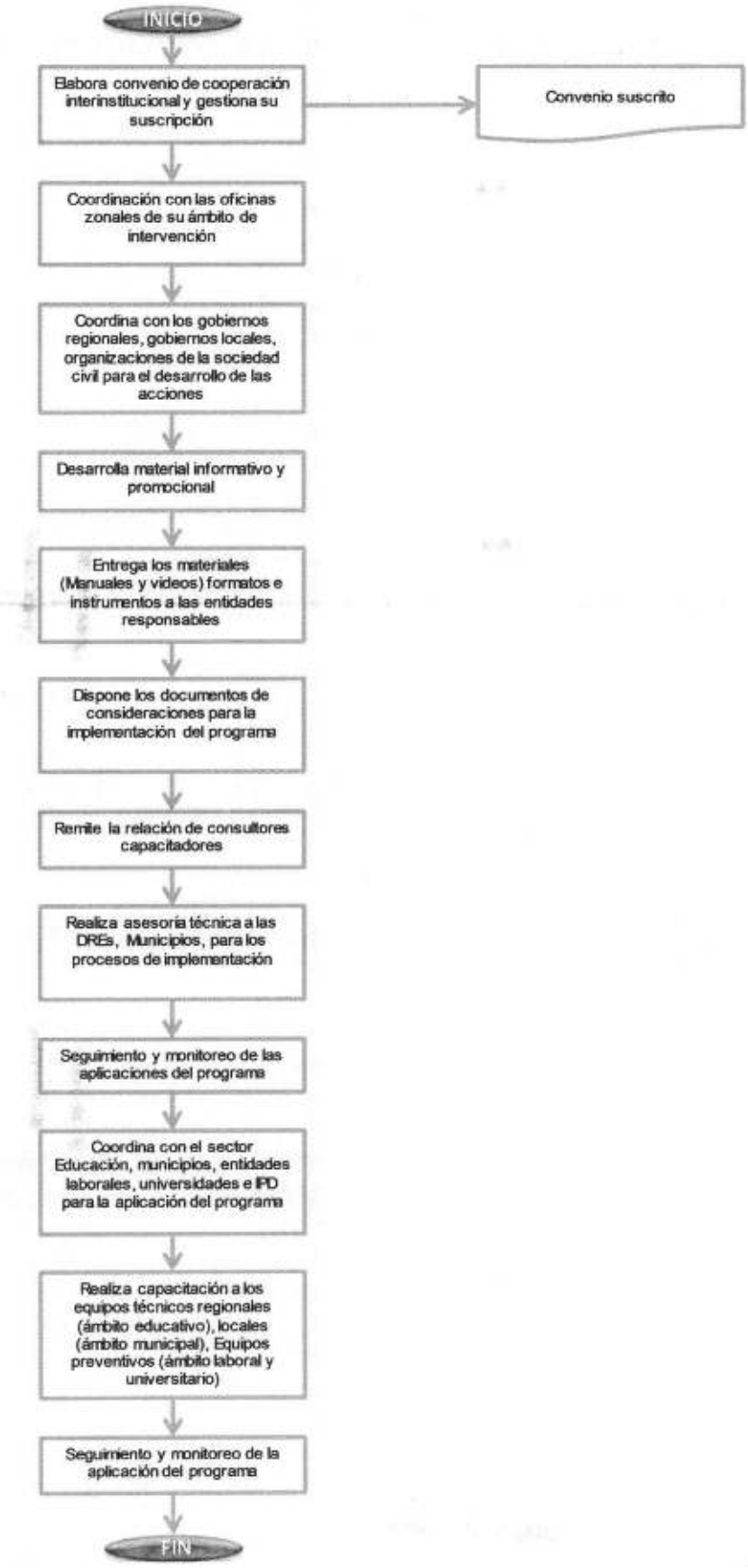
C. DELGADO

V. LEYVA

J. CHUQUIPUL

H. YAIPEN

	gestiona el mantenimiento de la línea gratuita telefónica y dominio web. Asimismo desarrolla la actividad "Difusión de contenidos preventivos del consumo de drogas en zonas urbanas y rurales" asumiendo el desarrollo del diseño, ejecución, monitoreo y evaluación de la campaña de difusión de contenidos preventivos definiendo las estrategias IEC pertinentes y priorizando las poblaciones objetivo. **Gobiernos Regionales – Direcciones Regionales de Educación (DRE)** Las DRE son las encargadas de implementar el Programa de Prevención del consumo de drogas en el ámbito educativo en las instituciones del ámbito de su jurisdicción, asimismo implementan el Programa Familias Fuertes dirigido a los padres de las instituciones educativas. Las Direcciones Regionales de Educación cuentan con el asesoramiento técnico y seguimiento de DEVIDA. Para la aplicación seguimiento y monitoreo de la actividad se conforma un Equipo Técnico Regional –ETR. **Gobiernos Locales** Los Gobiernos Locales, con la asistencia técnica de DEVIDA son los responsables de implementar el Programa de prevención del consumo de drogas en el ámbito comunitario, como también el programa preventivo en el ámbito familiar, profesionales de estas entidades son capacitados para la aplicación del mismo y durante su labor reciben el asesoramiento y monitoreo respectivo de DEVIDA.
3. Criterios de programación	En lo que respecta a la prevención del consumo de drogas en el ámbito educativo, se ha programado beneficiar al 30% de la población escolar del nivel secundario de instituciones educativas públicas de zonas urbanas, incrementando alrededor del 10% la cobertura en relación al año 2015. Respecto al programa de prevención en el ámbito familiar, el incremento de la cobertura para el 2016 respecto al 2015 será de 35%. En relación a las actividades de orientación y consejería, se prevé incrementar su cobertura para el 2016 en un 30% El incremento de las coberturas que se señalan, se hace en función de los datos epidemiológicos respecto al consumo de drogas en población escolar y a la necesidad de fortalecer a la familia como espacio protector para evitar la aparición de conductas de riesgo, relacionadas al consumo de drogas. La información referida se encuentra sustentada en las Encuestas Nacionales de Prevención y Consumo de Drogas en Población Escolar del nivel Secundario 2009 y 2012; las estimaciones de cobertura en población escolar, han tomado como referencia información proveniente del Ministerio de Educación SCALE 2014.
4.Método de agregación de Actividades a producto	Se considera la suma de las metas físicas de las actividades. *Para el caso de la actividad Prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar, se considera la meta: Familia *Para el caso de la actividad Difusión de contenidos preventivos del consumo de drogas en zonas urbanas y rurales, se considera la meta: Evento
5.Flujo de Procesos	



DEVIDA VºBº N. MOSQUEIRA

DEVIDA VºBº G. HORNA

DEVIDA VºBº C. DELGADO

DEVIDA VºBº C. DELGADO

DEVIDA VºBº J. CHUQUIPUL

DEVIDA VºBº H. YALPEN

DEVIDA VºBº V. LEYVA

DEVIDA VºBº J. GARCIA

Denominación del producto Nº 2	**POBLACIÓN ATENDIDA EN ADICCIONES POR CONSUMO DE DROGAS**					
Grupo poblacional que recibe el producto	Usuarios consumidores y dependientes ha alcohol y otras drogas entre las edades de 12 a 65 años de edad					
Grupo poblacional que recibe el producto	Usuarios consumidores y dependientes ha alcohol y otras drogas entre las edades de 12 a 65 años de edad					
Responsable del diseño del producto	DEVIDA					
Responsable de la entrega del producto	• Gobiernos Nacionales a través del Poder Judicial (Gerencia de Centro Juveniles), Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual - PNCFVS), Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (Instituto Nacional Penitenciario - INPE). • Gobiernos Regionales a través de las Direcciones Regionales de Salud					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Persona					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de personas atendidas por adicción al consumo de drogas que concluyen el programa y/o paquete de atención. Porcentaje de personas atendidas por adicción al consumo de drogas satisfechas con el programa y/o servicio.					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	Este producto, consiste en brindar ***atención, tratamiento y rehabilitación a usuarios consumidores y dependientes de drogas***, en forma ambulatoria, de día y residencial. Dicha intervención estará a cargo de profesionales de la salud y/o técnicos capacitados, de las Direcciones Regionales de Salud, Poder Judicial, Ministerio de Justicia y Derecho Humanos, Ministerio de La Mujer y Poblaciones Vulnerables. Los usuarios reciben atención orientada al diagnóstico, intervención breve, tratamiento y rehabilitación en los siguientes ámbitos de intervención: Establecimientos de Salud del MINSA, Centros de Diagnóstico y Rehabilitación del Poder Judicial, Establecimientos Penitenciarios del INPE y Centros de Emergencia Mujer del MIMP. La modalidad de entrega del producto se realiza a través de un ***paquete de atención*** (MINSA) y ***programas estructurados de intervención breve y terapéutica*** (Poder Judicial, INPE y MIMP) El producto será entregado por diferentes unidades ejecutoras. En caso del paquete de atención la entrega del producto está a cargo de					

	las ***Direcciones Regionales de Salud*** en coordinación con la Dirección de Salud Mental del MINSA. Para los programas de intervención terapéutica los productos serán entregados a través de la ***Gerencia de Centros Juveniles*** del Poder judicial y de la ***Dirección de Tratamiento Penitenciario*** del INPE. Respecto al programa de intervención breve la entrega se realizará por medio del ***Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual*** del MIMP.
2. Organización para la entrega del producto	**DEVIDA** Asiste técnicamente a las diferentes entidades ejecutoras (Direcciones Regionales de Salud, Poder Judicial, INPE y MIMP) a fin de contar con instrumentos estandarizados y documentos técnicos refrendados a través de normas sectoriales (Resoluciones, Directivas, etc.). En coordinación con las diferentes entidades ejecutoras se organizan cursos de capacitación para fortalecer las competencias técnicas de los profesionales. Asimismo DEVIDA se encarga del monitoreo para garantizar la calidad de las atenciones. **Gobiernos Regionales – Direcciones Regionales de Salud (DIRESA)** Las DIRESAS en el marco de sus competencias regionales implementan los Módulos de Atención ambulatoria para personas con problemas por el consumo de drogas. En coordinación con la Dirección de Salud Mental del MINSA y DEVIDA, desarrollan acciones de asistencia técnica, seguimiento y monitoreo para el cumplimiento eficiente de la actividad.
3. Criterios de programación	Respecto a la implementación de módulos de atención para personas consumidoras y dependientes a drogas, se ha tomado en consideración los siguientes criterios: • Regiones que registran mayor Prevalencia de consumo de drogas (Fuente: Encuesta sobre prevención y consumo de drogas en población general, DEVIDA 2010 y Encuesta Nacional de Prevención y Consumo de Drogas en Población Escolar del nivel secundario, DEVIDA 2012). • Selección de establecimientos de salud ubicados en lugares de alto riesgo y que presente condiciones óptimas para su implementación y fortalecimiento de módulos de atención con énfasis en adicciones (Memoria Institucional DEVIDA 2014; Sistema de Monitoreo y Evaluación, SIMDEV-DEVIDA.
4. Método de agregación de Actividades a producto	Se considera la suma de las metas físicas de las actividades.
5.Flujo de Procesos	Flujos de atención para el paquete de atención (MINSA – DIRESAS) y para las intervenciones terapéuticas (Poder Judicial, INPE y MIMP).

N. MOSQUEIRA

C. HORNA

C. DELGADO

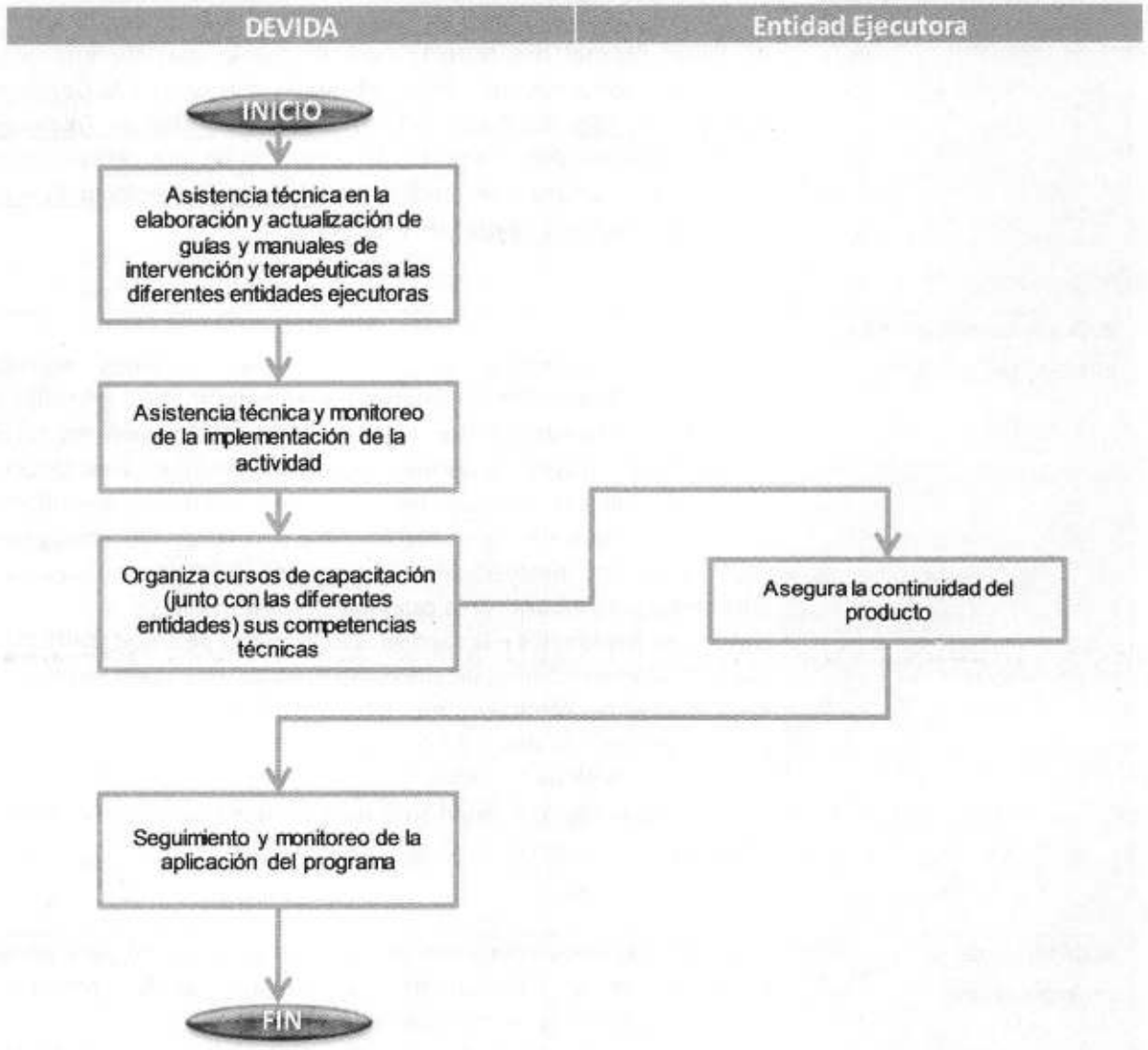
C. DELGADO

J. CHUQUIPUL

V. LEYVA

J.GARCIA

H. YAIPEN



N. MOSQUEIRA

G. HORNA

C. DELGADO

J. CHUQUIPUL

3.5 Actividades, tareas e insumos

Tabla N° 11

Denominación del producto Nº 1	POBLACION DESARROLLA COMPETENCIAS PARA LA PREVENCION DEL CONSUMO DE DROGAS
Actividad 1.1	Servicio de orientación y consejería Habla Franco
Actividad 1.2	Difusión de contenidos preventivos en el ámbito urbano y rural
Actividad 1.3	Prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar
Actividad 1.4	Prevención del consumo de drogas en el ámbito educativo
Actividad 1.5	Prevención del consumo de Drogas en el ámbito comunitario

Tabla N° 12

H. YAIPEN

V. LEYVA

J.GARCIA

Denominación de la actividad	**Servicio de orientación y consejería Habla Franco**					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (marque con un aspa)	**GN**	**X**	**GR**		**GL**	
Unidad de medida del indicador de producción física	Persona atendida					

Modelo operacional del producto

1. Definición operacional

Con el propósito que la población general reciba orientación sobre los riesgos y consecuencias asociadas al consumo de drogas, así como de los beneficios de mantener una vida saludable, DEVIDA ofrece a la población, el **servicio gratuito de información, orientación y consejería** sobre drogas "Habla Franco", el cual cuenta con cuatro modalidades de atención:

Línea gratuita 0800-44-400 de cobertura a nivel nacional, que atiende 12 horas continuas de lunes a sábado de 9.00 am a 9.00 pm.

- Recibe llamadas a nivel nacional, de consumidores de drogas, familiares y/o tutores quienes buscan recibir información, orientación y consejería especializada sobre consumo de drogas y problemas asociados. Si la llamada ingresa por primera vez, se registran los datos personales y procedencia de la llamada para realizar las acciones de intervención (brindar orientación o realizar la derivación del caso), finalmente se ingresa el contenido de la llamada a la Base de Datos. Si se trata de una llamada de seguimiento se ingresa a la Base de Dato y se extrae la información trabajada en las llamadas anteriores para dar continuidad a la intervención, según el motivo de consulta que realizada.

Consultas on line: a través de la página web www.hablafranco.gob.pe

- Chatea Franco: Se brinda atención durante 12 horas continuas, de lunes a sábado de 9.00 am a 9.00 pm. El usuario ingresa a la página web, donde ingresa datos y envía solicitud/consulta; el psicólogo de turno recibe la solicitud e inicia el dialogo virtual con el usuario, a lo largo de este proceso se le brinda orientación y consejería sobre drogas. Cuando se resuelve las dudas que puede tener, se registra la información del contacto en la base de datos y se cierra, la comunicación con el usuario.

Escribe Franco: Funciona las 24 horas del día de Lunes a Domingo, a través del correo: hablafranco@devida.gob.pe o en la sección Escribe Franco en la página web.

- El psicólogo de turnos realiza la revisión de la bandeja de correo Habla franco, responde, se brinda orientación básica requerida y se recomienda llamar al servicio Habla Franco.
- Ante una nueva comunicación del usuario por este medio, se revisa el correo remitido y se envía nuevo correo con orientación o información requerida
- Se guarda los correos en la base de datos y se cierra la comunicación.

Servicios Informativos y Promocionales: "Habla Franco Itinerante", Charlas,

N. MOSQUEIRA V. LEYVA J.GARCIA J. CHUQUIPUL H. YALPEN

talleres, ferias, conferencias y campañas (actividades externas)

- Habla franco Itinerante: exposición interactiva que tiene como objetivo sensibilizar e informar a los adolescentes y jóvenes respecto a los riesgos del uso y abuso drogas a través de recursos interactivos innovadores fortaleciendo la capacidad crítica y toma de decisiones responsables, dicha exposición por ser itinerante podrá ser desarrollada a nivel central y regiones priorizadas..

- Habla Franco Visita Colegios: Estudia e identifica colegios en situación de riesgo. Realiza la visita a los colegios, a través de dos modalidades (1) A solicitud de ellos, (2)Por autorización a la solicitud hecha por DEVIDA. El equipo técnico se desplaza a las instalaciones de la IIEE donde brinda charlas informativas a los alumnos y docentes, distribuye folletos u otro material impreso. Terminada la acción elabora el informa de la actividad.

Habla Franco Presencial, brinda consejería psicológica individual y grupal. La atención es continua durante 12 horas al día, de lunes a sábado de 9:00 am a 9:00 pm.

Este servicio crea espacios para trabajar aspectos motivacionales y de contención emocional, con la finalidad que las personas continúen una estrategia de cambio específica en relación a su problemática del consumo de drogas, el cual se trabajará de manera paralela con sesiones grupales para los familiares o tutores que acompañen a los consultantes a la consejería, de manera que participen como agentes co-terapéuticos en el proceso de cambio. La atención se ofrecerá principalmente a los adolescentes y jóvenes con consumo experimental o habitual, pudiendo atenderse a abusadores o dependientes a las drogas.

Las sesiones individuales para los consultantes se dividen en cinco (05) sesiones a trabajar, cada uno con objetivos específicos y estrategias a seguir.

Terminadas las sesiones programadas y según los logros alcanzados se puede programar alguna sesión adicional, también se realiza la derivación a profesionales o instituciones especializados en tratamiento y rehabilitación de las adicciones.

Para la consejería a los familiares o tutores se trabaja en paralelo con sesiones grupal, denominada multifamiliar con ocho (08) sesiones a tratar, usando la metodología informativa-motivacional. Dicho servicio se entregará desde la sede central y será implementado en las regiones priorizadas.

Para la atención de Habla franco Presencial se seguirán los siguientes pasos:

- Se recibe al usuario en la cabina habla Franco.
- Se brinda información básica.
- El psicólogo registra los datos personales del usuario.
- Brinda orientación y charla informativa.
- Se programa sesiones personalizadas y/o sesione grupales.
- Se evalúa el alta o deriva a otros profesionales o instituciones especializadas.
- Finalizada la atención, se registra en la base de datos.

Así mismo se realizan campañas comunicacionales con el objetivo de difundir el servicio:

- Medios de comunicación masivos: (TV, radio y prensa escrita)

	• Medios alternativos: circuitos cerrados en empresas (bancos/supermercados), BTL en espacios de concurrencia masiva, cine y galería itinerantes, entre otros. • Publicidad, a través de paneles, vallas, banner y/o buses publicitarios. • Material informativo y promocional
2. Organización para la entrega del producto	DEVIDA se encarga de mantener operativo el funcionamiento del servicio "Habla Franco", para lo cual realiza la contratación de un equipo de profesionales conformado por psicólogos, practicantes profesionales y pre profesionales, promoviendo su capacitación y entrenamiento en la atención de las diferentes modalidades de servicios que ofrece, así mismo implementa y acondiciona la infraestructura (espacio físico) acorde para la atención presencial de consejería psicológica ubicado en su sede central, gestiona el mantenimiento de la línea gratuita telefónica y dominio web, implementa una biblioteca con libros especializados en la temática de drogas y en las diferentes modalidades de atención que ofrece. Asimismo, se encarga del desarrollo del diseño, ejecución, monitoreo y evaluación de la campaña de difusión de contenidos preventivos definiendo las estrategias IEC pertinentes y priorizando las poblaciones objetivo. Se realizan alianzas con instituciones especializadas en tratamiento y rehabilitación de las adicciones para la derivación de los casos atendidos en los servicios de consejeria presencial y telefónica. Las instituciones educativas u otro tipo de instituciones participantes, brindan apoyo logístico, social para las visitas, charlas o talleres.
3. Criterios de programación	Para el caso del servicio Habla Franco se utilizará la base de datos del servicio, cuaderno de asistencia y citas del servicio de consejería presencial, así como los registros de información en formato Excel para las actividades externas. Para el caso de las campañas preventivas se utilizará la información reportada por las empresas de monitoreo del pauteo en medios, así como los registros de información en formato Excel.

G. HORNA

C. DELGADO

N. MOSQUEIRA

C. DELGADO

J.GARCIA

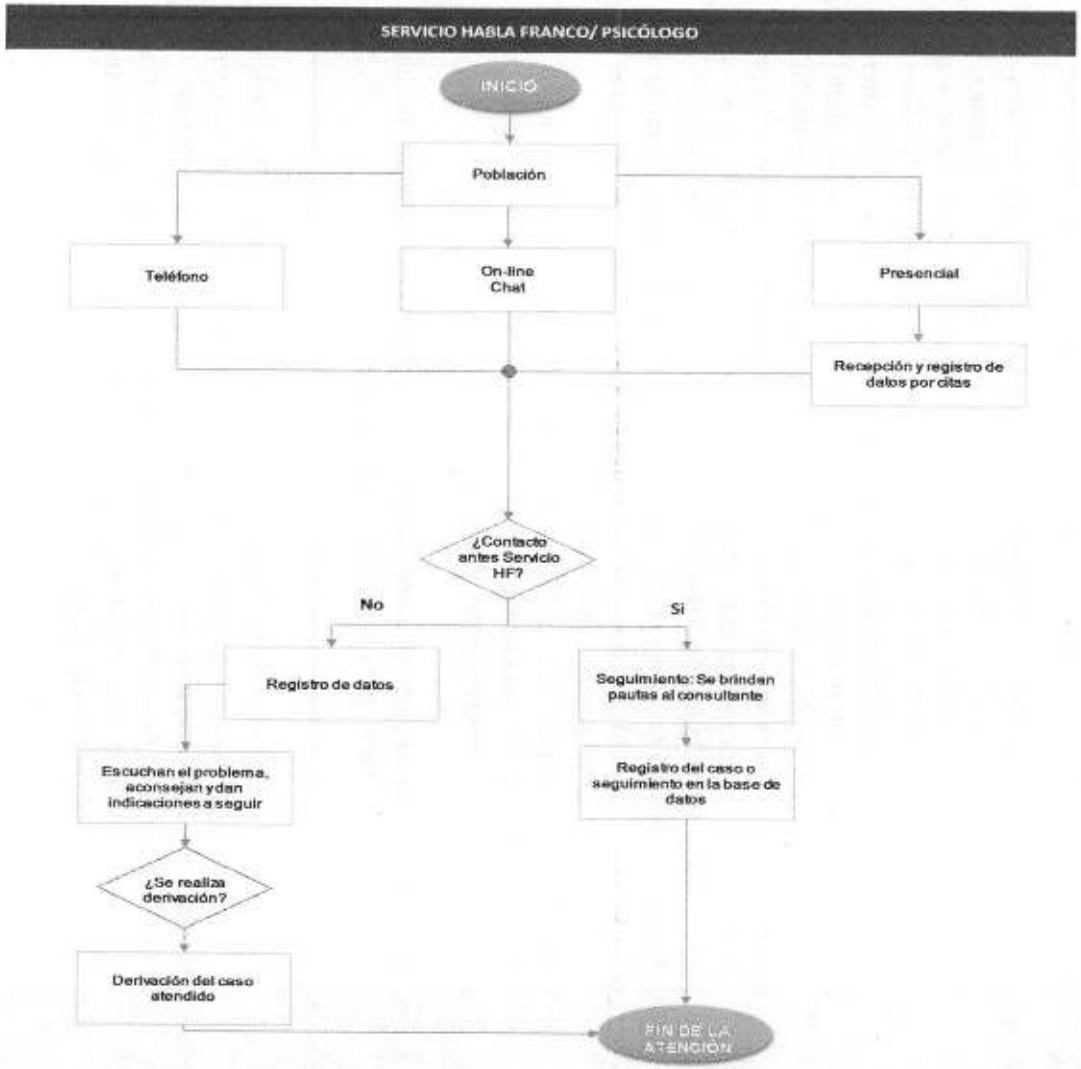
V. LEYVA

J. CHUQUIPUL

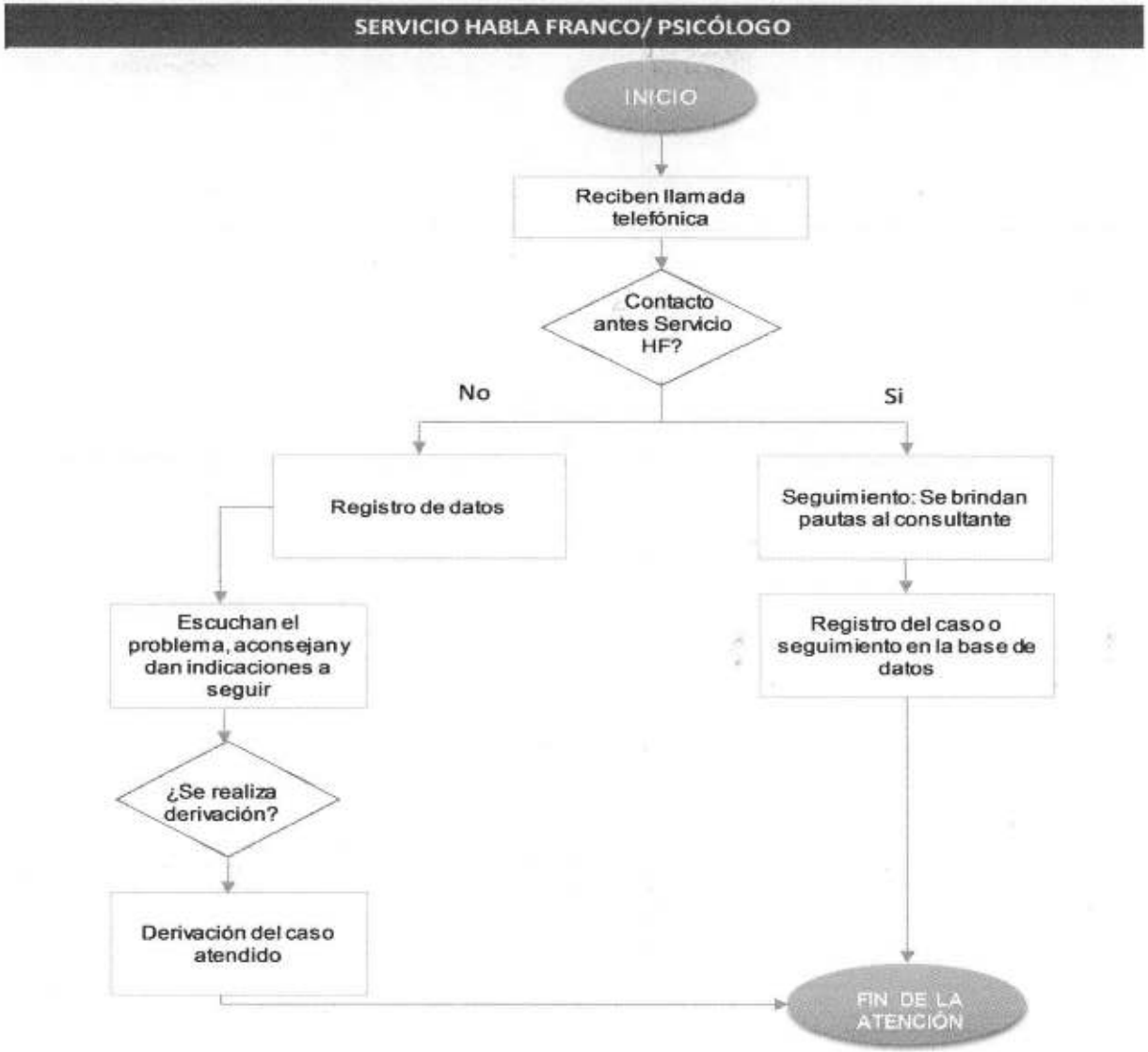
H. YAPEM

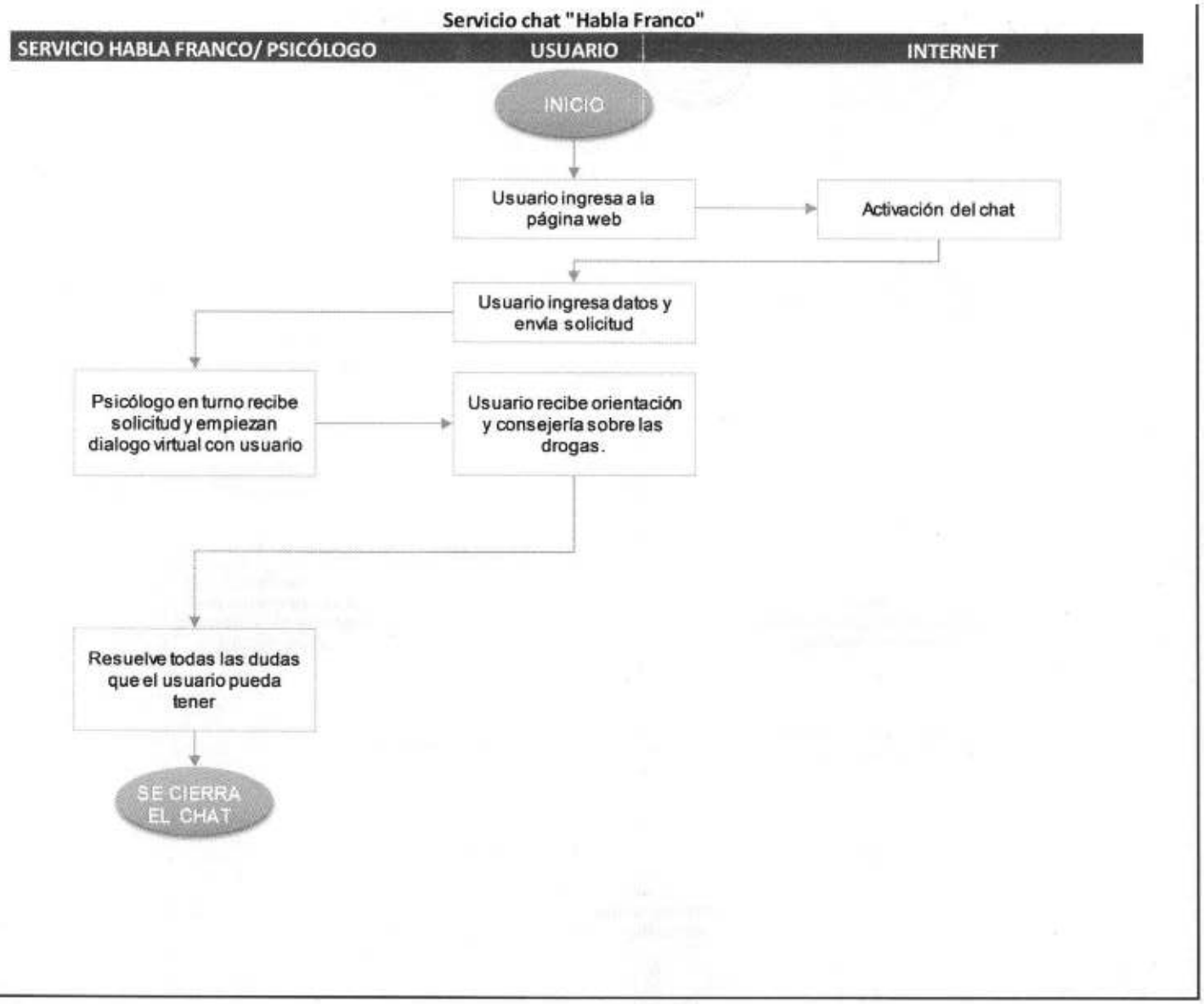
4.Flujo de Procesos

Procedimiento de intervención en tres modalidades "Habla Franco"

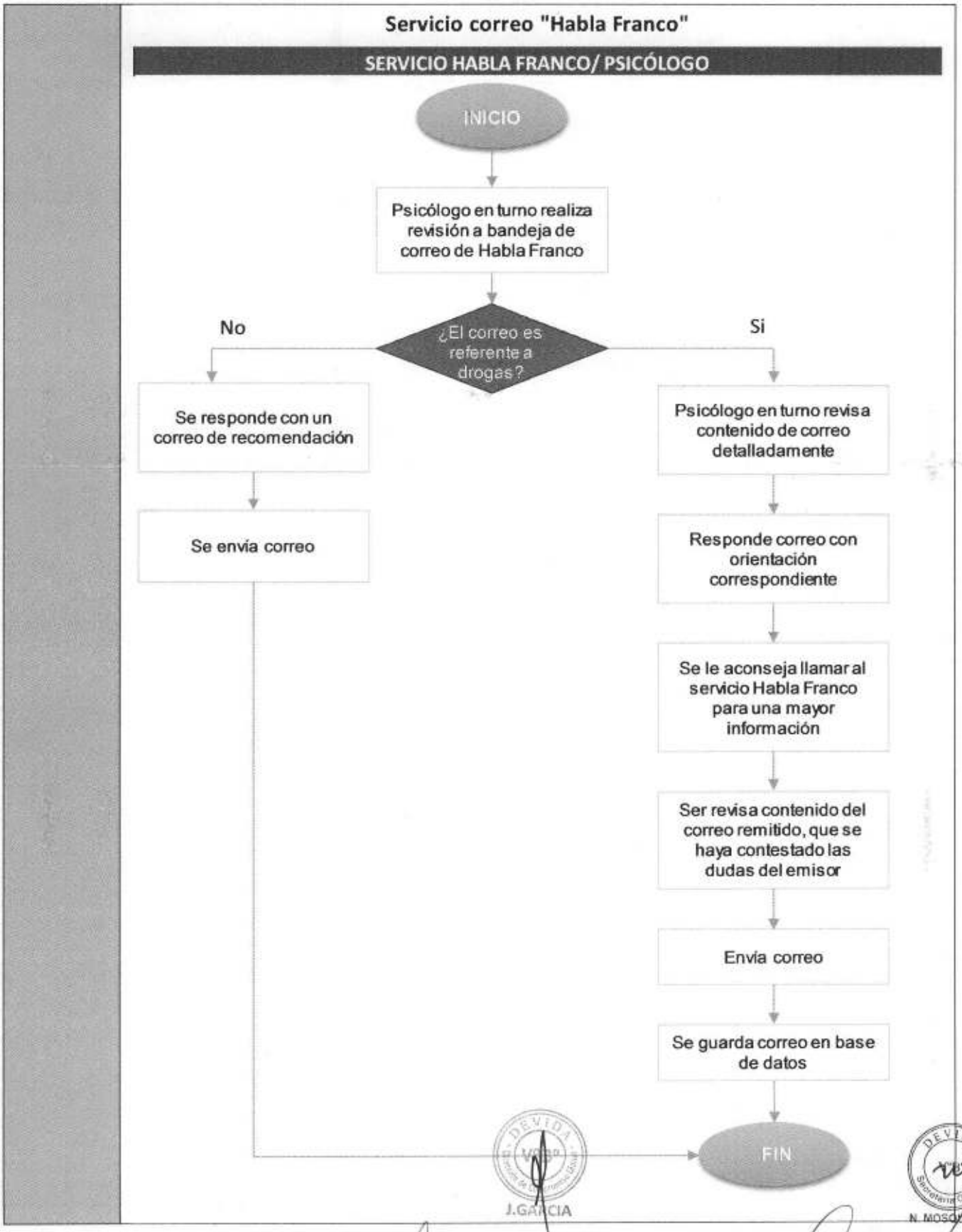


Servicio llamadas telefónicas de "Habla Franco"




Servicio chat "Habla Franco"
SERVICIO HABLA FRANCO/ PSICÓLOGO
USUARIO
INTERNET
INICIO
Usuario ingresa a la página web
Activación del chat
Usuario ingresa datos y envía solicitud
Psicólogo en turno recibe solicitud y empiezan dialogo virtual con usuario
Usuario recibe orientación y consejería sobre las drogas.
Resuelve todas las dudas que el usuario pueda tener
SE CIERRA EL CHAT

Servicio correo "Habla Franco"



J.GARCIA

N. MOSQUEIRA

C. DELGADO

C. DELGADO

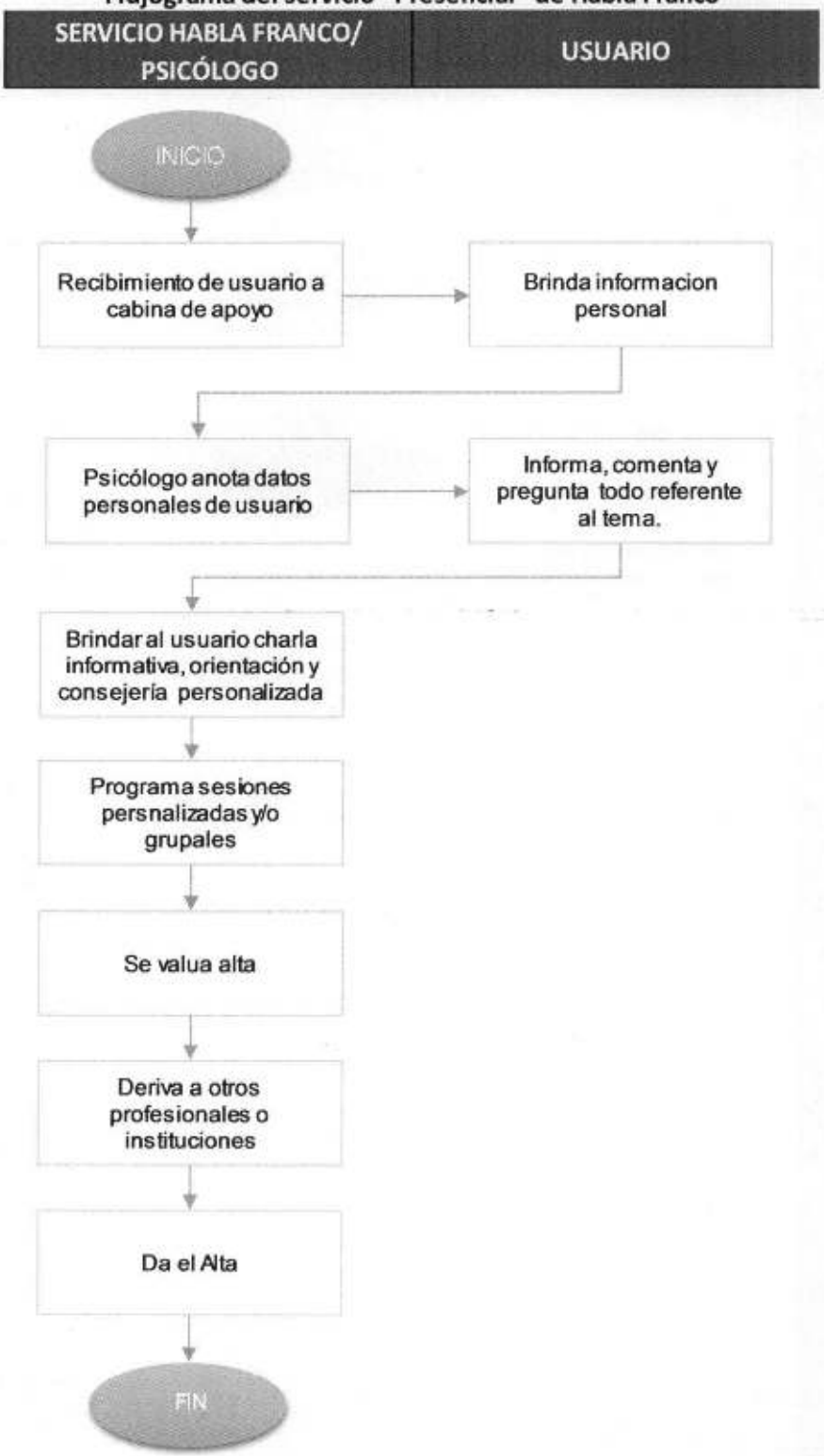
J. CHUQUIPUL

G. HORNA

H. YAIPEN

V. LEYVA

Flujograma del servicio "Presencial" de Habla Franco



N. MOSQUEIRA

V. LEYVA

C. DELGADO

C. DELGADO

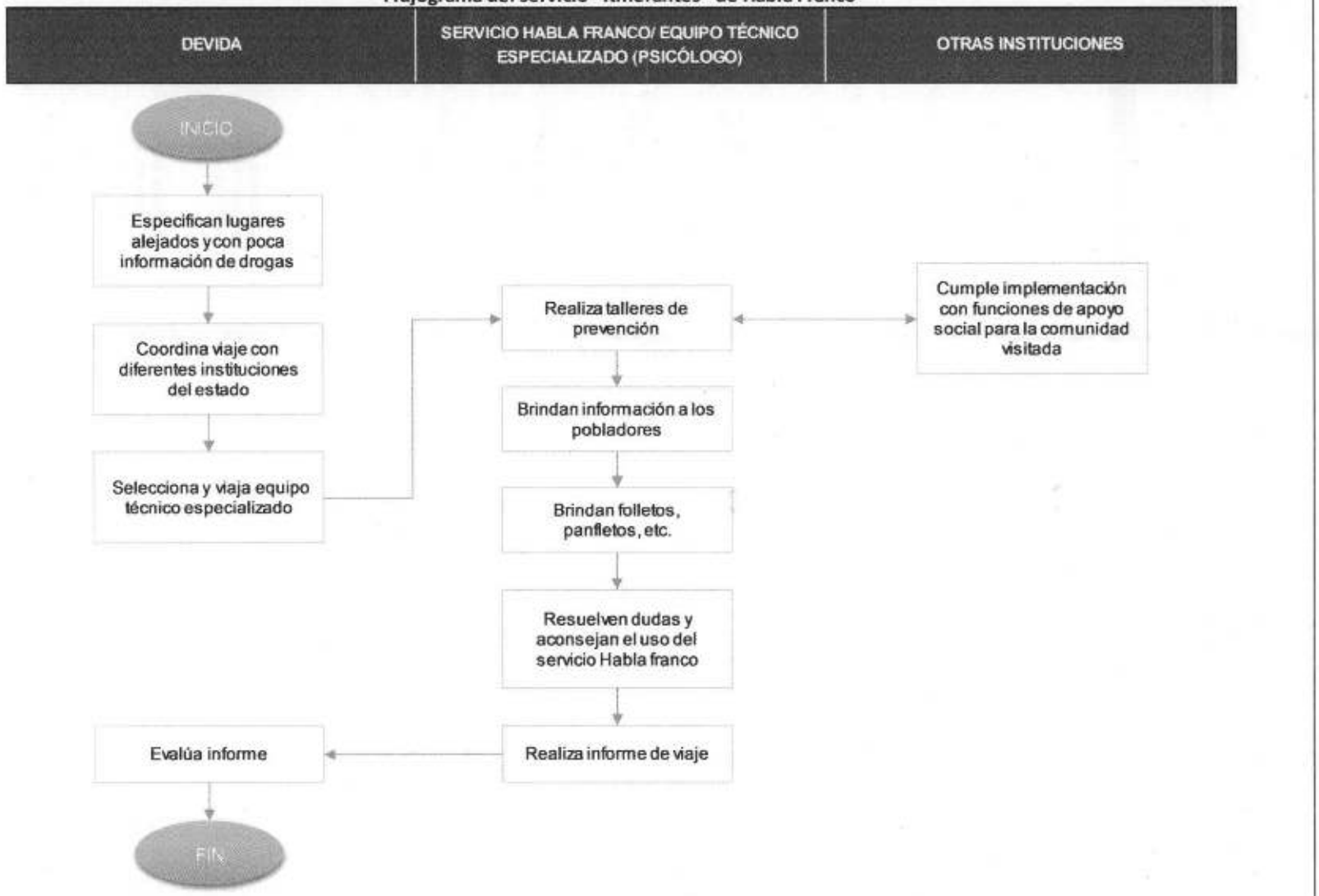
J.GARCIA

H. YAUPEN

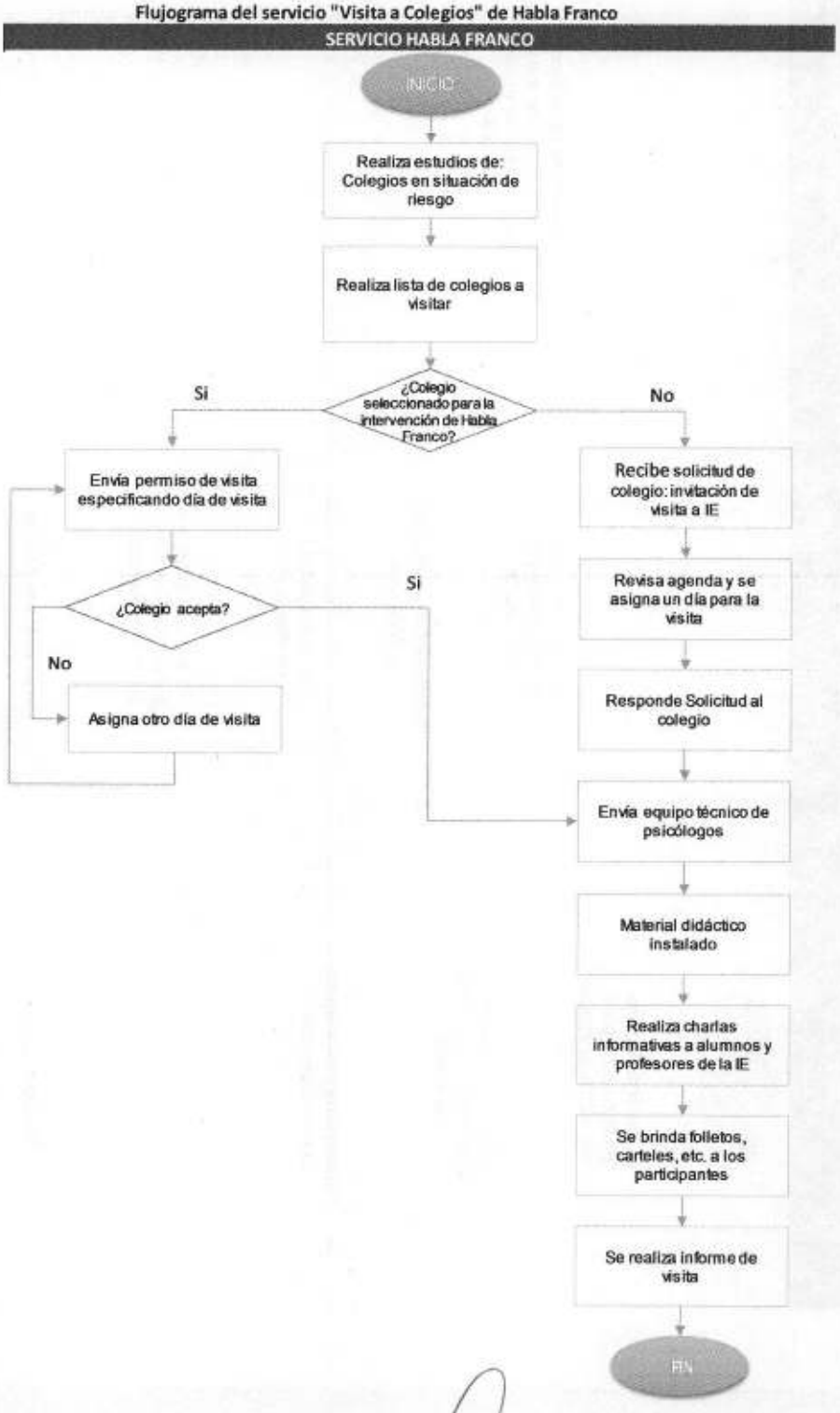
J. CHUQUIPUL

G. MORNA

Flujograma del servicio "Itinerantes" de Habla Franco



Flujograma del servicio "Visita a Colegios" de Habla Franco



C. DELGADO

C. DELGADO

J. CHUQUIPUL

H. YAIPEN

G. HORNA

V. LEYVA

J. GARCIA

N. MOSQUEIRA

5. Diagrama de Gantt

ACTIVIDAD/ TAREA	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
TELEFÓNICO													
Acciones técnicas													
Atención del servicio telefónico	DEVIDA												
Reuniones técnicas/ discusión de casos	DEVIDA												
Visitas a servicios de atención especializada	DEVIDA												
Elaboración de estadísticas mensuales (primera semana del mes)	DEVIDA												
Acciones administrativas													
Servicio de telefonía	DEVIDA												
PRESENCIAL: Inicio de la atención: quincena de marzo													
Acciones técnicas													
Atención del servicio presencial	DEVIDA												
Reuniones técnicas	DEVIDA												
Acciones administrativas													
Servicios diversos	DEVIDA												
ACTIVIDADES EXTERNAS / ITINERANTE: Inicio del servicio itinerante: mayo													
Acciones técnicas													
Implementación del servicio itinerante	DEVIDA												
Participación en actividades externas	DEVIDA												
Acciones administrativas													
Servicio de alquiler de estructuras	DEVIDA												
Elaboración de herramientas interactivas	DEVIDA												
Adquisición de equipos tecnológicos	DEVIDA												
ON LINE													
Acciones técnicas													
Reuniones técnicas/ revisión de casos	DEVIDA												
Interacción en redes sociales	DEVIDA												
Propuesta de contenidos para redes sociales	DEVIDA												
Acciones administrativas													
Renovación del dominio web	DEVIDA												
Actualización de página web	DEVIDA												
Diseño, animación y programación de nuevas herramientas	DEVIDA												
DIFUSIÓN Y PROMOCIÓN DEL SERVICIO HABLA FRANCO													
Diseño de la Estrategia publicitaria	DEVIDA												
Servicio de publicidad en medios masivos	DEVIDA												
Implementación de activaciones BTL	DEVIDA												
Publicidad en medios alternativos	DEVIDA												

J. CUCUPUL

C. DELGADO

J. CANTIA

H. YAIPEN

V. LEYVA

G. HORNA

N. MOSQUEIRA

6. Listado de insumos

CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL INSUMO
Recurso humano	Contratación de profesionales especialistas
	Contratación de profesionales de Essalud
	Contratación de practicantes.
Servicio de capacitación	Capacitación a los equipos multidisciplinarios.
Servicio de telefonía	Pago mensual de telefonía.
Servicio de internet	Pago del dominio para la web.
Servicio publicidad	Servicio difusión en medios masivos : Elaboración de plan de medios, difusión en TV, radio, periódicos y servicio de monitoreo de pauta.
	Servicio para elaboración de material de difusión
	Servicio difusión en internet : Servicio de promoción y posicionamiento en medios digitales- redes sociales.
	Servicio difusión en medios alternativos: Difusión en medios alternativos (paneles, buses, vayas, etc.), activaciones BTL.

N. MOSQUEIRA
C. DELGADO
C. DELGADO
J. CHUQUIPUL
H YAIPEN
J.GARCIA
V. LEYVA
G. HORNA

CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL INSUMO	UNIDAD DE MEDIDA DEL USO	CANTIDAD POR VEZ	NÚMERO DE VECES	CANTIDAD POR CASO
Recurso humano	Contratación de profesionales especialistas	Persona	7	1	7
	Contratación de profesionales de Essalud		7	1	7
	Contratación de practicantes.		2	1	2
Servicio de capacitación	Capacitación a los equipos multidisciplinarios.	Servicio	3	1	3
Servicio de telefonía	Pago mensual de telefonía.		1	1	1
Servicio de internet	Pago del dominio para la web		1	1	1
Servicio publicidad	Servicio difusión en medios masivos : Elaboración de plan de medios, difusión en TV, radio, periódicos y servicio de monitoreo de pauta.		1	1	1
	Servicio para elaboración de material de difusión		1	1	1
	Servicio difusión en internet : Servicio de promoción y posicionamiento en medios digitales- redes sociales.		1	1	1
	Servicio difusión en medios alternativos: Difusión en medios alternativos (paneles, buses, vayas, etc.), activaciones BTL.		3	1	3

C. DELGADO

C. DELGADO

J. CUQUIPUL

H YAIPEN

N. MOSQUEIRA

G. HORNA

V. LEYVA

J.GARCIA

Denominación de la Actividad	**Difusión de contenidos preventivos del consumo de drogas en zonas urbanas y rurales**					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	**Eventos**					
Modelo operacional de la Actividad						
1. Definición operacional	La difusión de los contenidos preventivos del consumo de drogas se realiza a través de: **A. <u>Fortalecimiento de capacidades técnicas:</u>** El fortalecimiento de capacidades técnicas en prevención y tratamiento del consumo de drogas, se enmarca en la Estrategia Nacional de Lucha Contra las Drogas 2012-1016, respondiendo al objetivo 2 relacionado a "Incrementar y fortalecer programas a consumidores y dependientes a nivel nacional, considerando el fortalecimiento técnico virtual a diversos actores que intervienen en los diferentes servicios, proyectos y programas de prevención y rehabilitación del consumo de drogas"; así como al objetivo 5 que busca fortalecer un sistema de información multisectorial para la prevención y rehabilitación del consumo de drogas, en su línea de acción 5 "Promover la generación, el intercambio y la mejora de la calidad de información especializada en reducción de la demanda de drogas entre los diferentes actores vinculados a la temática". La actividad Fortalecimiento de capacidades técnicas de los profesionales es el conjunto de acciones de formación académica que se proponen en respuesta a las necesidades que se presentan en el ámbito de la prevención y el tratamiento del consumo de drogas con la finalidad de proveer a los profesionales vinculados a estas áreas de acción, de herramientas teóricas y ejemplos prácticos, así como un espacio de intercambio de experiencias y nuevas propuestas que fortalezcan sus capacidades técnicas. Los objetivos de las actividad son los siguientes: Objetivo General: Implementar un modelo de gestión del conocimiento, que permita a todos los actores ligados a la reducción de la demanda de drogas adquirir, fortalecer, brindar e intercambiar información que fortalezca las intervenciones, programas y proyectos sobre prevención, tratamiento y rehabilitación que se realizan en el país.					

N. MOSQUEIRA

J.GARCIA

C. DELGADO

J. CHUQUIPUL

H. YALPEN

V. LEYVA

C. HORNA

Objetivos Específicos:

- Realizar una identificación permanente de las necesidades de formación y capacitación existentes en los diferentes actores que intervienen en la reducción de la demanda de drogas.
- Articular esfuerzos de formación con diferentes entidades estatales y sociedad civil, desarrollando contenidos e implementando conjuntamente cursos virtuales, semipresenciales y presenciales.

El desarrollo de la actividad se realiza en dos modalidades:

Formación Virtual y/o semipresencial:

Para lo cual se cuenta con una Plataforma Virtual de Formación alojada en el servidor de DEVIDA y a través de la cual se desarrollan los cursos los mismos que pueden ser ejecutados solo por DEVIDA como con instituciones socias (MINSA; MINEDU, MIMP, etc.).

- La plataforma tiene una oferta de formación concebida en 3 niveles:
  - ✓ Nivel 1: son cursos con contenidos generales, que si bien tienen un perfil de público objetivo definido es posible (si existe el cupo) brindar espacios para profesionales o personas interesadas que no cumplen con todo el perfil.
    Estos cursos requieren de tutores que brinden una inducción inicial al entorno virtual, un acompañamiento constante y la motivación para evitar la deserción, así como que tengan la capacidad para lograr reincorporar a los participantes que hayan desertado en algún momento.
  - ✓ Nivel 2: son cursos con contenidos especializados, que están dirigidos para un perfil determinado y no es posible brindar cupos a profesionales que no cumplan a cabalidad las características. Son cursos con mayores niveles de exigencia.
    Estos cursos requieren de tutores especialistas en el área temática, por lo que su labor no termina en el acompañamiento y la motivación; sino, además, deben absolver dudas sobre los temas, modular los foros y conectarse a la sala de chat para discutir las lecturas y materiales presentados durante el desarrollo del curso.
  - ✓ Nivel 3: son cursos realizados con entidades educativas (universidades) que implican una alta exigencia y compromiso de los profesionales participantes. Son cursos que implican un nivel de post grado: curso de especialización, diplomatura, entre otros.

N. MOSQUEIRA

J.GARCIA C. DELGADO J. CHUQUIPUL H YAIPEN V. LEYVA C. HORNA