

Universidad de Costa Rica

Facultad de Medicina

Escuela de Enfermería

Relación entre el delito y el consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes infractores de la ley del Centro de Formación Penal Juvenil Zurquí, en la adolescencia tardía, durante el primer semestre de 2014

Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería

Katherine Calvo Mata

Giuliana Peralta Lobo

Ileana Quesada Méndez

Leonardo Rodríguez Jiménez

Michelle Stephenson Guzmán

2015

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Justificación.....	1
1.2 Antecedentes	10
1.2.1 Antecedentes internacionales	10
1.2.2 Antecedentes nacionales.....	19
1.3 Tema.....	27
1.4 Problema de investigación	27
1.5 Objetivos	28
1.5.1 Objetivo general	28
1.5.2 Objetivos específicos.....	28
CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL	29
2.1 El fenómeno de las drogas	29
2.1.1 Definición de droga	30
2.1.2 Trastornos ocasionados por el uso de drogas	31
2.1.3 Clasificación de las drogas	41
2.2 Adolescencia	44
2.2.1 Conceptualización de la adolescencia	45
2.2.1.1 Etapas de la adolescencia	48
2.2.2 Código de la Niñez y la Adolescencia: un marco de protección especial	51
2.3 Delito y Derecho Penal Juvenil.....	56
2.3.1 Teoría del delito.....	56
2.3.2 Derecho Penal Juvenil	58
2.3.2.1 Ley de Justicia Penal Juvenil.....	61
2.4 Salud y Determinantes Sociales	66

2.4.1 Contexto político y socio-económico.....	67
2.4.2 Determinantes estructurales y posición socio-económica.....	69
2.4.3 Determinantes intermedios.....	72
2.4.4 Importancia de la acción intersectorial.....	75
2.5 Relaciones entre uso de drogas, adolescencia, delito y determinantes sociales.....	78
2.5.1 Asociación entre el consumo de drogas y la adolescencia.....	78
2.5.1.1 Factores de riesgo y factores protectores en población adolescente.....	80
2.5.2 Asociación entre el consumo de drogas y el delito, el modelo de Goldstein.....	86
2.5.1.1 Conexión psicofarmacológica.....	86
2.5.1.2 Conexión económico-compulsiva.....	87
2.5.1.3 Conexión sistémica.....	88
2.5.3 Asociación entre los determinantes sociales, el uso de drogas y el delito.....	89
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	91
3.1 Tipo de investigación.....	91
3.2 Población.....	92
3.3 Criterios de selección de la población.....	92
3.4 Sistematización de las variables.....	93
3.5 Técnica de recolección de datos.....	116
3.6 Instrumento.....	116
3.7 Validez.....	119
3.8 Presentación y análisis de datos.....	119
3.9 Consideraciones éticas.....	121
3.10 Cronograma de trabajo.....	122
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	124
4.1 Presentación de resultados.....	124

4.2 Análisis de resultados.....	151
4.2.1 Prevalencia de uso de drogas lícitas e ilícitas en población adolescente infractora de la ley.....	151
4.2.2 Trayectoria, precocidad y uso múltiple de sustancias en población adolescente infractora de la ley	154
4.2.3 Niveles de complejidad del uso de drogas en la población adolescente infractora de la ley.....	154
4.2.4 Relación del consumo de drogas y la comisión de delitos en la población adolescente	156
4.2.5 Disposición al tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas en la población adolescente infractora de la ley.....	160
4.2.6 Implicación de los determinantes sociales de la salud en el fenómeno de las drogas y la comisión de delitos en la población adolescente	163
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	172
5.1 Conclusiones	172
5.2 Recomendaciones.....	178
REFERENCIAS.....	183
ANEXO #1: Carta de autorización del trabajo final de graduación	198
ANEXO #2: Cuestionario.....	199
ANEXO #3: Memoria del foro sobre relación entre el delito y el consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes infractores de la ley del Centro de Formación Penal Juvenil Zurquí, en la adolescencia tardía, durante el primer semestre de 2014.	217

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Provincia de residencia de los adolescentes infractores de la ley.....	125
Gráfico 2. Porcentaje de jefatura de hogar en las familias de los adolescentes infractores de la ley.....	127
Gráfico 3. Trayectoria de consumo de marihuana, cocaína, crack e inhalables, desde los 10 hasta los 16 años	135
Gráfico 4. Acceso a drogas ilícitas por parte de los adolescentes infractores de la ley.....	137
Gráfico 5. Porcentaje de infracciones a la ley, según tipo de delito y grupo de edad	138
Gráfico 6. Edad promedio de inicio (en años), en la comisión del delito según tipo de delito	139
Gráfico 7. Prevalencia de consumo de alcohol, drogas ilícitas e inhalables un mes antes de haber cometido el delito, por tipo de delito	141
Gráfico 8. Prevalencia de consumo de alcohol, drogas ilícitas e inhalables el mismo día de haber cometido el delito, por tipo de delito	142
Gráfico 9. Conexión sistémica y económica compulsiva según el modelo de atribución droga/delito de Goldstein, en los adolescentes infractores de la ley	147
Gráfico 10. Conexión psicofarmacológica según el modelo de atribución droga/delito de Goldstein, en los adolescentes infractores de la ley.....	148
Gráfico 11. Disposición al tratamiento profesional por parte de los adolescentes infractores de la ley.....	148
Gráfico 12. Antecedentes de drogadicción y encarcelamiento en las familias de los adolescentes infractores de la ley.....	150

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Factores de riesgo y protectores en la dinámica de la violencia juvenil.....	85
---	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cantones de procedencia de los adolescentes infractores de la ley	126
Tabla 2. Prevalencia de consumo de vida en adolescentes infractores de la ley, según grupo de edad y droga consumida.....	129
Tabla 3. Prevalencia de consumo de vida, año y mes por tipo de droga	131
Tabla 4. Estimaciones de dependencia a la marihuana.....	132
Tabla 5. Porcentaje de indicadores de tolerancia, asociados al consumo de marihuana y cocaína	133
Tabla 6. Porcentaje de indicadores de abstinencia, asociados al consumo de marihuana y cocaína	133
Tabla 7. Porcentaje de indicadores de uso compulsivo, asociados al consumo de marihuana y cocaína	134
Tabla 8. Criterios para medir el abuso de marihuana y alcohol en los adolescentes infractores de la ley que consumieron en los últimos 12 meses, según el DSM IV	135
Tabla 9. Estimación de consumo múltiple de sustancias en la población adolescente infractora de la ley durante las edades 10, 12, 14 y 16 años.....	136
Tabla 10. Porcentaje de indicadores de tolerancia, asociados al consumo de marihuana y cocaína 12 meses antes de cometer el delito.....	143
Tabla 11. Porcentaje de indicadores de abstinencia, asociados al consumo de marihuana y cocaína 12 meses antes de cometer el delito.....	143
Tabla 12. Porcentaje de indicadores de uso compulsivo, asociados al consumo de marihuana y cocaína 12 meses antes de cometer el delito.....	144
Tabla 13. Porcentaje de indicadores de síndrome de tolerancia, asociados al consumo de marihuana 1 mes antes de cometer el delito	145
Tabla 14. Porcentaje de indicadores de síndrome de abstinencia, asociados al consumo de marihuana 1 mes antes de cometer el delito	145
Tabla 15. Porcentaje de indicadores de uso compulsivo, asociados al consumo de marihuana 1 mes antes de cometer el delito	146

ÍNDICE DE ABREVIACIONES

CDSS: Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud

CICAD: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima Edición

CNA: Código de la Niñez y la Adolescencia

CONACE: Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes

DSM-IV: Manual para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Cuarta Edición

IAFA: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

ICD: Instituto Costarricense sobre Drogas

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos

OEA: Organización de Estados Americanos

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PANI: Patronato Nacional de la Infancia

PENSPA: Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes

SIDUC: Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas

SSM: Secretaría de Seguridad Multidimensional

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (United Nations Children's Fund)

DEDICATORIA

A Dios.

A nuestras familias y amigos por todo su apoyo, comprensión y soporte durante nuestra carrera universitaria.

Al grupo de compañeros que asumimos el reto que significó esta investigación, por su tiempo, entrega y compromiso.

A los profesores de la Escuela de Enfermería que sembraron en nosotros la semilla de la excelencia y el compromiso social de nuestra profesión, y que fueron, además, testimonio de la pasión con la que debe trabajar un enfermero o enfermera.

A la Universidad de Costa Rica, por brindarnos todas las facilidades para convertirnos en agentes de cambio en la sociedad.

Finalmente, a los jóvenes y las jóvenes que se encuentran dentro del sistema carcelario de nuestro país, ya que fueron la principal motivación para concluir con éxito esta investigación; así como a todas las instituciones estatales que se preocuparon por la problemática que vive la población adolescente que se encuentra inmersa en el fenómeno de las drogas y la delincuencia, esperamos que estos resultados sirvan para tomar acciones dentro de la política pública y en beneficio de la calidad de vida de esta población.

RESUMEN

La relación entre el consumo de drogas y la comisión de delitos ha sido un tema ampliamente discutido a nivel mundial en los últimos años; sin embargo, la presente investigación enfoca estos dos fenómenos desde la perspectiva de la persona adolescente, ya que esta es una etapa particular de la vida en la que se da la búsqueda y construcción de la identidad, lo que genera grandes dificultades a nivel adaptativo, emocional y social. Por esta razón, los ejes temáticos de la investigación se relacionan con el consumo de drogas, el fenómeno de la violencia juvenil, la relación entre estos dos y la implicación de los determinantes sociales de la salud en la población adolescente.

En cuanto a la prevalencia del uso de drogas lícitas e ilícitas en la población adolescente infractora de la ley, se evidenció la presencia de porcentajes elevados de consumo en una variedad de drogas. Además, se indagó sobre la existencia de consumo de drogas dentro del sistema penitenciario y se encontraron resultados alarmantes.

Por otra parte, la percepción del riesgo que las personas adolescentes posean de determinada droga influye en el consumo de la misma, es decir, a menor percepción del riesgo mayor será el consumo de la droga, y viceversa.

Un porcentaje considerable de la población adolescente tuvo un inicio precoz en el uso de sustancias y más de la mitad lo hizo con dos o más drogas simultáneamente. La trayectoria de consumo evidenció que durante la adolescencia temprana es cuando se presenta un aumento significativo en el uso de sustancias psicoactivas; de igual forma, en esta etapa se presenta mayoritariamente el policonsumo, asociado a la atractiva presentación social de las drogas.

Los niveles de complejidad del consumo de drogas abarcan el abuso de sustancias y la dependencia a las mismas, esta última incluye el síndrome de tolerancia, el de abstinencia y el de uso compulsivo. Es relevante que más de una tercera parte de los adolescentes presentó dependencia a la marihuana, droga que presenta una significativa prevalencia de consumo.

En relación con el fenómeno de la delincuencia, se encontró que durante la adolescencia temprana existe un aumento importante en la comisión de delitos. Se debe comprender que la violencia juvenil es de origen multicausal y no se va a solucionar con la represión, porque esta es en sí otra forma de violencia.

En cuanto a la relación droga-delito, más de la mitad de la población adolescente entrevistada se encontraba en abuso a sustancias psicotrópicas el mes previo a la comisión del delito y el mismo día en que se cometió. Además, en cuanto al modelo de Goldstein, que pretende determinar la influencia del consumo de drogas en la comisión de delitos, se evidenció que no existe tal asociación, lo cual es ratificado por los resultados del estudio.

La investigación tomó en cuenta el tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas y se encontró que la mayoría de los adolescentes tienen disposición a recibirlo, lamentablemente, solo una pequeña parte de esta población lo ha recibido y los resultados no han sido satisfactorios, por lo tanto, la condición de vulnerabilidad de esta población se ve aumentada por el déficit en la cobertura, efectividad y focalización de los programas de tratamiento y rehabilitación.

Finalmente, en el análisis del fenómeno de las drogas y la comisión de delitos es fundamental comprender la implicación de los determinantes sociales, identificar cómo

estos están afectando la salud de la población adolescente, así como la urgente necesidad de abordar esta problemática de manera intersectorial.

Determinantes sociales como el género, la escolaridad, la identificación con algún tipo de creencia religiosa, los lugares de residencia, las condiciones familiares, los antecedentes de conductas problemáticas y la relación con el grupo de pares, están modelando los comportamientos y las conductas que las y los adolescentes adoptan.

Evidenciar cuáles son los múltiples factores que influyen en la relación droga-delito-adolescencia, permitirá que las estrategias de intervención con la población adolescente estén enfocadas en las verdaderas causas que generan estas problemáticas y así ofrecer, a través de la intervención con el Proceso de Atención de Enfermería, un abordaje integral y terapéutico para trabajar el uso de las habilidades para la vida, el fortalecimiento en la toma de decisiones y el empoderamiento de la persona en su condición de salud.

ABSTRACT

The relationship between drug abuse and the commission of crimes has been a widely discussed topic around the world. However, this investigation project has focused on these phenomena from the adolescent perspective so that this is a particular stage of life in which the teenager looks for building his/her identity, which can cause great adaptive, emotional, and social challenges.

For these reasons, the main topics of the research project are related to drug abuse, youth violence phenomenon, the relationship between both, and the implication of social determinants of health in the adolescent population.

Regarding the prevalence rate of licit and illicit drug abuse in the youth offender population, high percentages of consumption were evident in a variety of drugs. Furthermore, the investigators inquired about the existence of drug use within the prison system and alarming results were found.

On the other hand, the risk perception about drugs determines the consumption of this drug by the adolescent population; in other words, the lower risk perception of a drug the major consumption of that drug, and vice versa.

A significant percentage of adolescents had an early onset in drug abuse and more than a half did so with two or more drugs simultaneously. The trajectory of consumption showed that during early adolescence a significant increase occurs in the use of psychoactive substances; also, at this stage the poly-consumption is associated with the attractive social presentation of drugs.

The levels of complexity of drug include substance abuse and dependence on them; the latter includes drug tolerance, drug withdrawal and compulsive use of drugs. It is important to mention that more than one third of the adolescents were in marijuana dependence; this drug represents a significant prevalence of consumption by teenagers.

Regarding the phenomenon of crime, it was found that there is a significant increase in the commission of crimes during the early adolescence. It should be understood that youth violence multifactorial in origin and should not be solved with repression, because this itself is another form of violence.

In terms of the relationship between drugs and crime, more than a half of the interviewed adolescents were in abuse of psychotropic substances one month before the commission of the offense and also the day it was committed. Furthermore, according to the model of Goldstein, which seeks to determine the influence of drug use in the commission of crimes, it was clear that there is no such association, which is validated by the study results.

The present study considered the treatment and rehabilitation of drug consumption, it was found that the most of the adolescents were willing to receive it; unfortunately, only a small part of this population has received it, and the results have not been satisfactory, that is why this population is in a condition of vulnerability which is increased by the shortfall in coverage, effectiveness and targeting of treatment and rehabilitation programs.

Finally, it is important to integrate the influence of social determinants of health in order to understand the phenomenon of drugs and commission of crimes. This will help to

identify the factors that affect teenagers' aid, and the necessity to address the problem with an intersectorial approach.

Gender, schooling, identification with some religious beliefs, places of residence, family conditions, history of problem behaviors, and the relationship with the peer group are social determinants that form behavior adoption.

To demonstrate the multiple factors influence in the relationship between drug abuse and crime in adolescents, there are necessary intervention strategies with adolescents focused on the real causes of these problems and; in that way, offer, through The Nursing Process, a holistic and therapeutic approach to work on the use of life skills, strengthening decision-making and empowerment of the person's health condition.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Justificación

La adolescencia es una etapa de la vida llena de estigmas, estereotipos y muchos silencios. Durante la adolescencia, según explica Muñoz (2011), la persona está en la búsqueda de su identidad y, en ello, influyen factores tanto internos como externos; de manera que dependiendo de la influencia que tengan estos elementos, la persona adolescente obtendrá su propio reconocimiento y aceptación, lo cual determina su autoestima.

Los cambios que son provocados por esta etapa de la vida obligan a que se conceptualice al joven y la joven como seres integrales, con virtudes y defectos, con potencialidades y deficiencias; se debe comprender que están pasando por situaciones transitorias a nivel emocional y psicológico, propias de su construcción identitaria.

Como lo menciona el psiquiatra Díaz, “acostumbramos definir la adolescencia como un periodo libre de enfermedad. Si bien es cierto que tienen menos problemas físicos que los adultos, tienen enormes dificultades a nivel emocional, adaptativo y social” (citado por Ross, 2013, p.4).

Ávalos (2013) cita a Jiménez, abogado de la Fiscalía Penal Juvenil costarricense; quien indica que en el presente, la población adolescente se está exponiendo a riesgos inmedibles que ni siquiera los adultos pueden calcular.

Según Ross (2013), los adultos suelen calificar los problemas de los jóvenes como insignificantes o pasajeros, con lo cual menosprecian la potencial gravedad de estos. Lo

delicado en este tema, se halla en el hecho de que durante esta etapa es necesario tener presente los comportamientos de riesgo a los que se expone la población adolescente, entre los que se encuentra el consumo de drogas, que representa un fenómeno complejo y multifactorial (Hidalgo y Redondo, 2005).

Sin duda alguna, el fenómeno de las drogas es una problemática actual, que está atacando de frente a las adolescentes y los adolescentes, quienes constituyen en sí una población vulnerable; esto porque, según Araya y Sepúlveda (2010), presentan una serie de características que los hacen más vulnerables a iniciar el consumo de drogas lícitas (alcohol y tabaco) desde edades muy tempranas, dentro de las que se encuentran: un déficit en la comunicación padres e hijos, la poca independencia que poseen, carencias a nivel afectivo y una escasa motivación para el desarrollo personal.

Lo expuesto anteriormente lleva a la persona joven a iniciar el consumo de drogas a edades tempranas, desertar del colegio y gozar de mayor tiempo libre; factores de riesgo que los podrían llevar a cometer algún tipo de delito, ya sea influenciados por los efectos de las drogas a nivel mental, o con el fin de obtener dinero para poder adquirirlas.

Según estadísticas del Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD), en el primer trimestre del año 2013, se decomisaron 6 227 kg de cocaína, 41 908 piedras de crack, 680 578 plantas de cannabis, 197 kg de marihuana picadura, 88 dosis de éxtasis y 20 dosis de LSD (ICD, 2013); sin embargo, las preguntas que se han quedado sin respuesta son ¿qué hay de la que no se decomisó? ¿qué sucede con la que pasa por las manos de jóvenes? Es satisfactorio que los órganos judiciales y de seguridad pública estén efectuando labores para el control y decomiso de las drogas; pero la población no se puede conformar con esas

cifras, en comparación con la gran cantidad de droga que anda libre por las calles, en los vecindarios y las comunidades, en parques, en callejones, repartida en rincones, escondida en bolsillos.

Solo por poner un ejemplo, estas estadísticas del ICD (2013) establecen que la cantidad decomisada de marihuana en picadura en el año 2002 correspondió a 728.8 kg; mientras que diez años después, en 2012, esta cifra fue de 3070.5 kg; datos que demuestran que los esfuerzos por controlar la droga y narcotráfico han dado resultados positivos. No obstante, analizándolo desde otro punto de vista, se debe también a que ha habido un aumento en la venta y consumo de la droga. ¿Quién la vende? ¿quién la consume?

Morales, especialista en leyes de la Fiscalía Penal Juvenil, indica: “Esos jóvenes que creemos saludables y buenos estudiantes, asisten a fiestas. Y ese es el problema: creemos que la droga solo se vende en las esquinas de ciertos barrios y no en la casa del compañero de mi hijo” (citado por Ávalos, 2013, p.22).

Reforzando lo anterior, Jiménez (2008) indica que “se debe entender el consumo de drogas como el resultado de un proceso biopsicosociocultural, característico del ser humano, en el cual interactúan, por tanto, una sustancia, un sujeto y un contexto donde se desarrolla la conducta de consumo.” (p.99)

En la drogadicción, se transcurre por varias etapas; pero lo realmente preocupante es que al llegar a sus últimas fases, la persona adolescente pierde el control de sí misma, se enfrenta a situaciones peligrosas que ponen en juego su vida y la de muchas otras personas, hace lo que considere necesario para obtener la droga, y es cuando entra en juego el delito, el factor correlacional a la droga que se desea investigar en el presente estudio.

¿Habrá vínculo entre el consumo de drogas por parte de adolescentes y las conductas delictivas?

En esta relación entran en juego los factores de riesgo y los factores protectores a los que los adolescentes y las adolescentes estén expuestos; de manera que un desequilibrio entre ellos pone a la persona adolescente en una condición de vulnerabilidad que la puede llevar a cometer acciones que comprometen su integridad física, mental y emocional, tal como lo son el consumo de drogas y la delincuencia juvenil.

Al respecto, Jiménez (2008) cita al Comité Económico y Social Europeo (CESE) (2006), el cual establece que:

(...) el consumo de drogas y sustancias tóxicas, en muchos casos, da lugar a que la persona afectada se vea impelida a delinquir para proporcionarse los medios económicos que le permitan sufragar su adicción. Además, bajo los efectos de su consumo o de un estado carencial se reducen o eliminan los frenos inhibitorios habituales. (p.99)

Esta vinculación entre droga y delito no es solo una relación de causalidad, la cual aún no se ha logrado demostrar, sino que se ve involucrada una serie de factores económicos y socioculturales que potencian esa relación o, al menos, la afecta de manera importante; lo que genera que quienes se encuentran dentro de una situación social específica sean los principales actores de delito asociado a consumo de drogas o viceversa. Además el alcohol es la droga por excelencia o la principal que se ve ligada a los delitos violentos, y el policonsumo tiene un rol vital dentro de la vinculación que se realiza entre drogadicción y delincuencia.

En Costa Rica, se estableció que el 62.7% de todos los delitos de las personas privadas de libertad, en condición de sentenciadas (o condenadas), se relacionaban con la droga. De ellas, el 34.3% se vinculó a delitos cometidos bajo el efecto de las drogas, 22.6% a delitos cometidos para lograr recursos para adquirir drogas y el 33.8% con el tráfico de drogas: venta y distribución (Jiménez y Mata citados por Jiménez, 2008).

Pero ante este panorama, hay soluciones; Miranda y Quesada (2013) relatan la historia de un joven que actualmente tiene 18 años de edad, el cual recuerda que cuando tenía aproximadamente 12 años su mamá lo había abandonado y una vecina suya se lo llevó a vivir con ella, ofreciéndole su hogar, alimento y estudio; sin embargo, cuenta el joven: “estuve con ella solo como 20 días, porque conocí a muchachos de mi tamaño que consumían y me escapé y nunca más volví” (p. 17). Añade que fumaba cigarrillos de tabaco, marihuana y después cocaína.

Fue capturado por la policía en una ocasión en la que le habían robado a una señora, en ese entonces el joven tenía 15 años. No obstante, mencionan Miranda y Quesada (2013):

A punto de empezar un proceso judicial, el joven recibió una oferta por parte de la Red de Apoyo Institucional de Cartago. La propuesta: servicio comunal, estudio y trabajo, a cambio de librarse de un juicio y de una posible condena. (Miranda y Quesada, 2013, p.17)

Dicha Red inició en el año 2007 en la provincia de Cartago, conformada por un grupo interdisciplinario, todos del área Penal Juvenil. Hasta el año 2013, el programa había rescatado a unos 1200 jóvenes solo en esa provincia (Miranda y Quesada, 2013).

El joven de la historia fue trasladado a Comunidad Encuentro, en San Vito de Coto Brus, la cual brinda la posibilidad de tratar las adicciones y, además, da a los adolescentes

estudio y preparación en diferentes áreas como panadería, soldadura, agricultura y ganadería, por mencionar algunas. Esta institución funciona desde hace 20 años y ahora es parte de la Red de Apoyo Institucional de Cartago; actualmente hay 105 muchachos en tratamiento (Miranda y Quesada, 2013).

De lo anterior, se puede rescatar la importancia de abordar a la población adolescente de una forma integral; ya que, como quedó plasmado, la familia, el grupo de pares, la escolaridad, la situación socioeconómica, el contexto social, así como los factores internos de la persona, todos determinantes sociales, influyen en su salud y forma de vida.

Con respecto al tratamiento que se recibe en este tipo de situaciones, Miranda (2013) indica que en el 2007 (cuando no existía la Red de Apoyo) el 95% de los jóvenes que iban a prisión en Cartago, volvían a delinquir como adultos. Después de conformada la Red de Apoyo, y con la ayuda de 120 instituciones públicas o de interés público, la reincidencia en estos jóvenes es casi nula, al menos en esta provincia.

Cabe destacar que gracias al éxito evidenciado en este tipo de iniciativas, en el país hay varios grupos de apoyo en este momento.

Ante todo esto, Enfermería tiene una participación muy importante y puede abordar este tipo de problemáticas, tanto desde el área de la investigación, para explorar el panorama presente en el país, como también en el área terapéutica.

La intervención de Enfermería, como se evidencia en la teoría de Relaciones Interpersonales de Peplau (1990), tiene múltiples funciones; las cuales están ampliamente relacionadas con las necesidades que expresan las personas, así como las que son

detectadas por el profesional o la profesional. Esto permite que Enfermería se desenvuelva en roles con distintos enfoques, muchos distantes a los escenarios en los que se ubica generalmente al profesional de Enfermería.

El abordaje integral, la relación horizontal, la visualización constructivista y el paradigma de la transformación, el cual implica un concepto global de la persona tomando en cuenta el contexto sociocultural, ambiental, demográfico, subjetivo, entre otros; permiten un abordaje holístico de las personas desde sus condiciones sociales de la salud, haciendo especial énfasis en sus particularidades; esto tendrá una importante repercusión en el manejo adecuado de las diferentes situaciones, el uso de las habilidades para la vida, el fortalecimiento en la toma de decisiones y, en especial, el empoderamiento de la persona en su condición de salud.

A nivel integral y terapéutico, el profesional o la profesional en Enfermería pueden establecer su intervención con las personas que presentan situaciones relacionadas con la drogadicción y a la delincuencia a través del Proceso de Cuidado de Enfermería; el cual es la herramienta metodológica fundamental para el trabajo en Enfermería, ya que, según la Universidad de Ciencias y Humanidades (2011), esta permite proporcionar cuidados integrales sistemáticos y humanísticos en forma lógica y organizada a la persona.

La Universidad citada establece, además, que este proceso constituye el método científico de la profesión de Enfermería, ya que entre sus características se encuentra que es un proceso sistemático, dinámico, interactivo, flexible, tiene una finalidad y una base teórica. Además, según lo menciona la Universidad de Ciencias y Humanidades (2011), el proceso de cuidado involucra diferentes procesos de pensamiento, procesos socioafectivos

y culturales, éticos y humanísticos durante su aplicación, para así conocer la respuesta humana, y de esta manera, planear las estrategias de intervención para la modificación de la respuesta humana hacia lo favorable.

Con respecto a la respuesta humana, se menciona que:

La respuesta humana es singular, holística, variable, voluble y compleja, su comprensión no solo debe enmarcarse en una estandarización de dimensiones generalizables, debe ser abierta hacia la probabilidad relativa y factorial de sucesos que caracteriza a la naturaleza de la respuesta humana en sus diferentes contextos. (Universidad de Ciencias y Humanidades, 2011, p.8)

Por medio de lo anterior, se garantizaría que la atención que brinde el profesional o la profesional en Enfermería sea acorde a las necesidades de la persona, por lo tanto, se ofrezca una atención de calidad en beneficio del estado general de salud del adolescente.

Cuando el profesional o la profesional de Enfermería trabajan bajo esta metodología, según la Universidad de Ciencias y Humanidades (2011), se garantiza:

- Asegurar la calidad de los cuidados al individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería.
- Asegurar la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.
- Organizar la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz; además de conceder flexibilidad en el cuidado, facilitar la comunicación.

- Al sujeto de atención le permite participar en su propio cuidado, garantizar la respuesta a sus problemas reales y potenciales y ofrecer atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo a la priorización de sus problemas.

(p. 31-32)

Así, bajo la comprensión del Proceso de Cuidado de Enfermería y entendiendo todas las razones mencionadas anteriormente, es que se decide realizar la presente investigación; la cual pretendió establecer cuál es la relación entre el consumo de droga y la comisión de delitos, cómo esta afectó y afecta a la persona adolescente privada de libertad y qué estrategias se pueden implementar para combatir el fenómeno en cuestión.

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes internacionales

Prichard y Payne (2005), del Instituto Australiano de Criminología, realizaron una investigación titulada “El alcohol, las drogas y la delincuencia: un estudio de los menores detenidos”. Este estudio fue realizado con jóvenes entre los 10 y 17 años de edad y estuvo centrado principalmente en las relaciones entre las carreras delictivas, el alcohol y el consumo de drogas; además, tuvo en cuenta otros factores como la familia, el uso de drogas, la exposición infantil a la violencia y la salud mental.

La metodología utilizada consistió en la realización de un cuestionario, aplicado a 171 jóvenes de los centros de detención juvenil en Australia, y que incluía aspectos del contexto sociodemográfico, ambiente familiar, bienestar mental y emocional, cargos actuales, períodos anteriores y actuales de detención, antecedentes penales, patrones de uso de sustancias, tratamientos recibidos para el consumo de sustancias y la percepción del sistema de justicia penal.

Fue un importante acercamiento y profundización a la comprensión del impacto del alcohol y las drogas sobre los adolescentes australianos y de su comportamiento delictivo. Con respecto al delito, se evidenciaron tres principales categorías: los menos graves, que correspondía a la minoría, que no cometieron delitos con regularidad; los graves, quienes reportaron haber cometido delitos contra la propiedad con regularidad, y los más graves que, además de participar en delitos contra la propiedad, participaban activamente en crímenes violentos. Relacionado al consumo de alcohol y drogas, se destaca que dos tercios de la población investigada consumía algún tipo de sustancia una o varias veces al día

durante los seis meses anteriores a entrar a prisión. Además, se encontró que consumir regularmente cualquier sustancia, incluida el alcohol, estaba estrechamente ligado al comportamiento criminal.

Los jóvenes reportaron el inicio del consumo de drogas y todo tipo de delincuencia entre los 10 y 13 años de edad. Quizá el resultado más importante de este estudio fue que, generalmente, entre más jóvenes sean los adolescentes cuando utilizan alguna droga y cometen algún delito, peores serán sus conductas criminales y de consumo conforme vayan envejeciendo.

Jiménez, García y Balanzario (2006) realizaron en México una investigación que buscó explorar la asociación de la conducta violenta y el consumo de estimulantes, específicamente cristal y cocaína. También, el estudio se dedicó a explorar las diferencias entre dos distintos grupos de consumidores de estimulantes y a comparar las variables de conducta violenta, depresión, impulsividad y autoestima en los consumidores.

Aunque el consumo de las drogas de interés para la investigación era posterior a los 20 años, se resalta que durante la adolescencia consumían inhalables (15 años), alcohol (16 años) y marihuana (16 años). Los cinco motivos principales del consumo de estas drogas fueron tener energía para trabajar, problemas familiares, olvidarse de problemas, depresión y ansiedad. Un 24% de los usuarios de las drogas indicó que para obtener la droga realizaba hurtos en sus hogares, mientras que un 11% realizó robos para comprar las drogas.

Los autores concluyen que no se cuenta con elementos para afirmar que el uso de drogas es un acto que provoca violencia por sí mismo; en todo caso, lo que sí afirman es

que el consumo de alguna droga puede hacer que la agresión sea más violenta bajo su influencia.

En Chile, el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) (2008) llevó a cabo un estudio sobre la magnitud de la relación entre delito y drogas, con una muestra de 1648 adolescentes; el interés principal de este estudio radicó en la necesidad de crear iniciativas y programas que contribuyan a combatir la incidencia y reincidencia del delito, esto desde las políticas públicas de drogas. La metodología del estudio fue de autor-reporte y confirma que el compromiso con alcohol y drogas ilícitas en población infractora de la ley es extremadamente alto. Añade que los jóvenes están más vinculados con delitos para conseguir drogas o delitos bajo la influencia de drogas.

Este estudio establece la conexión entre delito y drogas, la cual es mucho más poderosa en infracciones contra la propiedad: el 38% de los robos simples y 36% de los robos con violencia están relacionados con drogas. Además, indica que la droga más vinculada al delito es la pasta base, seguida de la marihuana.

Con respecto al delito y factores causales, se destacan los niveles de inequidad en la distribución del ingreso, el desempleo, la cobertura educacional, la violencia intrafamiliar, la sensación de impunidad o desconfianza de las instituciones del sistema de justicia criminal, el acceso a armas y, por supuesto, el consumo de drogas y alcohol. Se menciona, además, que se han introducido programas de atención especializados en consumo de drogas a personas privadas de libertad, los cuales dan muy buenos resultados, siempre y cuando sean flexibles y adaptados a las necesidades individuales.

Para finalizar, mencionan la necesidad de subrayar el trasfondo social que envuelve la relación drogas-delito y que superar esas condiciones adversas y lograr mayor equidad e integración social sigue siendo el mayor desafío.

Herrera y Oropeza (2008) publicaron un artículo titulado “El consumo de alcohol y drogas previo al delito en adolescentes”, el cual se llevó a cabo en el Centro de Integración para Adolescentes de Morelia, y contó con la participación de 32 adolescentes (hombres y mujeres) del régimen cerrado del centro, cuyo rango de edad era de los 14 a los 21 años.

Dentro de esta investigación, se encuentra como uno de sus resultados que un 40.62% estaba intoxicado por alguna droga cuando cometió el delito por el que estaba internado en el centro; los delitos cometidos bajo la influencia de drogas fueron homicidio (9.37%), robo (25%), violación (3.12%) y parricidio (3.12%). Las drogas utilizadas antes del delito fueron alcohol, anfetaminas, cristal, marihuana, inhalantes, cocaína y heroína. Otro dato relevante es que más de la mitad de los adolescentes internados considera que el consumo de las drogas altera el pensamiento y que, por lo tanto, los pueden llevar a cometer un delito.

Los investigadores concluyen que los resultados revelan la necesidad de generar programas de prevención, que realmente alcancen a la población en riesgo de volverse delincuente o consumidora de drogas, para que no acaben en este tipo de problemas. Además, destacan la importancia de promover dentro del centro juvenil estrategias para abordar la problemática del consumo de drogas en los adolescentes.

Castaño (2008) publica en la *Revista Análisis* un artículo titulado “Aspectos Socioculturales del Consumo de Alcohol en Latinoamérica y Estrategias de Prevención”; el

cual presenta datos relacionados con el consumo de alcohol en los adolescentes, la información es brindada por las investigaciones que proporciona el Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre el Consumo de Drogas (SIDUC) en el 2002 e indica que el consumo de alcohol en Latinoamérica se inicia en promedio a los 13 años, así como que el consumo excesivo episódico de alcohol es especialmente elevado en la población joven de países como Brasil, Costa Rica, México, Perú, Bolivia, Uruguay y Chile.

El Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay (2010), desarrolló el “Quinto Informe Conjunto sobre la Relación Droga y Delito en Adolescentes Infractores de la Ley: La experiencia de Bolivia, Chile, Colombia, Perú y Uruguay”.

El informe tuvo como finalidad observar detenidamente el fenómeno y presentar una mirada actualizada y lo más objetiva posible, para contribuir a la toma de decisiones de aquellos principales responsables de orientar las políticas sobre drogas y delitos en la región.

En Chile, el estudio se realizó durante el 2006; en Colombia durante el 2009 y; en Perú y Uruguay, durante el 2010. En el caso chileno, se obtuvo una muestra aleatoria de 1468 casos efectivos, hombres y mujeres. En el caso colombiano, el universo de estudio fue jóvenes infractores de ley de ambos sexos vinculados al Sistema de Responsabilidad Penal de Adolescentes, se estimó en 1686 jóvenes de los cuales se entrevistaron a 1189. En Perú, se consiguieron declaraciones de 1223 adolescentes en todo el país, de una muestra total de 1500 adolescentes. En Uruguay, solamente se logró entrevistar a 177 adolescentes, casi todos ellos con una medida de reclusión.

En común, tuvieron como objetivo conocer antecedentes del consumo de drogas de la población infractora adolescente, así como determinar asociaciones específicas entre uso de drogas y actividad delictiva. Los cuestionarios utilizados en los estudios de los cuatro países se basaron en los protocolos recomendados expresamente por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) y la Secretaría de Seguridad Multidimensional (SSM) de la Organización de Estados Americanos (OEA) para realizar estudios de alcohol y drogas ilícitas en población infractora adolescente.

Con respecto a los resultados, se observa que la mayoría son hombres y las edades oscilan entre los 16 y 17 años de edad, en los cuatro países. En Colombia y Perú, la mayoría de los delitos que cometieron los adolescentes fue de tipo violento. En Chile, Colombia y Uruguay, el inicio en el consumo de alcohol y marihuana es, en promedio, a la edad de 13 años; mientras que es aproximadamente a los 14 años en Perú. En todos los países, se observa que las drogas de mayor uso son la marihuana y el alcohol.

De este modelo, se obtienen varias conclusiones: uno de cada cinco delitos adolescentes se relaciona con drogas en Uruguay y Chile, uno de cada ocho delitos adolescentes se relaciona con drogas en Perú y en el caso colombiano la cifra aumenta a uno de cada tres. Los delitos se asocian ampliamente con el consumo de alcohol; sin embargo, no se debe desestimar el efecto de las drogas ilícitas en la comisión de los actos.

Este estudio permite afirmar que las drogas intervienen poderosamente en la producción del delito, a través de la motivación adquisitiva y del efecto psicofarmacológico, y algo menos por la vía de las infracciones directas a la ley de drogas. Además, existe una estrecha asociación entre drogas y delitos contra la propiedad, lo que

indica que la conexión adquisitiva es tanto o más importante que la conexión psicofarmacológica, en el caso de las drogas ilícitas.

Se concluye, en la primera parte del informe, que las drogas acompañan y probablemente motivan el delito que se comete en la población adolescente, así como que los datos recopilados en este informe representan una advertencia importante para actuar oportunamente sobre el vínculo existente entre droga y delito.

Valenzuela y Larroulet (2010) realizan un estudio que se titula “La Relación Droga y Delito: Una Estimación de la Fracción Atribuible”. El objetivo de este consiste en presentar estimaciones sobre la conexión entre droga y delito en Chile, para ello los autores realizaron entrevistas cara a cara a una población de 1468 jóvenes infractores de ley, con edades entre los 14 y 17 años.

En los resultados obtenidos, se observa que uno de cada cinco delitos de adolescentes puede deberse al uso o abuso de drogas como la marihuana, pasta base y cocaína. Agregan, además, que la droga más común entre adolescentes es la marihuana; esta es utilizada en mayor proporción antes de cometer un delito. Continúan mencionando que es en la población joven donde el efecto psicoactivo de las drogas influye de mayor forma en la comisión del delito.

Se concluye que las estimaciones realizadas pueden variar debido al tiempo en que se realizaron los delitos y el momento en que se consumió la droga. Además, muchos datos pueden no resultar confiables, ya que son recuerdos de las personas entrevistadas, o debido a que estas, en algunos casos, manipulan la información para responsabilizar a las drogas por los actos criminales cometidos.

En el 2011, el gobierno de Chile impulsó la *Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014*, la cual

(...) nace como la primera en el país que aborda de manera conjunta la prevención y tratamiento del consumo problemático de drogas y alcohol, poniendo a disposición de todo el país múltiples políticas, programas, proyectos y acciones que se implementarán progresivamente con la mirada puesta siempre en tener un impacto real en las personas, familias y la comunidad en general. (CONACE, 2011, p.7)

Esta estrategia establece que, con respecto a un estudio comparativo realizado en América Latina, Chile sobresale como el país con la mayor prevalencia de consumo de marihuana y alcohol, y el segundo con mayor prevalencia del consumo de cocaína en la región.

Se resalta que el consumo de marihuana aumentó en un 160% en el periodo de 1994 a 2008, además, el uso fue mayor entre los jóvenes; y establece que se ha evidenciado que las drogas ilícitas intervienen muy decisivamente en los delitos contra la propiedad, generalmente por parte de jóvenes que financian una adicción a través del robo.

En España, Contreras, Molina y Cano (2012) desarrollaron una investigación sobre el “Consumo de Drogas en Adolescentes con Conductas Infractoras”, la cual aporta un dato importante con respecto al sexo, demuestra que los adolescentes consumen todas las drogas ilegales en mayor proporción que las adolescentes, aunque en el consumo de drogas legales, como el tabaco, aparece un mayor número de consumidoras.

La investigación se realizó por medio de un estudio de tipo descriptivo mediante la consulta y análisis de documentos, se empleó una muestra de 654 adolescentes, siendo 568

hombres y 86 mujeres, con una media de edad de 15.87 años. Utilizaron como categorías para variables las demográficas, psicosociales y tipo de delito.

Entre los resultados, se evidenció que la mayoría de menores consume drogas (58%), el policonsumo es el más evidente entre los investigados y las investigadas, con un 32.2%. Además, se encontró que la gran mayoría de menores, que muestran conductas violentas, consume alguna sustancia (75.3%).

Mencionan los autores que, como se ha visto en otras investigaciones, en esta también se vincula el consumo de drogas con conductas delictivas. Destaca el policonsumo en este grupo de población; las sustancia más frecuentes son el alcohol, tabaco y cannabis.

Mentor (2013) publicó, en Londres, un estudio que estima el costo de las drogas, el alcohol y la delincuencia juvenil. Menciona que una investigación encontró que casi la mitad (47%) de las personas involucradas en actividades delictivas bebía alcohol casi todos los días o fumaba al menos seis cigarrillos por semana, y ya había probado la marihuana. Menciona otra investigación realizada en jóvenes entre los 12 y 18 años de edad, en la cual dos tercios (66%) reportaron beber en exceso una vez por semana en el periodo anterior a entrar en custodia.

Se indica que la incidencia de los delitos varía según la droga, por ejemplo: los tratados por consumo de alcohol tienen más probabilidades de haber robado a alguien, pero son menos propensos a haber cometido un hurto, en comparación con los consumidores de marihuana. Un estudio siguió a 15 000 jóvenes entre 14 y 17 años de edad y encontró que el consumo de alcohol es un fuerte predictor de aumento en la actividad criminal (graffitis, vandalismo o robo).

Como puntos claves se destacan en esta investigación que los jóvenes que beben regularmente, fuman o consumen drogas ilegales tienen un mayor riesgo de involucrarse en un comportamiento antisocial y la delincuencia; así como que los que están involucrados en el sistema judicial se encuentran en alto riesgo de daños a la salud, a causa del abuso de sustancias.

1.2.2 Antecedentes nacionales

Bejarano, Ugalde y Fonseca (2004) realizaron una investigación basados en estudios del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), comprendidos entre los años 1990 a 2000, con un lapso de realización de cada 5 años. Dichos estudios tomaban en cuenta jóvenes con edades comprendidas entre los 12 a 24 años, y las muestras estuvieron compuestas entre los 1100 y 1800 participantes; de manera que se pudiera evidenciar el inicio de consumo de drogas lícitas e ilícitas, tipos de consumo, frecuencia y cantidad de ingestión, razón de no ingestión, ex consumo y problemas asociados al abuso de sustancias en la población adolescente.

La revisión toma en cuenta el consumo de los psicotrópicos sin prescripción médica, el tabaco, el alcohol, la marihuana, la cocaína y el crack; y analiza las tendencias para cada droga en los jóvenes y las jóvenes.

Dentro de los datos encontrados, se evidenció que los psicotrópicos sin prescripción tienen una prevalencia de consumo de 1.5%, con edad de inicio entre los 15 a 16 años, aunque el consumo tiende a incrementar conforme aumenta la edad.

En relación con el tabaco, se encontró que la edad de inicio disminuyó progresivamente, pasando de 15.2 en 1990 a 14.8 en el 2000; mientras que los niveles de prevalencia de consumo de vida, año y mes aumentaron, teniendo especial relevancia estadística el caso de las mujeres. Además, aumentó la cantidad de cigarrillos que las adolescentes y los adolescentes consumen diariamente, ya que en 1995 consumían en promedio siete cigarrillos diarios, mientras que en el 2000 el consumo promedio fue de 10 cigarrillos diarios; también se encontró una tendencia al aumento de fumadores que habían tratado de dejar el tabaco, pero que, de igual forma, habían tenido una cantidad considerable de intentos fallidos de cesación.

El alcohol demostró tener un comportamiento distinto al del tabaco, ya que para este la edad de inicio aumentó entre 7 a 10 meses; además, disminuyó la prevalencia de consumo de vida, pero aumentó el consumo activo. Es importante destacar que el estudio encontró un aumento en la tendencia a la embriaguez en las personas jóvenes de 18 a 24 años.

En relación con las drogas ilícitas, la investigación muestra que su uso es principalmente para la experimentación, por ejemplo el caso de la marihuana, donde la prevalencia de vida aumentó significativamente de 3.8% (en 1990) a 6.5% (en 2000) para los varones y para las mujeres de 0.7% (en 1990) a 2.9% (en 2000); sin que ocurriera un aumento en consumo reciente o activo. Con relación a esta droga, se encontró que la edad de inicio, tanto para hombres como para mujeres, ronda los 16 años y que ser fumador activo de tabaco está fuertemente asociado con haber fumado marihuana alguna vez en la vida.

Los datos demostraron que la cocaína y el crack tenían un consumo relativamente bajo en la población adolescente, siendo la primera más asociada a varones de más de 17 años con algún trabajo; mientras que para el crack hubo un número insuficiente de casos para establecer medidas estadísticas, por lo que su consumo se asoció a la población adulta.

Dentro de los datos generales, la investigación reveló que las personas con familiares que tienen conductas de dependencia a alguna droga tienen mayor probabilidad de ser consumidores de esa droga; de igual forma, el ser consumidor activo de una droga aumenta las probabilidades de ser consumidor activo de drogas asociadas.

Se rescata también que la mayoría de los jóvenes y las jóvenes consideró que conseguir droga es fácil y afirmó tener vínculos cercanos con personas que consumían sustancias ilícitas.

Sáenz, Bejarano y Fonseca (2006) realizaron un estudio con 91 jóvenes varones de 16 a 17 años, que fueron admitidos en el Centro de Formación Juvenil Zurquí del Ministerio de Justicia entre el 2003 y 2004, de los cuales más de la mitad se encontraba en este centro en condición jurídica de indiciados y no como sentenciados.

Los autores afirman que existen muy pocos estudios, a nivel nacional, sobre drogas en la población menor de edad que ha cometido crímenes, por lo que los datos recolectados fueron de gran importancia para el estudio de este fenómeno.

A nivel sociodemográfico, encontraron que la nacionalidad de los jóvenes era costarricense (80.2%), nicaragüense (16.5%) y panameña (3.3%). Un alto índice de los

admitidos costarricenses era de la provincia de Limón (22%), los cuales, en su mayoría, poseían un trabajo con una remuneración salarial e índices de escolaridad bajos.

En torno al tema penal, se encontró que la mayoría de los adolescentes entrevistados (43%) realizó su primera infracción antes de cumplir los 14 años de edad, y que fueron los delitos contra la propiedad la mayor causa de ingreso al centro, representando el 53% de todos los motivos de ingreso, lo que los autores asociaron con condiciones de abandono, maltrato y situaciones de pobreza vividas por la mayoría de los jóvenes.

Con respecto al tema de drogas, se mostró que los niveles de prevalencia en el consumo de drogas en esta población son elevados y que este continúa aún después del ingreso al centro penal, para todas las drogas a excepción de los inhalables y el éxtasis.

Las mayores prevalencias, tanto de vida como de año y mes, se encontraron entre los consumidores de tabaco, alcohol y marihuana; de igual forma, las menores prevalencias de consumo se encontraron en la heroína y el éxtasis. Asimismo, los datos mostraron un aumento en la tendencia al consumo de crack.

El promedio de inicio de consumo en la población fue inferior a los 15 años, siendo la más baja la del tabaco, con valores inferiores a los 12 años de edad. Esto evidenció poco control en el expendió de drogas legales a menores de edad, las cuales se constituyen en vehículos de paso a otras drogas; en este caso los jóvenes iniciaron con el tabaco, progresaron al alcohol y posteriormente pasaron a otras sustancias ilícitas.

El trabajo señala que la comisión de delito en personas consumidoras se podría explicar, en alguna medida, por el efecto inhibitor de las drogas sobre los centros de control de la corteza cerebral.

Por último, se destacó que entre los factores de riesgo se encontraron el deterioro de la relación familiar y la falta de una figura parental de autoridad, un elevado índice de amistades consumidoras de drogas y la falta de programas de prevención eficaces que involucren las necesidades afectivas y económicas de la población adolescente, de manera que lleguen a los jóvenes y las jóvenes en condición de vulnerabilidad.

Araya y Sepúlveda (2010) realizaron un análisis de clases latentes, con datos de un estudio de los factores que inciden en el consumo de drogas en la población juvenil de la Región Central de Occidente, recolectados durante el 2006; el propósito de dicho análisis era proporcionar un enfoque multidimensional al fenómeno de consumo de drogas en adolescentes.

El análisis de las categorías permitió establecer que el consumo de drogas se da, mayoritariamente, en población masculina, mientras que las mujeres consumen, principalmente, cerveza y vino o son abstemias.

Además, se encontró que el consumo de tabaco y drogas ilícitas, así como el policonsumo, mostró un aumento conforme aumentaba la edad de los adolescentes y las adolescentes, y que la incidencia de abandono de los estudios académicos se daba mayoritariamente en jóvenes que consumían una gama de drogas variadas (policonsumo).

Fonseca y Bejarano (2012) realizaron otro estudio en el Centro de Formación Penal Juvenil Zurquí entre el 2006 y 2008. Para esta muestra, se incluyeron a jóvenes de ambos sexos, aunque continuaba siendo mayor la cantidad de hombres (de 88-95%) que la de mujeres institucionalizadas por cometer delitos; la mayoría de estos ingresaba al centro con edades entre 16 a 17 años.

En esta ocasión, se encontró que la mayoría de los admitidos era proveniente de San José (41-64%), seguido de la provincia de Limón (11-19%), la cual, a pesar de no tener tanta densidad poblacional como la capital, posee un alto índice de violencia.

Al igual que en estudios anteriores, se reveló que el nivel de escolaridad correspondía en su mayoría a estudios primarios (75%) y en menor proporción a secundaria incompleta (25%); además, la mitad de los ingresados se encontraba trabajando como mano de obra no calificada y la mayoría estaba viviendo con algún familiar (que no fuera el padre o la madre) en el momento de cometer el delito. Es importante denotar que entre 12-19% de los jóvenes y las jóvenes habían vivido en la calle, y entre 5-11%, en otro lugar que no fuera con un familiar.

Nuevamente, se encontró que predominan los indiciados y el motivo de ingreso más frecuente son los delitos contra la propiedad (47-53%), seguido de los delitos contra la vida y el menos frecuente era el tráfico de drogas.

La realización del delito bajo los efectos de alguna droga aumentó del 2006 al 2007, sin embargo, de este año al 2008 esta relación mostró una tendencia a la baja.

Encontraron que las mayores prevalencias de consumo son para el tabaco, el alcohol y la marihuana, siendo el consumo mayor en esta población que en los adolescentes y las adolescentes que no se encontraban ingresados en un centro penal.

Se destaca que todas las drogas se habían consumido en el último mes, excepto la heroína; siendo la más consumida el tabaco, con un promedio de 11 a 20 cigarrillos diarios y seguida del alcohol con un promedio de 11 tragos en los últimos 30 días.

La edad de inicio de consumo para todas las drogas se mantuvo entre los 12 a 14 años, y el tabaco fue la droga con un inicio de consumo más temprano.

Un alto porcentaje de la población expresó tener amigos que consumían drogas ilegales y cerca de un 90% consideró fácil el acceso a las drogas ilícitas.

La mitad de los entrevistados manifestó poseer información sobre el consumo de drogas, siendo la mayor fuente sus grupos de pares, seguidos de la experiencia personal y, por último, el asesoramiento por los padres o personas capacitadas. Por otro lado, se encontró que el acceso a programas de prevención es relativamente bajo y que entre 25-33% de la población no cambió su actitud frente al consumo de las drogas a pesar de recibir estos programas.

Los autores mencionan que no existe una relación causa-efecto establecida entre el consumo de drogas y el delito, pero sí determinan que el primero puede facilitar la comisión del segundo; aunque denotan que la principal asociación del delito debe establecerse con los determinantes sociales vinculados a exclusión y condiciones de vulnerabilidad.

Finalmente, Murillo (2013) realizó una investigación en grupos focales con 16 jóvenes en proceso de rehabilitación en organizaciones no gubernamentales (ONG) que tratan la adicción a sustancias psicoactivas.

El estudio muestra que las personas adolescentes realizan mezclas de varias drogas para potenciar los efectos, siendo las más utilizadas la cocaína con bicarbonato de sodio, conocida como “piedra”, y la cocaína con cigarro, conocida como “chino”.

Durante la elaboración de un mural, se mostró que para las mujeres el uso de las drogas está asociado con la pérdida de la libertad, mientras que el grupo de varones expuso que el consumo de drogas es un proceso gradual, que inicia con la experimentación de tabaco y alcohol y que progresivamente lleva al consumo de otras drogas ilícitas que dañan sus vidas. Ambos grupos consideran que el consumo de drogas es una situación que tiene consecuencias negativas en sus vidas, tales como la adicción, el delito y la cárcel, y que los puede llevar incluso a la muerte.

La autora menciona que el proceso de socialización y comunicación moderna es un factor de riesgo que facilita la venta y el consumo de drogas, así como la adopción de otras conductas de riesgo por parte de la población adolescente.

Por último, es importante destacar que “el uso de sustancias psicoactivas es un comportamiento social con un fuerte valor simbólico” (Murillo, 2013, p.11), de modo que la autora se enfoca en la importancia que tienen el medio familiar y comunal como factores de riesgo o protectores para los jóvenes y las jóvenes; ya que, por su etapa del desarrollo, se encuentran en un momento de transición y establecimiento de su personalidad y plan de vida, lo que los pone en una condición de vulnerabilidad.

1.3 Tema

Relación entre el delito y el consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes infractores de la ley del Centro de Formación Penal Juvenil Zurquí, en la adolescencia tardía, durante el primer semestre de 2014.

1.4 Problema de investigación

¿Cuál es la relación entre el delito y el consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes infractores de la ley del Centro de Formación Penal Juvenil Zurquí, en la adolescencia tardía, durante el primer semestre de 2014?

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Analizar la relación entre el delito y el consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes infractores de la ley del Centro de Formación Penal Juvenil Zurquí, en la adolescencia tardía, durante el primer semestre de 2014.

1.5.2 Objetivos específicos

1. Estimar prevalencias de uso de drogas lícitas e ilícitas en población adolescente infractora de la ley.
2. Estimar el uso de drogas mediante análisis de trayectorias, precocidad y uso múltiple de sustancias en población adolescente infractora de la ley.
3. Establecer el nivel de complejidad del uso de drogas en la población adolescente infractora de la ley.
4. Establecer la asociación entre delito y uso de alcohol/drogas en población adolescente infractora de la ley.
5. Establecer las necesidades de tratamiento y la disposición hacia la rehabilitación en esta población.
6. Identificar la implicación de los determinantes sociales en la población adolescente infractora de la ley.

CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL

2.1 El fenómeno de las drogas

El consumo de sustancias con capacidad de alterar la cognición y la percepción de la realidad ha estado presente en la historia de la humanidad desde la antigüedad. Las civilizaciones han utilizado las sustancias psicoactivas como remedio para las afecciones del cuerpo, la mente o el espíritu, así como parte de sus rituales culturales y, más recientemente, como un medio de diversión y escape de las demandas que el ritmo de vida actual impone a la existencia cotidiana.

Sin embargo, el consumo actual de sustancias psicoactivas o drogas ha tomando dimensiones problemáticas, en las que, según Ortiz y Silva (2005), se ha pasado de un consumo que no implicaba daños sociales a un consumo con consecuencias destructivas para los individuos que consumen la droga, para sus familias, las comunidades y todo el aparato gubernamental que se ve inmerso en una nueva dinámica de tráfico, distribución, venta y consumo de drogas.

Por estas razones, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido el uso de drogas como un problema de salud pública (Vázquez y Pillón, 2005), principalmente en América Latina, donde la problemática ha venido creciendo alarmantemente, con grandes impactos sociales y en la que, según Sánchez (2014), se ven involucradas más de 150 millones de personas.

La magnitud y la complejidad del consumo de drogas, asociadas a las redes mundiales de la globalización, la tecnología y los medios de comunicación masiva (Ortiz y Silva, 2005), hacen necesario que en la actualidad al hablar de esta dinámica sea ineludible reconocerla como un fenómeno, con amplias implicaciones sociales, políticas y económicas.

A continuación, se desarrollará el concepto de droga; se explicarán los trastornos relacionados con el consumo de estas sustancias y se establecerán las clasificaciones actuales por el estatus legal, el origen y los efectos de las drogas.

2.1.1 Definición de droga

Establecer una definición concreta sobre el significado de la palabra droga ha generado gran controversia a través del tiempo debido a sus implicaciones tanto biológicas como sociales y económicas. En 1969, tal y como lo cita Caudevilla (s.f.), la OMS definió la palabra droga como “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones” (p.2); sin embargo, este término generó mucha ambigüedad, ya que existen gran cantidad de sustancias que causan efectos dentro del organismo y no necesariamente son clasificadas como drogas lícitas o ilícitas, por ejemplo los medicamentos prescritos por un médico o las plantas medicinales.

Por lo anterior, Caudevilla (s.f.) menciona que la mejor definición de la palabra droga es cuando se asocia esta con las palabras “de abuso”, de manera tal que sea más fácil su comprensión, pues, al relacionarla con dichas palabras, se sobreentiende que se habla de las drogas legales e ilegales. Entonces, según este autor, una droga de abuso es “una

sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptibles a ser auto administradas” (p.2).

La OMS reestructuró la definición de droga presentada anteriormente por una más exacta, la cual establece como droga “cualquier sustancia, natural o sintética, que al consumirse pueda alterar la actividad mental y física de las personas debido a sus efectos sobre el sistema nervioso central” (Editorial Vértice, 2010, p. 9).

Según la Editorial Vértice (2010) una sustancia se considera droga debido a la adicción que genera, lo que lleva al individuo a una búsqueda compulsiva por obtenerla.

2.1.2 Trastornos ocasionados por el uso de drogas

Cuando una persona utiliza una droga por primera vez, no puede ser considerada consumidora, ya que existe una serie de conceptos que se adecuan al uso de las drogas dependiendo de la frecuencia y la cantidad de estas en cada consumo, y que permiten describir la situación en la que se encuentra la persona (Editorial Vértice, 2010).

Para la presente investigación, se tomarán en cuenta los trastornos y síndromes expuestos en el *Protocolo de Estudio sobre Drogas en la Población Adolescente Infractora de la ley*, de la OEA/CICAD (2011), el cual utiliza los conceptos de dependencia y abuso para medir el nivel de complejidad del consumo de drogas, incluyendo dentro del criterio de dependencia los síndromes de: tolerancia, uso compulsivo y abstinencia. Dichos conceptos serán descritos a continuación.

Dependencia

Consiste en la necesidad que posee el individuo de consumir una droga de abuso, gracias al uso continuo de esta y los efectos que acarrea. Una persona adicta necesita consumir la sustancia para sentir un bienestar físico y mental que le permita desenvolverse en sus actividades, y cuando se le priva de dicha droga, sufre una serie de síntomas por la abstinencia que experimenta (Editorial Vértice, 2010).

Tal y como lo mencionan Ortiz, Ruíz, Ubis y Alonso (2011), la dependencia a una droga de abuso puede ser de tres tipos: física, la cual hace referencia a la necesidad de la persona de consumir la sustancia para permitir que su organismo funcione con normalidad; psíquica, en donde se ha establecido un vínculo entre la sustancia y el organismo, ya que la primera ocasiona una sensación de placer y satisfacción en el segundo que ocasiona que el individuo consuma constantemente y de manera continua la droga; y, finalmente, la dependencia social, que se caracteriza por la necesidad de consumir sustancias psicoactivas con el fin de pertenecer a un grupo que proporcione a la persona signos claros de identidad.

Además, la Dirección de Tutoría y Orientación Educativa (2009) menciona que para que se dé la dependencia a una droga de abuso es necesario cumplir con cuatro etapas que llevan a la persona a convertirse en dependiente de una sustancia. La primera etapa es la experimental, en donde la persona establece el primer contacto con la droga; sigue la etapa ocasional o social recreativa, en donde el consumo de la sustancia se da como parte de actividades sociales, tales como fiestas, y está altamente asociada a la presión de grupo; la tercera etapa es la habitual, en donde la persona inicia un consumo regular y pierde el miedo que sentía en la etapas anteriores hacia la droga, el organismo empieza a

experimentar tolerancia hacia la sustancia en esta etapa; la cuarta y última etapa es la dependencia o adicción, en la cual el consumo de la droga se convierte en la actividad principal de la persona que manifiesta una búsqueda compulsiva de la sustancia aun cuando es consciente de los daños que le genera, además de una alta tolerancia hacia la misma y el inicio del síndrome de abstinencia en caso de no consumirla.

Criterios para medir dependencia según el CIE – 10

La OMS (1992), en el apartado de trastornos mentales y de la conducta de la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima edición (CIE-10), menciona que existen seis criterios para indicar la dependencia del uso de sustancias (citado por OMS, 2004). A continuación, se expresan cuáles son estos criterios¹:

1. Fuerte deseo o sensación de compulsión de tomar la sustancia.
2. Dificultades para controlar la conducta de tomar la sustancia en términos de su inicio, finalización o niveles de uso.
3. Un estado de abstinencia fisiológica si se suspende o reduce el uso de la sustancia, evidenciado por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia o el uso de esta (o alguna estrechamente relacionada) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
4. Evidencias de tolerancia, de forma tal que se requieren dosis mayores de la sustancia psicoactiva para obtener los efectos originalmente producidos a dosis menores.

¹ Se deben presentar juntos tres o más de los criterios en algún momento del año anterior para establecer dependencia.

5. Abandonar progresivamente placeres o intereses alternativos debido al uso de la sustancia psicoactiva, invertir cada vez mayor tiempo para obtener o tomar la sustancia, o para recuperarse de sus efectos.
6. Persistir en el uso de la sustancia a pesar de haber claras evidencias de consecuencias abiertamente nocivas, como daño hepático por beber en exceso, estados de ánimo depresivos debidos al uso intenso de la sustancia o limitaciones en el funcionamiento cognitivo, relacionadas con la droga. Se deberá hacer lo posible para determinar si el consumidor era consciente, o debía serlo, de la naturaleza y grado del daño.

Para interpretar estos criterios, la OMS (2004) indica que es relevante comprender que algunos criterios son medibles en términos biológicos, en tanto que otros no los son. Utilizando esta delimitación, se observa que los criterios que se miden biológicamente con mayor facilidad son: la abstinencia (tercer criterio) y la tolerancia (cuarto criterio), ya que miden:

(...) la ocurrencia de síntomas físicos y psicológicos desagradables al reducirse o discontinuarse el uso de la sustancia, y (...) el hecho de que son necesarias cantidades cada vez mayores de la droga para obtener el mismo efecto, o que la misma cantidad produce un efecto cada vez menor. (OMS, 2004, p.13)

Los otros criterios que incluye la clasificación CIE-10 incluyen elementos sobre la cognición, que requiere investigar las autopercepciones del usuario con respecto al deseo que tiene por la sustancia, el riesgo que presenta para su salud y cuánta dedicación atribuye a obtener la sustancia; por lo expuesto anteriormente, estos criterios no pueden medirse de forma biológica como los anteriores y corresponden al uso compulsivo de la sustancia.

Tolerancia

Al mencionar la palabra tolerancia, tal y como lo establece el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* en su cuarta edición (DSM-IV) (Asociación Americana de Psiquiatría, 1995), se hace alusión a la necesidad de cantidades crecientes de consumo de una sustancia, puesto que los efectos se tornan menos perceptibles después de cada uso, a menos que se varíe la cantidad; de tal modo, para que el individuo obtenga el efecto esperado, debe aumentar la dosis de la droga de manera progresiva.

La tolerancia hace referencia, según lo manifestado por Ortiz *et al.* (2011), a un estado de adaptación del organismo que se caracteriza por una disminución en la respuesta que ocasiona en el organismo la misma cantidad de droga, o por la necesidad que experimenta el individuo de consumir una mayor dosis para experimentar y conseguir el mismo efecto.

Estos autores mencionan que existen dos tipos de tolerancia: cruzada, en donde el consumo de la droga provoca la aparición de tolerancia no solo a esa sustancia, sino a otras del mismo o diferente grupo farmacológico, e inversa, en donde se producen los mismos efectos con dosis inferiores. Además, menciona que no todas las drogas que generan dependencia producen en la persona tolerancia.

Uso compulsivo

El uso compulsivo de una sustancia hace referencia a la carencia de un control eficaz, por parte de la persona consumidora, para adecuar su conducta a las demandas del medio, persistiendo en el consumo de la droga aun cuando conoce las consecuencias que dicho consumo acarrearán para sí mismo a corto y largo plazo, y a pesar de los tratamientos

de rehabilitación que ha realizado para controlar la ingesta, tal y como lo menciona Redolar (2009).

Según García (2001), se puede definir el uso compulsivo de una droga como el estado en el cual la persona consumidora mantiene toda su vida dominada por la sustancia y la continua preocupación de conseguirla y consumirla, dejando de lado los aspectos intelectuales, anímicos y de salud física y mental adecuada.

Es importante mencionar que tanto Redolar (2009) como García (2001) establecen que el uso compulsivo se relaciona directa e intrínsecamente con la adicción a una sustancia cuando mencionan que la adicción es una conducta de uso compulsivo de una droga, en donde la persona se encuentra subordinada al consumo de la sustancia a pesar de las implicaciones de esta y mantiene una alta tendencia a la recaída después de haber suspendido la administración.

Adicción

Tal y como lo menciona el Ministerio de Sanidad y Consumo (2008), la adicción ocurre cuando se da un consumo repetido de una o varias drogas y que lleva al individuo a desear de manera exagerada consumir la sustancia e intoxicarse periódica o continuamente con esta; por lo que, en el momento en que deja de administrarse, surge lo que se denomina síndrome de abstinencia.

La adicción, como lo citan García y Sánchez (2011), “está integrada básicamente por un impulso que no se puede controlar, una tendencia a la reiteración y una implicación nociva para el sujeto” (p. 116); a lo cual Redolar (2009), añade que la existencia de una

persona adicta se dirige fundamentalmente a la consecución de la droga, sin importar las consecuencias que esto pueda ocasionar hacia otros ámbitos de su vida.

Las características de la persona adicta las resume la Editorial Vértice (2010) de la siguiente manera: debilitamiento del yo, autoengaño, aumento en la pérdida de control, disminución de la voluntad, confirmación de un estilo de vida adictivo, debilidad emocional y falta de actividades desligadas al consumo de drogas que le generen interés.

Síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia se puede definir como una serie de alteraciones neurobiológicas que se manifiestan como un conjunto de signos y síntomas, tanto físicos como psicológicos, y se presentan cuando se suspende el consumo de una droga hacia la cual la persona ha desarrollado dependencia, según Ortiz *et al.* (2011). La intensidad y el tiempo que dure el síndrome dependen de la sustancia y sus características, la frecuencia, la cantidad y el tiempo que se consumió y el estado físico y psíquico del individuo consumidor.

El síndrome de abstinencia puede ser de dos tipos, tal y como lo manifiesta la Editorial Vértice (2010):

- **Agudo:** son el conjunto de síntomas y signos tanto físicos como psicológicos que se presentan cuando se interrumpe el consumo de una sustancia a la cual la persona es dependiente, y donde la intensidad y la gravedad de esos signos y síntomas depende del tipo de droga.
- **Tardío:** corresponde a las alteraciones del sistema nervioso y de las funciones psíquicas básicas, que se mantienen aún después de resuelta la crisis inicial; las implicaciones

físicas y psicológicas que esto conlleva le generan a la persona dificultades para desarrollarse social y personalmente de manera adecuada.

Dentro de los principales signos y síntomas característicos del síndrome de abstinencia, García y Quero (2012) mencionan los siguientes: hiperactividad motora, hipertonia, temblores, trastornos conductuales como llanto, ansiedad, irritabilidad e insomnio, sudoración, bradicardia o taquicardia, taquipnea o aumento de la frecuencia respiratoria, hipertermia, rinorrea, vómitos, diarrea, alucinaciones táctiles, auditivas o visuales e hipertensión.

Abuso de sustancias

Este término hace referencia al consumo recurrente de una sustancia que lleva a la persona a incumplir con las obligaciones laborales, escolares o familiares; así como a utilizar dicha droga en condiciones que amenazan el estado físico, a tener problemas legales en torno a la utilización de la sustancia y a continuar con el uso de la droga aun cuando se es consciente de que esto causa las tres características mencionadas anteriormente (Caudevilla, s.f.).

Para Ortiz *et al.* (2011), el abuso de sustancias “es un patrón desadaptativo de consumo de sustancias psicoactivas que conlleva al deterioro o malestar clínicamente significativo y recurrente, relacionado con el consumo repetido de sustancias” (p. 5). Según estos autores, ese patrón se manifiesta al menos durante un mes, en condiciones peligrosas y sin considerar los problemas que se asocian a su uso.

La diferencia entre abuso de sustancias y dependencia radica en que el primero no requiere la presencia de tolerancia ni de síndrome de abstinencia en caso de suspender el consumo de la droga, además, no presenta un patrón de uso compulsivo, pero sí genera consecuencias dañinas para la persona consumidora (Ortiz *et al.*). A lo anterior, Medina (2013) añade que la dependencia hace referencia a un uso compulsivo de una sustancia, a pesar de las consecuencias negativas que son percibidas por el sujeto consumidor, mientras que el abuso se relaciona con el uso excesivo de una droga.

Finalmente, es importante mencionar que para valorar el consumo de una sustancia y evaluar la situación en la que se encuentra la persona, se deben tomar en cuenta tres aspectos importantes: el primero corresponde a la valoración de la sustancia consumida, tomando en cuenta el tipo de sustancia, la dosis, la vía de administración, el consumo conjunto con otras sustancias y la valoración social (droga legal o ilegal); el segundo es la valoración de la persona, donde se analiza la edad, el sexo, pauta de consumo y patologías base que incrementan el riesgo de consumo de sustancias; el tercero es la valoración del entorno, donde toman importancia los factores protectores y de riesgo (Editorial Vértice, 2010), los cuales son específicos para cada población y se abordarán posteriormente en el capítulo de consumo de drogas y adolescencia.

Criterios para medir abuso según el DSM-IV

El DSM-IV (Asociación Americana de Psiquiatría, 1995) expresa que el abuso “consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido”. (p. 188). Por lo tanto, los criterios para medir el abuso no incluyen la tolerancia, la

abstinencia ni el patrón de uso compulsivo, como se da en el caso de la dependencia de sustancias.

Según este manual se encuentran dos criterios principales para medir el abuso² a una sustancia (el criterio *a*, se subdivide en cuatro criterios más):

- a. Incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes. En este criterio, se encuentran:
 1. 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).
 2. 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 droga).
 3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso).
 4. 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 droga (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)

²Expresarse uno (o más) de los criterios durante un período de 12 meses para indicar abuso.

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

2.1.3 Clasificación de las drogas

Las drogas se pueden clasificar dentro de varias categorías, ya sea por su legalidad e ilegalidad, por el efecto que ocasionan en el individuo que las consume, por la severidad de los efectos y por su origen.

Por su estatus legal

Según su estatus legal, las drogas se clasifican en:

- *Drogas ilegales*: sustancia psicoactiva cuya producción, venta o consumo están prohibidos y, por lo tanto, penados por la ley. Por ejemplo: marihuana, cocaína, heroína, LSD, entre otras.
- *Drogas legales*: droga que está legalmente disponible, con o sin prescripción médica, en una determinada jurisdicción. Ejemplos de estas son el alcohol, el tabaco y la cafeína (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Por su origen

Dependiendo de su origen, según lo menciona Caudevilla (s.f.), se clasifican en:

- *Drogas naturales*: aparecen de manera espontánea en la naturaleza, como los hongos y la marihuana.
- *Drogas sintéticas*: se preparan mediante procesos físicos y químicos, por ejemplo el LSD y el éxtasis.

Por sus efectos

Dependiendo del efecto que producen en el organismo, se dividen en:

- *Drogas estimulantes*: este tipo de drogas, tal y como lo menciona Caudevilla (s.f.), incrementan la actividad del sistema nervioso central, por lo que, según el IAFA (2013), aumentan los niveles de la actividad tanto motriz como cognitiva y refuerzan el estado de alerta, de vigilia y de atención en el individuo. Se pueden mencionar como principales efectos de las drogas estimulantes la euforia, la desinhibición, la irritabilidad, la agresividad, la disminución en la fatiga y el sueño, el menor control emocional, la disminución del apetito, la excitación motora, el aumento del metabolismo, la mejoría en el estado de ánimo y la inquietud, tal y como lo expresa Bárcena (2012). Dentro de este tipo de drogas, se encuentran anfetaminas, cocaína, crack, tabaco, hachís y éxtasis.
- *Drogas alucinógenas*: este tipo de drogas ocasionan en la persona, tal y como lo establece Pons (2009), fuertes alteraciones perceptivas dentro de las que destacan las alucinaciones agradables, entendidas ya sea como una percepción de un objeto sin que este exista o la ausencia de percepción de dicho objeto aun cuando se encuentra presente; hipersensibilidad sensorial, deformación en la percepción del tiempo y del espacio y de la estructura corporal propia y ajena, verborrea y aumento de la sociabilidad, disminución en la capacidad de juicio y visión caleidoscópica. Menciona el mismo autor que es posible que, al utilizar alguna droga perteneciente a esta categoría, la persona experimente lo que se conoce como un “mal viaje”, caracterizado por la presencia de alucinaciones amenazadoras y sensación de pánico. Dentro de esta categoría, se encuentran la marihuana, LSD, PCP, ketamina y éxtasis.

- *Drogas depresoras:* este tipo de drogas disminuyen la actividad del sistema nervioso central, tal y como lo menciona Caudevilla (s.f), por lo que producen en el organismo una alteración en la concentración y el juicio, enlentecimiento en la toma de decisiones, disminución de la percepción de los estímulos externos, relajación, apatía, sensación de bienestar, desaparición de la angustia, enlentecimiento del ritmo cardíaco y la frecuencia respiratoria, disminución en la coordinación muscular, entorpecimiento en los movimientos corporales, desinhibición y aumento en la sensación de control, según lo expresado por Bárcena (2012). Las drogas que corresponden a esta categoría serían el alcohol, la marihuana, la heroína, la morfina, el GHB y los inhalables.

Por la severidad de sus efectos

Finalmente, según la severidad de los efectos que producen en la persona, Caudevilla (s.f.) las clasifican en:

- *Drogas duras:* producen graves riesgos para la salud del individuo, por ejemplo el éxtasis o el LSD.
- *Drogas suaves:* sus efectos son menos peligrosos para la salud del consumidor, por ejemplo los efectos del alcohol, del tabaco y de la marihuana.

2.2 Adolescencia

De acuerdo con el *Estado Mundial de la Infancia*, presentado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) (2011), existe una cantidad de 1 200 000 de adolescentes que se encuentran entre la infancia y la etapa de la adultez. Dicho documento expone que 9 de cada 10 adolescentes viven en el mundo en desarrollo y afrontan grandes dificultades, tales como acceder a la enseñanza e incluso permanecer con vida.

Otro aspecto tratado hace referencia a los esfuerzos mundiales para salvar vidas infantiles y al poco interés por hablar temas sobre la adolescencia. Sin embargo, se observa que existe una gran cantidad de inversiones sobre niñas y niños menores de 5 años, pues se ha estudiado la magnitud de los peligros que pesan sobre ellos (UNICEF, 2011), como lo son los determinantes sociales, en los cuales se ahondará más adelante.

UNICEF (2011) evidencia los peligros que encara la persona adolescente: los traumatismos que cobran 400 000 vidas todos los años; los embarazos y partos a temprana edad; las presiones que impiden a 70 000 000 de adolescentes asistir a la escuela; la explotación, los conflictos violentos y las peores formas de abuso a manos de los adultos.

Es por esto que es necesario un enfoque preponderante en los niños y las niñas más pobres de los lugares menos accesibles; de manera que se pueda influir sobre los diferentes factores de riesgo a los que se puede enfrentar la población adolescente, los cuales son directamente proporcionales al riesgo de involucramiento en actos de vandalismo o uso de drogas (UNICEF, 2011).

Por lo que menciona la UNICEF (2011), se hace necesario dar una conceptualización de la adolescencia, a fin de comprender mejor esta etapa de la vida, así como visualizar la protección especial a esta población que se encuentra estipulada por la ley costarricense en el Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA).

2.2.1 Conceptualización de la adolescencia

El concepto de adolescencia ha sido controversial a través de los años, por lo que las definiciones varían de un autor a otro.

En primera instancia, de acuerdo con la UNICEF (2011), la adolescencia comprende las edades de los 10 a los 19 años de edad y es independiente de la primera infancia y de la edad adulta. Sin embargo, para numerosas sociedades y comunidades, el límite entre la infancia y la edad adulta es bastante difuso; y a menudo se espera que los adolescentes y las adolescentes trabajen y cubran sus gastos.

En *El Estado Mundial de la Infancia* (UNICEF, 2011), se menciona que existen tres motivos principales que dificultan la conceptualización de la adolescencia:

1. La delimitación del período de la pubertad, ya que esto ha variado entre edad y género a través de los años. Se inicia en las niñas, como promedio, entre 12 y 18 meses antes que en los niños; ya que las ellas tienen su primera menstruación generalmente a los 12 años; mientras que en ellos la primera eyaculación ocurre, generalmente, hacia los 13 años.

Además, en los últimos siglos la edad de inicio de la pubertad ha descendido tres años, en gran parte por las mejores condiciones de salud y nutrición. Lo anterior significa que

las niñas y los niños están llegando a la pubertad y experimentando algunos de los principales cambios fisiológicos y psicológicos relacionados con la adolescencia, antes de ser considerados adolescentes. Pero también sucede que algunos niños varones entran en la pubertad a los 14 o 15 años, cuando ya han sido tratados como adolescentes y han forjado relaciones con coetáneos mucho más desarrollados física y sexualmente.

2. Las grandes variaciones en las leyes de los países sobre la edad mínima para realizar actividades consideradas propias de los adultos, tales como votar, casarse, vincularse al ejército, ejercer el derecho a la propiedad y consumir bebidas alcohólicas
3. La imposición de responsabilidades propias de los adultos a adolescentes, tales como trabajar, casarse, cuidar de familiares enfermos, participar en conflictos armados y muchas otras actividades que, de alguna manera, roban y suprimen su niñez y adolescencia.

Finalmente, la UNICEF (2011) menciona que la persona adolescente tiene una propensión a tomar riesgos, una característica que se relaciona con la necesidad psicológica de explorar los límites en esta etapa de transición, lo cual es un aspecto del desarrollo de la identidad individual.

Esta disposición a asumir riesgos puede llevar a muchas jóvenes y muchos jóvenes a experimentar con el tabaco, el alcohol y otras sustancias adictivas, sin comprender cabalmente el daño que pueden ocasionar a su salud o las repercusiones a largo plazo de las adicciones.

Otro planteamiento de la adolescencia es brindado por Castejón y Navas (2009), el cual establece que esta etapa se extiende entre los 12 y 19 años. Expresan que es una

transición en la que no se es niño, pero tampoco adulto; por lo que la persona se encuentra en una etapa de “moratoria social”, la cual es planteada por Erikson, para quien la adolescencia es “un compás de espera que la sociedad adulta brinda a sus jóvenes mientras se preparan para ejercer los roles adultos” (citado por Castejón y Navas, 2009, p.201).

De acuerdo con estos autores, la culminación de la adolescencia y juventud no viene específicamente con la mayoría de edad establecida en los diferentes países, sino, más bien, por el fin de un proceso de emancipación que permite a esta población acceder a la condición de adultos; es decir, que adquieran requisitos como la independencia económica, auto administración de los recursos, autonomía personal y formación de un hogar propio.

Sin embargo, mencionan que, a pesar de ser contradictorio, no se puede declarar que una independencia económica o el establecimiento de una familia propia sean determinantes que indiquen el final de la adolescencia, en otros casos, el cierre de esta etapa se logra cuando se alcanza una madurez emocional, aunque esta es una definición controversial y es difícil de establecer.

Otro concepto que permite esclarecer el significado de la adolescencia lo expone Muñoz (2011), para quien la adolescencia es la etapa de identidad y construcción de la persona; es decir, un periodo de búsqueda y encuentro con la identidad propia y donde se busca conocer cómo se es percibido por los otros y por sí mismo, lo que permite alcanzar una autoestima positiva y equilibrada.

De igual manera, el autor plantea que debe considerarse que el hecho de que la persona adolescente logre la aceptación de su identidad propia requiere de lograr compromisos estables con sus propios valores, creencias y objetivos de vida; lo que tiene

lugar a lo largo de un periodo de años de experimentación de actitudes y roles alternativos, y que depende de factores internos y facilitadores externos, con los que eventualmente cuenten, estrechamente ligados con las relaciones con los padres de familia, sus pares, los medios de comunicación y la sociedad en general.

Sin embargo, hablar de la adolescencia a rasgos generales no permite observar las grandes diferencias marcadas entre las vivencias que experimentan los jóvenes y las jóvenes de diferentes edades; por lo que se hace necesario reconocer la clasificación de este período de la vida, con el fin de lograr una mayor comprensión de esta población.

2.2.1.1 Etapas de la adolescencia

Al igual que con el concepto de la adolescencia, no existe una delimitación exacta de las edades que comprenden los diferentes períodos de esta etapa de la vida.

Castejón y Navas (2009) la diferencian en edad temprana, entre los 11 y 14 años de edad, y un segundo periodo de juventud que abarca las edades entre los 15 y 20 años, aunque mencionan que algunos autores la dividen en tres fases: temprana, media y tardía.

La UNICEF (2011) también utiliza un enfoque de adolescencia temprana y tardía, aunque varían los rangos de edades, estableciendo que la adolescencia temprana abarca de los 10 a los 14 años de edad y la tardía, de los 15 a los 19 años.

Sin embargo, para la presente investigación se utilizará el enfoque planteado en la *Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia* de Costa Rica (PANI-UNICEF, 2009), en el cual, a través de una consulta nacional, se establecen las siguientes etapas del

desarrollo de los niños, niñas y adolescentes: período prenatal (de la concepción al nacimiento), infancia (del nacimiento a los 2 años), niñez temprana (de los 3 a los 6 años), niñez media (de los 7 a los 11 años), primera etapa de la adolescencia (de los 12 a los 14 años) y segunda etapa de la adolescencia (de los 15 a los 17 años). Las cuales se adaptan a la realidad jurídica costarricense, tanto para establecimiento de los derechos y deberes, como para los procesos penales juveniles.

Según esta diferenciación, se tienen dos etapas en la adolescencia: la primera o temprana, y la segunda o tardía.

Adolescencia temprana

Abarca desde los 12 hasta los 14 años y se reconoce como una etapa de la adquisición de las primeras responsabilidades, así como de autoafirmación e inicio de la exploración de la propia sexualidad (PANI-UNICEF, 2009).

Según UNICEF (2011), sus principales características son las relacionadas con los cambios físicos y psicológicos, principalmente ocasionado con el hecho de que el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto que las redes neuronales se reorganizan radicalmente, lo que conlleva a repercusiones sobre la capacidad emocional, física y mental.

Por ello, la adolescencia temprana debería ser un periodo en el que las adolescentes y los adolescentes cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la

realización de funciones propias de la adultez y con el pleno apoyo de personas adultas responsables en el hogar, la escuela y la comunidad, incluso si su medio de desarrollo es un centro penitenciario o de ayuda social (UNICEF, 2011).

Adolescencia tardía

Abarca de los 15 a los 17 años, ya que se considera a la persona como un adulto a nivel legal a partir de los 18 años (PANI-UNICEF, 2009).

El cerebro continúa desarrollándose y reorganizándose para esta etapa, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. En la adolescencia tardía las opiniones de los miembros del grupo de la persona adolescente tienden a ser importantes al comienzo; pero esto disminuye en la medida en que adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus opiniones propias (UNICEF, 2011).

De hecho, Cabezuelo y Frontera (2010), exponen que los jóvenes y las jóvenes viven en una permanente inseguridad, ya que tiene que elegir entre opciones contradictorias: la dualidad entre sus concepciones de dependencia física y psíquica de la familia, y su necesidad de independencia, lo cual ocasiona grandes cambios de humor y conflictos.

Estos autores explican que, como parte del desarrollo psicomotor de los adolescentes y las adolescentes, existen nuevas energías vitales que aumentan su capacidad intelectual y, por ende, poseen un mejor razonamiento reflexivo y crítico; no obstante, dudan de todo y lo buscan todo, ya que es parte del proceso de construcción de su “yo” diferenciado. Además, necesitan ser reconocidos y aceptados, no solo por su familia, sino

también por su círculo de amistades, además, requieren ser provistos de cumplidos y cualidades positivas que solidifiquen su autoestima.

A lo anterior, los autores Cabezuelo y Frontera (2010), le denominan la “crisis” de la adolescencia que, aunque es necesaria para la construcción del propio “yo”, tiene el peligro de poder provocar situaciones de riesgo y de no integración.

Finalmente, todas las características vistas denotan cómo la adolescencia es una etapa trascendental de la vida, en la cual la persona necesita atención y protección especial, que debe ser garantizada por la sociedad y, particularmente, por el Estado. Es por ello que, a continuación, se presenta el Código de la Niñez y la Adolescencia; el cual establece, a nivel nacional, el marco jurídico mínimo para garantizar la “protección integral de los derechos de las personas menores de edad” (Costa Rica, 2013, p.7).

2.2.2 Código de la Niñez y la Adolescencia: un marco de protección especial

El 6 de febrero de 1998 se publica en el país el *Código de la Niñez y la Adolescencia* (CNA), el cual se constituye en la “legislación nacional de mayor importancia” (Martin, 2008, párr.1) en torno al tema de cuidados y asistencia especial a la que tienen derecho los niños, las niñas y la persona adolescente.

La ley posee un apartado inicial de disposiciones generales, en el cual se delimita su carácter de acción. Establece que este código se aplica a todas las personas menores de edad, siendo considerados niños y niñas todas aquellas personas menores de 12 años, y adolescentes quienes tengan edades comprendidas entre los 12 y 18 años; además menciona que ante el desconocimiento de la edad de una persona primara la condición de adolescente

antes de la de adulto y la de niño o niña antes de la de adolescente, esto con el fin de garantizar en todo momento la protección especial a esta población (Costa Rica, 2013).

Seguidamente, se determina que todas las políticas estatales en relación con las personas menores de edad, incluidas las disposiciones de este código, tendrán como fin velar por el interés superior de esta población; el cual “garantiza el respeto de sus derechos en un ambiente físico y mental sano, en procura del pleno desarrollo personal” (Costa Rica, 2013, p.7-8), tomando en cuenta las características individuales de la persona y las condiciones sociales y ambientales en las que se desarrolla.

En un segundo apartado el CNA (Costa Rica, 2013) hace alusión a los derechos y las obligaciones fundamentales de las personas menores de edad. Establece que los niños, las niñas y los adolescentes tienen los siguientes derechos:

- Derecho a la vida, desde el momento de la concepción.
- Derecho a la protección estatal, para este fin el Estado costarricense contará con instituciones como el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), el Ministerio de Trabajo y la Seguridad Social.
- Derecho a la libertad de pensamiento, culto y opinión.
- Derecho al libre tránsito.
- Derecho a la libre asociación, mientras esta asociación sea con fines lícitos.
- Derecho a protección ante la amenaza de un peligro grave.
- Derecho a información veraz que fomente su desarrollo social, espiritual, físico y mental.

- Derecho a la identidad, es decir, poseer un nombre y una nacionalidad, así como un documento que pruebe su identidad, lo que debe ser garantizado por el Estado.
- Derecho a la integridad, en donde se incluyó posteriormente su derecho a ser disciplinados con orientación y acompañamiento, no con castigos físicos o humillantes que violenten su integridad. Es importante recalcar que este artículo establece que este derecho debe ser respetado, no solamente por la familia, sino por todos aquellos centros en los que se reciba a esta población, incluidos los centros penales juveniles.
- Derecho a la privacidad.
- Derecho al honor.
- Derecho a la imagen, donde queda prohibida toda reproducción de imágenes o información personal, sin autorización judicial, de una persona menor de edad que haya cometido o haya sido víctima de un delito.
- Derecho a la vida familiar.
- Derecho a la educación y crianza en un hogar.
- Derecho a la permanencia con la familia, excepto en situaciones especiales que sean establecidas por la ley.
- Derecho a tener contacto con el círculo familiar en caso de que el menor de edad haya sido separado de su familia, esto tomando siempre en cuenta la decisión de esta persona de mantener ese contacto.
- Derecho a la prestación alimentaria por parte de la familia; la cual incluye la educación, los gastos médicos y atención especializada en casos de abuso o violencia. En caso de que la familia no pueda suplirlos, para las personas menores de edad o las mujeres embarazadas, el Estado contará con instituciones dedicadas a dar el subsidio necesario.

- Derecho a la atención médica gratuita y costeadada por el Estado.
- Derecho a la Seguridad Social, así como a la vacunación y controles médicos.
- Derecho al tratamiento contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA).
- Derecho a recibir educación para el desarrollo de sus potencialidades, así como de permanecer en el sistema educativo de forma gratuita y obligatoria, ser tratados en igualdad de condiciones y ser respetados como sujetos de derechos. Para garantizar estos principios educativos, se encontrará el Ministerio de Educación Pública (MEP).
- Derecho a participar de actividades culturales y recreativas, así como de disponer de lugares especializados donde se puedan desarrollar y de recursos audiovisuales.
- Derecho a trabajar para terceros o en negocios familiares después de los 15 años, mientras esto no interfiera con su derecho a la educación; teniendo los mismos derechos de otros trabajadores, y restricciones especiales para su condición. Dicha protección deberá ser brindada por el Ministerio de Trabajo y la Seguridad Social, mediante la regulación de los contratos a adolescentes y la vigilancia de su cumplimiento.
- Derecho a seguros, tanto el de Seguridad Social como el de riesgos del trabajo subsidiado por el Instituto Nacional de Seguros (INS).
- Derecho a denunciar cualquier acción que sea cometida en perjuicio de su persona, así como de iniciar los procesos judiciales necesarios; en los que tendrán derecho a ser escuchados en su idioma, asistir a las audiencias en compañía de un profesional de trabajo social o psicología, o de alguien de su confianza, recibir información clara y precisa, tener medidas de protección e impugnar las decisiones judiciales.

De igual forma, al ser considerados sujetos de derechos a partir de la Convención sobre Derechos del Niño (UNICEF, 2006), los menores de edad también adquieren responsabilidades que deben cumplir, el CNA (Costa Rica, 2013) menciona los siguientes:

- Deber de respetar las restricciones establecidas en la ley, la moral y el orden público.
- Deberes educativos como asistir regularmente a lecciones, respetar a los profesores y las profesoras, cumplir con los reglamentos de las instituciones educativas y participar del proceso de aprendizaje.

En un tercer apartado, el Código reafirma las garantías procesales que poseen los menores de edad, las cuales serán detalladas más adelante en la Ley Penal Juvenil, pero que, en general, establecen que el Estado les garantizará una defensa y representación gratuita, un proceso oral y público, igualdad y su derecho a ser escuchados durante el proceso. Para esto el Organismo de Investigación Judicial (OIJ) deberá contar con jueces e interrogadores especializados en población menor de edad (Costa Rica, 2013).

2.3 Delito y Derecho Penal Juvenil

La comisión de un delito es un hecho complejo, que puede ser ocasionado por múltiples razones; de modo que, para tratar de comprender de mejor manera a los adolescentes infractores de la ley, es necesario hacer una descripción de la teoría del delito, así como exponer el fundamento del derecho penal juvenil y las adaptaciones especiales de la ley para la población adolescente.

2.3.1 Teoría del delito

La teoría del delito forma un marco sobre cómo deben tratarse los acontecimientos en los que se aplica la ley; establece que, a un nivel prejurídico, se entiende por delito toda “perturbación grave del orden social” (Bacigalupo, 1985, p.13); sin embargo, esta definición no abarca todos los factores necesarios para establecer que algo es ilícito en un sistema judicial.

Según Bacigalupo (1985), las acciones que perturban el orden social deben contener tres elementos básicos para ser considerados un delito en el sistema penal:

- Ser una acción típica (que se encuentre prohibida por una norma).
- Antijurídica (que no esté autorizada en las circunstancias en las que se realizó).
- Culpable (que el autor del hecho sea responsable).

De esta manera, se pueden clasificar los delitos en delitos de comisión, donde hay una acción en contra del bien jurídico, o de omisión, donde la falta de una acción pertinente ocasiona el daño a este bien; asimismo, cada uno de ellos se clasifica en dolosos, si hubo

voluntad de la persona, o culposos, si el daño se produjo porque no se tuvieron los cuidados necesarios para evitar el daño (Bacigalupo, 1985).

Este mismo autor menciona que existen varias teorías para determinar si una acción es ilícita. Establece que para algunos lo primordial es comprobar que ocurrió un daño a un bien jurídico, es decir, que lo que prima es el resultado obtenido de la acción ilícita (teoría casual), mientras que para otros se debe considerar, ante todo, lo que el autor de la acción quería (teoría personal), por lo que es igual de importante el resultado de la acción como el deseo del autor de realizar el ilícito.

Además, Bacigalupo (1985) establece que, para considerar algo como ilícito, deben tomarse en cuenta tres elementos que son la acción, el tipo penal y la tipicidad, y la justificación.

La acción se define como “un comportamiento exterior evitable” (Bacigalupo, 1985, p.28), por lo que el autor debía tener la posibilidad de actuar diferente y de dirigir la acción de forma consciente para que sea considerada como una acción.

El tipo penal y la tipicidad hacen alusión a describir si una conducta es prohibida por una norma y sancionada ante la ley, en este sentido, se distinguen delitos de actividad, de peligro (una acción peligrosa o que ponga en peligro el bien jurídico), de lesión y especiales; estos últimos requieren que la persona autora tenga condiciones especiales para poder realizarlo (Bacigalupo, 1985).

Además, Bacigalupo (1985) menciona que se debe establecer si las circunstancias en las que ocurrió la acción típica eran justificables o no, para ello es importante tomar en

cuenta si existía un estado de necesidad que justificara la comisión del delito, o si la acción típica se realizó en legítima defensa.

Por último, este autor menciona que se han utilizado varias teorías para establecer la causalidad del delito, pero que la mayoría presenta deficiencias a la hora de su aplicación en el proceso penal, por lo que considera que la más adecuada es la teoría de la imputación objetiva, en la que se debe comprobar que la acción realizada por la persona haya creado un peligro no permitido y que este peligro se realice, generando algún daño al bien jurídico.

Esta teoría del delito, expuesta anteriormente, permite sentar una base para el procesamiento de las personas que han cometido un acto delictivo, al esclarecer conceptos básicos relacionados con la imputación. Sin embargo, es importante notar que todos los procesos penales son distintos y que, en el caso de una población especial como la adolescente, se debe orientar el proceso hacia el cumplimiento de la ley, sin perder la protección de sus derechos especiales, para lo cual se establece una rama del derecho penal conocida como derecho penal juvenil.

2.3.2 Derecho Penal Juvenil

En relación con el derecho penal juvenil se tratará el tema del nuevo paradigma, que involucra la incorporación de los derechos humanos y de los niños, las niñas y los adolescentes en el código procesal juvenil.

Este nuevo paradigma hace alusión a que toda persona menor de 18 años debe ser considerada como un ser de derechos y no únicamente como un objeto tutelado por el Estado y la familia, ya que esta concepción permitía que se dieran muchas restricciones a

los derechos fundamentales de los jóvenes y las jóvenes que eran requeridos con fines judiciales (Llobet, 2002).

Llobet (2002) menciona que, a raíz de esta nueva concepción, se permitió incorporar los mismos derechos que goza un adulto imputado; así como tomar en cuenta derechos especiales que, por sus características propias, deben ser otorgados a las personas adolescentes, los cuales están basados esencialmente en el principio educativo.

Según este autor, dicho principio busca principalmente evitar la reincidencia de la persona, así como garantizar que se cumplan los derechos educativos de todo joven, tratando de promover un desarrollo integral de la persona.

Llobet (2002) establece que las sanciones se deben basar en este principio educativo y lo que se busca es prevenir antes que sancionar, priorizar la desformalización de la justicia penal juvenil, preferir sanciones no privativas de libertad y velar por la vigencia del principio educativo en la determinación y ejecución de las sanciones.

El principio de prevenir antes de sancionar establece que para combatir la delincuencia se debe, ante todo, trabajar en las causas sociales que generan estas conductas en los adolescentes y las adolescentes, las cuales abarcan las condiciones de extrema pobreza en las que viven, que los lleva a cometer delitos para sobrevivir y a haber sido testigos de delitos graves, entre muchas otras causas. Se trata de reconocer que la solución no se encuentra en generar sanciones de mayor duración, ya que la mayoría de los infractores no piensan en las consecuencias a largo plazo, sino en medidas preventivas de carácter social y educativo, especialmente que involucren a jóvenes en riesgo social y condiciones de vulnerabilidad (Llobet, 2002).

Se recalca la importancia de la prevención, no solo en la familia, promoviendo un entorno sano y estable, sino también:

(...) la responsabilidad de la comunidad prestando asistencia a los jóvenes que no puedan vivir con sus padres o no tengan hogar y a los toxicómanos. Se hace referencia a la de los medios de comunicación en reducir en sus mensajes el nivel de violencia, pornografía y drogadicción, unido todo a la obligación estatal de prestar servicios adecuados de atención médica, salud mental, nutrición, vivienda y los demás servicios necesarios, en particular la prevención y tratamiento del uso indebido de drogas y alcohol. (Llobet, 2002, p. 52-53)

El principio de desformalización de la justicia penal juvenil busca que no se establezcan sanciones como tales, de manera que se puedan llegar a conciliaciones y otras formas de resolución, sin necesidad de establecer una sentencia condenatoria que acarrea todo un estigma social para los jóvenes y las jóvenes (Llobet, 2002).

Llobet (2002) menciona que en caso de que dichas conciliaciones no pudieran ser llevados a cabo, al establecer la sentencia condenatoria, se debe buscar sanciones que no sean privativas de la libertad, y dejar los centros penitenciarios especializados como último recurso, ya que el sistema carcelario tiende a desestructurar a la persona.

Finalmente, este autor plantea que lo fundamental es considerar el principio educativo en la justicia penal juvenil, ya que este ejerce un papel protector que aminora “la reacción penal estatal, buscando la menor injerencia posible en los derechos del joven” (Llobet, 2002, p.59).

Siguiendo este modelo de justicia penal juvenil, se creó la Ley de Justicia Penal Juvenil, expuesta a continuación.

2.3.2.1 Ley de Justicia Penal Juvenil

Esta ley es creada en 1996 como respuesta a la Convención sobre los Derechos del Niño, la cual fue ratificada por Costa Rica y puesta en vigencia en 1990. En esta convención, se da un primer reconocimiento internacional a las personas menores de 18 años como sujetos de derechos, así como merecedores de derechos especiales por su condición específica (Tiffer, 2004; UNICEF, 2006); lo cual es respaldado por los derechos y garantías contenidas en la Constitución Política del país (Costa Rica, 1993).

En el artículo 40 de la convención citada anteriormente, se establecen los derechos de los menores de edad que se presume han infringido leyes penales y se determina que se deben crear leyes y organismos especiales en materia penal juvenil para juzgar a los menores de edad infractores; el artículo en su inciso tres reza de la siguiente forma: “Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para promover el establecimiento de leyes, procedimientos, autoridades e instituciones específicos para los niños que se alegue que han infringido las leyes penales” (UNICEF, 2006, p.30).

De igual forma, la Convención menciona que se debe dar el establecimiento de una edad mínima para el procesamiento dentro de la ley penal juvenil, siendo los menores de esa edad considerados incapaces de infringir con culpabilidad la ley. Se establece, además, que se debe buscar ante todo la reinserción a la sociedad de las jóvenes y los jóvenes infractores, por lo que se deberán adoptar medidas alternativas al procedimiento judicial siempre que sea posible (UNICEF, 2006).

Es importante notar que Costa Rica tuvo que modificar el Código Penal vigente hasta el momento, en el cual se establecían los 17 años como la edad mínima para ser

juzgado bajo el Código Penal, y los menores de esta edad eran amparados bajo la Ley Orgánica de Jurisdicción Tutelar de Menores, la cual se encargaba de fiscalizar todos los procesos de menores en condición irregular (Tiffer, 2004).

Es así como la Ley de Justicia Penal Juvenil enmarca, dentro de la legislación nacional, cómo se debe dar el proceso penal en adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y 18 años, diferenciando las sanciones en dos grupos: los jóvenes de 12 a 15 años y los jóvenes de 15 a 18 años (Costa Rica, 2000); esto, según Tiffer (2004), con el fin de reconocer las diferencias en su desarrollo y que las personas de menor edad tengan una aplicación de la ley más ventajosa. En caso de los menores de 12 años que se presume han cometido un delito, se establece que deberán ser remitidos al PANI, el cual se encargará de darle una asistencia adecuada al caso (Costa Rica, 2000).

Esta ley se basa en el principio rector de protección integral de las personas menores de edad, buscando siempre su “interés superior, el respeto de sus derechos, su formación integral y la reinserción en la familia y la sociedad” (Tiffer, 2004, p.43). De esta forma, la ley establece que los menores de edad en un proceso judicial tendrán las mismas garantías procesales que una persona adulta, más aquellas que su condición especial amerite, entre las que se encuentran:

- Derecho a la igualdad y a no ser discriminados en todo el proceso judicial.
- Principio de justicia especializada, de modo que le competará a organismos especializados en derecho penal juvenil la aplicación de la ley en menores de edad.
- Principio de legalidad, por lo que no podrán ser juzgados o sancionados por hechos no tipificados como delito.

- Principio de lesividad, que determina que se necesita que exista un daño o que se haya puesto en peligro un bien jurídico, para que la persona menor de edad pueda ser sancionada.
- Ser considerado inocente en todo momento, hasta que no se demuestre lo contrario por medios legales.
- Derecho al debido proceso penal, así como su responsabilidad con sanciones en caso de ser culpables.
- Derecho a abstenerse de declarar.
- Principio de “*Non bis in idem*”, que establece que no pueden ser juzgados dos veces por la misma causa.
- Principio de aplicación de la ley y la norma más favorable, por lo que en caso de poder aplicarse dos normas se debe aplicar la que resulte más favorable.
- Derecho a la privacidad, tanto de su vida personal e identidad, como de su familia.
- Principio de confidencialidad de los hechos cometidos.
- Principio de inviolabilidad a la defensa y derecho a tener una defensa legal por una persona competente durante todo el proceso judicial.
- Principio de racionalidad y proporcionalidad, que establece que las sanciones deben ser racionales y proporcionales al delito cometido.
- Derecho a ser ubicados en centros de internamiento especializados, que sean exclusivos para menores de edad.

(Costa Rica, 2000)

Tal y como se especifica en la Convención sobre los Derechos del Niño (UNICEF, 2006), esta ley también hace referencia a la creación de los organismos especializados en

materia penal juvenil, como lo son los juzgados penales juveniles, los tribunales penales juveniles y la policía judicial juvenil, así como a las funciones que les competen a cada uno. De igual forma, se determinan las funciones del Ministerio Público y del PANI en el proceso de juzgamiento de un menor de edad, este último es el ente encargado de velar por que se cumplan las disposiciones legales en beneficio de las personas menores de edad bajo investigación judicial (Costa Rica, 2000).

Además, la ley establece que, dado que lo que se busca es el mayor beneficio del menor de edad en proceso judicial, el internamiento deberá ser usado como última opción, y la detención provisional será usada solo en casos en los que exista un riesgo razonable de que el menor enjuiciado evada la ley, destruya u obstaculice las pruebas o vaya a atentar contra la vida de las víctimas, denunciantes o testigos involucrados en el proceso; esta medida preventiva no podrá superar los dos meses y se extenderá por dos meses adicionales en caso de necesitar prolongarse (Costa Rica, 2000; Tiffer, 2004).

Es importante rescatar que la ley establece que los menores de edad en condición de indiciados deberán ser separados, dentro del centro, de aquellos que se encuentran con una condena establecida; esto velando por un adecuado desarrollo y protección de menores que todavía se presumen inocentes (Tiffer, 2004).

Cuando se establezca una acusación contra un menor de edad y se estime que es posible aplicar una sanción privativa de libertad, el juez penal juvenil deberá ordenar la realización de un estudio psicosocial del menor o la menor en cuestión (Costa Rica, 2000).

Finalmente, en relación con las sanciones, se menciona que se puede realizar un estudio clínico por parte del Departamento de Medicina Legal del OIJ, para determinar el

consumo de sustancias psicoactivas de los menores de edad y establecer una sanción de internamiento en algún centro especializado en adicciones (Costa Rica, 2000).

Para determinar la sanción, el Juez Penal Juvenil deberá hacer un estudio tomando en cuenta la edad de la persona, la comprobación del hecho, la vida del menor y sus circunstancias personales, familiares y sociales, la disposición a reparar los daños y la capacidad de cumplir la sanción.

Las sanciones establecidas por esta ley se dividen en dos tipos:

1. Socio-educativas: comprenden la amonestación y advertencia, libertad asistida, prestación de servicios comunitarios o reparación de daños a la víctima.
2. Órdenes de orientación y supervisión: entre las cuales están fijar un lugar de residencia determinado por el juez penal, abandonar el trato con determinadas personas o la visita a ciertos lugares (como bares o centro de entretenimiento específicos), iniciar un proceso de aprendizaje en un centro educativo o en algún oficio, adquirir un trabajo, abstenerse de consumir drogas legales o ilegales, así como internarse en un centro especializado. Por último, las sanciones privativas de libertad incluyen el internamiento domiciliario, durante el tiempo libre o en centros especializados; este último será máximo de 10 años para jóvenes entre 12 y 15 años, y máximo de 15 años para mayores de 15 y menores de 18 años.

(Costa Rica, 2000)

2.4 Salud y Determinantes Sociales

Como parte del presente trabajo de investigación, es necesario establecer una definición de salud, así como estudiar la implicación que tienen los determinantes sociales de la salud en el grupo de población en estudio, con el fin de realizar un análisis integral de su situación.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2007) define la salud como

(...) un fenómeno con implicaciones sociales, económicas y políticas y, sobre todo, un derecho fundamental, y las desigualdades, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia están entre las causas más importantes de los problemas de salud que afectan a la gente pobre y marginada. (p.3)

Entendiendo la salud de esta forma, se evidencia que hay muchos factores que intervienen en ella, los cuales producen un estado positivo o negativo; esos factores son los determinantes sociales, los cuales son entendidos como el “conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones” (OMS, 1998, p.16).

En relación con este enfoque particular en el que trabajan los determinantes sociales, Viner *et al.* (2012) mencionan que es necesario comprender

(...) cómo las causas de los problemas individuales se relacionan con las causas en la incidencia poblacional, cómo las diferencias entre individuos se relacionan con las diferencias entre poblaciones y cómo los factores como el gradiente social y la cultura afectan los resultados en salud. (p.1)

Estas diferencias que mencionan los autores se refieren a las desigualdades sociales que no se fundamentan en los principios de equidad, los cuales son la justicia social y los derechos humanos; por lo que, además de ser una desigualdad también corresponde a una inequidad, al respecto, Whitehead (1990) indica que “el término inequidad tiene una dimensión moral y ética. Se refiere a las diferencias que son innecesarias y evitables, pero, además, también se consideran injustas” (p.5).

Con respecto a la forma en la que los determinantes sociales y las inequidades afectan la salud de la población adolescente, Viner *et al.* (2012) mencionan que es crucial el impacto no solo en esta población, sino también en la salud de la población en general y al desarrollo económico de las naciones. Además, acotan que, durante la adolescencia, los efectos relacionados con la pubertad y el desarrollo cerebral llevan a la adopción de nuevas conductas y capacidades que pueden alterar las funciones a nivel familiar, educativo, con el grupo de pares y conductas relacionadas con la salud, dentro de las que se puede catalogar el consumo de drogas y la exposición a peligros.

Finalmente, la OMS (2010), a través de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), establece que existen tres elementos en el marco de acción de estos determinantes: el contexto político y socioeconómico, los determinantes estructurales y posición socio-económica, y los determinantes intermedios; que, en ese orden, tienen un impacto en la equidad, en la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones.

2.4.1 Contexto político y socio-económico.

Contexto es un término muy amplio que se refiere a la gama de factores de la sociedad que no se pueden medir directamente en el nivel individual; por lo tanto, abarca

un amplio conjunto de aspectos estructurales, culturales y funcionales de un sistema social cuyo impacto en los individuos tiende a eludir la cuantificación, pero que ejercen una poderosa influencia formativa sobre las pautas de estratificación social y, por lo tanto, las oportunidades de salud de las personas (OMS, 2010).

Dentro del contexto, según lo menciona la CDSS (OMS, 2010) se encuentran los mecanismos sociales y políticos que generan, configuran y mantienen las jerarquías sociales, como por ejemplo el mercado de trabajo, el sistema educativo y las instituciones políticas, incluyendo el estado de bienestar.

Se debe hacer énfasis en que las políticas tienen gran importancia en el sistema de salud, ya que definen muchas de las pautas a seguir en aspectos como infraestructura, presupuestos y programas. Además, es importante aclarar que los factores que influyen en el contexto varían de un país a otro; por lo tanto, es importante conocer al menos seis puntos que, según la CDSS (OMS, 2010) son clave en el reconocimiento de los determinantes en un contexto específico:

1. Gobernanza: en el sentido más amplio, incluye la definición de las necesidades, los patrones de discriminación, participación de la sociedad civil y la rendición de cuentas, además de la transparencia en la administración pública.
2. Política macroeconómica: abarca las políticas fiscales, monetarias, de balanza de pagos, y políticas comerciales, además de estructuras del mercado de trabajo.
3. Políticas sociales: afectan factores tales como el trabajo, el bienestar social, la distribución de la tierra y la vivienda.
4. Políticas públicas: áreas relevantes como la educación, atención médica, agua y saneamiento.

5. Valores culturales y sociales: ya que el valor asignado a la salud y el grado en que la salud es vista como una preocupación social colectiva difiere enormemente entre los contextos regionales y nacionales.
6. Condiciones epidemiológicas: especialmente en el caso de grandes epidemias, que ejercen una poderosa influencia sobre las estructuras sociales, por lo que deben tenerse en cuenta en la fijación de la política mundial y nacional.

2.4.2 Determinantes estructurales y posición socio-económica.

Se utiliza el término determinantes estructurales para referirse específicamente a los componentes de la situación socio-económica de las personas. Según la OMS (2010), estos, junto con los expuestos anteriormente, constituyen lo que se denomina determinantes sociales de las desigualdades en salud y corresponden a los procesos sociales que configuran la distribución de los determinantes sociales intermedios.

Para clarificar más el concepto de determinantes estructurales, la CDSS añade:

Dentro de cada sociedad, los materiales y otros recursos se distribuyen de manera desigual. Esta desigualdad se presenta como un sistema de estratificación social o jerarquía social. Las personas alcanzan diferentes posiciones en la jerarquía social, principalmente en función de su clase social, situación laboral, nivel educacional y nivel de ingresos. Su posición en el sistema de estratificación social se puede resumir en su situación socio-económica. (OMS, 2010, p.28)

De esta forma, la OMS (2010) establece las variables utilizadas para operacionalizar la posición socioeconómica de las personas, las cuales se resumen a continuación:

1. Ingreso: es el indicador de la posición socioeconómica que mide más directamente el componente de recursos materiales. Al igual que con otros indicadores, como el de educación, el ingreso tiene una relación “dosis-respuesta” en cuanto a la salud y puede influir en una amplia gama de circunstancias materiales con implicaciones directas para la salud.
2. Educación: es un indicador utilizado frecuentemente en epidemiología y tiene gran relación con el estado de salud; en el adulto, ambos indicadores están fuertemente relacionados con la posición socioeconómica durante la niñez. Asimismo, el nivel educativo se relaciona con la recepción y aplicación adecuada de la información relevante en materia de salud. Con respecto a la educación y su importancia en la población adolescente, Viner *et al.* (2012) refieren que hay estudios que demuestran que completar la educación secundaria provee muchos beneficios para las personas adolescentes, con una influencia positiva en su salud y bienestar, además del empoderamiento que la educación provee para que la población adolescente tome responsabilidades sobre sus propias vidas.
3. Ocupación: Kunst y Mackenbach, citados por la OMS (2010), destacan que esta medida es relevante, ya que determina el lugar de la persona en la jerarquía social. Además, mencionan a Weber, quien hace referencia a que la ocupación es el reflejo de la persona en la sociedad, relacionado con su posición social, ingresos e intelecto.
4. Clase Social: se define por las relaciones de propiedad o control sobre los recursos productivos. La clase social constituye un mecanismo relacional explícito de propiedad-control, que explica cómo se generan las desigualdades económicas y cómo estas pueden afectar la salud. Además, se menciona que no se define de acuerdo con un orden o jerarquía, sino según las relaciones de poder y control.

5. Género: se refiere a las características de las mujeres y los hombres construidas socialmente, mientras que el "sexo" designa a aquellas características que son determinadas biológicamente. Género implica “convenios ligados a la cultura, roles y conductas” (OMS, 2010, p.33), los cuales forman las relaciones entre las mujeres y los hombres, y entre los niños y las niñas. Los modelos socialmente construidos de la masculinidad pueden tener consecuencias perjudiciales para la salud de los hombres y los niños (por ejemplo, cuando estos modelos fomentan la violencia o el abuso del alcohol), así como para las mujeres y las niñas (por ejemplo la discriminación sistemática en cuanto a menor acceso al poder, prestigio y recursos). Por lo anterior, Doyal argumenta que "la eliminación de las desigualdades de género en el acceso a los recursos" (citado por OMS, 2010, p.32) sería uno de los pasos más importantes, a nivel político, hacia la equidad de género en salud.
6. Etnia: construcciones de diferencias raciales o étnicas son la base de las divisiones sociales y las prácticas discriminatorias en muchos contextos. Como señala Krieger, citado por OMS (2010), es importante tener claro que la “raza/etnia es una categoría social, no biológica” (p.32). El término se refiere a los grupos sociales que comparten herencia cultural y ascendencia. En las sociedades marcadas por la discriminación racial y la exclusión, las personas que pertenecen a un grupo racial/étnico marginado se ven afectadas a nivel de oportunidades a lo largo de todo el ciclo vital; además, el estado de salud y los resultados entre los grupos raciales/étnicos oprimidos son, a menudo, mucho peores que los registrados en los grupos más privilegiados o el promedio de la población. Como resultado de esa discriminación étnica, estos grupos poblacionales también sufren de bajos ingresos, educación deficiente, condiciones desfavorables en sus viviendas, entre otros.

2.4.3 Determinantes intermedios

Los determinantes estructurales operan a través de lo que se denominan factores sociales intermedios, los cuales están vinculados a un conjunto de influencias a nivel individual, como los comportamientos relacionados con la salud y los factores fisiológicos. Dentro de esta categoría, se encuentran las circunstancias de la vida diaria; entre las que se pueden mencionar, según Viner *et al.* (2012), la calidad del ambiente familiar y las relaciones con los pares, la disponibilidad de alimento, la vivienda, la recreación y el acceso a la educación. Además, estos autores indican que “estos determinantes intermedios establecen diferencias individuales en factores de exposición y vulnerabilidad que comprometen la salud” (p.3).

Por último, la OMS (2010) menciona que las principales categorías de los determinantes intermedios de la salud son las circunstancias materiales, las circunstancias psicosociales, de comportamiento o factores biológicos, y el sistema de salud como un determinante social.

Circunstancias materiales

Incluyen factores relacionados con el entorno físico, como la vivienda, en relación tanto a la vivienda, como a su ubicación; el potencial de consumo, es decir, los medios económicos para comprar alimentos sanos, ropa, servicios, etc.; y los entornos locales de trabajo físico (OMS, 2010).

Según lo menciona la OMS (2010), las circunstancias materiales son directamente significativas para considerar el estado de salud de las personas, por ejemplo, las características de la vivienda: su estructura, condiciones internas como humedad, frío y

contaminación; además de las condiciones exteriores de esta, el acceso a servicios básicos como agua potable, electricidad, las condiciones del servicio sanitario (si se encuentra dentro o fuera de la casa), entre otros. Otro factor relacionado con las condiciones de la vivienda es el hacinamiento, que ha mostrado un fuerte impacto en el estado de salud de las personas.

En función de su calidad, esta organización resalta que las circunstancias materiales pueden proporcionar recursos para la salud o contener riesgos para esta.

Circunstancias psicosociales

Según la OMS (2010), se incluyen factores estresantes psicosociales en estas circunstancias, por ejemplo, los eventos negativos de la vida, la tensión de trabajo; y las circunstancias estresantes de vida, por ejemplo, las deudas, la falta de apoyo social y estilos de afrontamiento, etc.

Los diferentes grupos sociales están expuestos a distintos grados de experiencias y situaciones de vida, que se perciben como amenazantes, aterradores y difíciles de tratar. Esto explica, en parte, el patrón a largo plazo de las desigualdades sociales en salud. El estrés puede ser un factor causal y un factor que desencadena muchas formas de enfermedad, es perjudicial a largo plazo, ya que puede ser también parte del complejo causal detrás de muchas enfermedades somáticas (OMS, 2010).

Con respecto a la función social, Viner *et al.* (2012) refieren que esta toma importancia una vez que se presenta un incremento en la autonomía y el tiempo que las adolescentes y los adolescentes pasan fuera de sus hogares, por lo tanto, el acceso a recursos y servicios y la eficacia de estos, la supervisión y normas sociales, y la conexión

con otras personas fuera de su espacio familiar son elementos que potencialmente pueden afectar la salud de dicha población. Además, indican que hay evidencia de que los elementos sociales, en los que se incluyen los niveles de apoyo y cohesión social, la participación cívica y comunitaria, así como la diversidad de relaciones sociales, promueven mejores resultados en la salud de la persona adolescente.

Factores conductuales y biológicos

La CDSS (OMS, 2010) menciona que los factores conductuales incluyen el tabaquismo, la dieta, el consumo de alcohol y la falta de ejercicio físico, aspectos que pueden ser para proteger y mejorar la salud o para dañarla. En los factores biológicos, se incluyen factores genéticos y, desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, la distribución en cuanto a la edad y el sexo.

Hay una relación biológico-conductual muy importante en la población adolescente, debido a la correspondencia que mencionan Viner *et al.* (2012) con respecto al acelerado desarrollo del sistema nervioso central y de otros sistemas biológicos, con la adopción de nuevos comportamientos; y cómo esta relación puede ser positiva o negativa dependiendo de otros factores ya mencionados, como el nivel educacional, el apoyo familiar, la influencia del grupo de pares, el consumo de sustancias, el contexto social, entre otros.

Las inequidades sociales en salud también se asocian con las diferencias en los estilos de vida y los comportamientos; tales diferencias se encuentran en los hábitos alimenticios, actividad física, consumo de alcohol y tabaco (OMS, 2010).

Según la OMS (2010), estos factores conductuales tienen gran relación con las circunstancias materiales y psicosociales, expuestas anteriormente; estas, a su vez, pueden

influir en los comportamientos relacionados con la salud, los cuales también pueden repercutir en lo biológico. Por ejemplo, una dificultad en cuanto al pago del alquiler de una casa (circunstancia material) puede traducirse en un alto nivel de estrés para la persona (circunstancia psicosocial), por lo que adoptará una conducta para compensarlo, como el fumado para reducir la ansiedad y el estrés (factor conductual) lo que puede generar algún problema a nivel respiratorio o cardiovascular (afectación biológica).

El sistema de salud como determinante social

La CDSS (OMS, 2010) menciona que, en un modelo integral, el propio sistema de salud debe ser visto como un determinante intermediario. Lo que está estrechamente relacionado con los modelos de organización de la prestación de servicios de salud personales y no personales; ya que el sistema de salud puede abordar directamente las diferencias en la exposición y la vulnerabilidad, no solo para mejorar el acceso equitativo a la atención, sino también en la promoción de la acción intersectorial para mejorar el estado de salud.

2.4.4 Importancia de la acción intersectorial

Como se ha evidenciado en este tema, los determinantes de la salud, tanto estructurales como intermedios, tienen implicaciones de largo alcance para la política. Tal y como lo menciona la OMS (2010):

Este enfoque particular requiere una acción intersectorial, porque los determinantes estructurales de las inequidades en salud sólo pueden abordarse mediante políticas que van

más allá del sector de la salud. Si el objetivo es atacar las raíces más profundas de las inequidades en salud, es indispensable un enfoque intersectorial. (p.56)

Esta organización menciona que desde la época de Alma-Ata, se ha reconocido una amplia gama de sectores con potencial para influir en los determinantes de la salud y, en algunos casos, las estructuras subyacentes responsables de la distribución desigual de los determinantes entre los grupos sociales. Sectores relevantes incluyen la agricultura, la alimentación y la nutrición, la educación, el género y los derechos de las mujeres, la política de empleo en el mercado laboral, el bienestar y la protección social, la política de las finanzas, el comercio y la industria, la cultura y los medios de comunicación, medio ambiente, agua y saneamiento, hábitat, vivienda, uso de la tierra y la urbanización.

Shannon y Schmidt (citado por OMS, 2010) proponen un marco conceptual para la gobernanza emergente y establecen un modelo de enfoques participativos; los cuales consisten en procesos políticos que, consciente y directamente, se acoplan a las personas interesadas y afectadas por la política de elecciones, así como los funcionarios encargados de hacer y de llevar a cabo las políticas. Afirman que la acción intersectorial y la participación social pueden trabajar juntas para permitir una mayor colaboración, en respuesta a los modos de gobernanza.

Esta participación social y empoderamiento de las personas para convertirse en protagonistas activos en la formación de su propia salud son una dirección crucial para la política en aras de promover la equidad en salud. Aunado a lo anterior, dentro de los derechos humanos, se estipula que las personas tienen el derecho de participar activamente en la formación de políticas sociales y de salud que tengan efecto en sus vidas (OMS, 2010); lo cual se complementa con lo que mencionan Viner *et al.* (2012), quienes indican

que la participación de la población joven en la conformación de políticas que mejoren los servicios de salud y el desarrollo comunitario es un elemento de empoderamiento sobre sus vidas y sobre la situación de la población adolescente en el país.

Ante la pregunta ¿qué se debe hacer para reducir las inequidades en salud?, la CDSS (OMS, 2010) deriva tres orientaciones políticas:

1. Expandir la acción política sobre los determinantes estructurales, de manera que permanezca el abordaje de los determinantes intermedios para mejorar los indicadores de salud promedio, y generar cambios sólidos sobre las inequidades en salud.
2. Formular políticas de implementación intersectorial en donde se identifiquen acciones exitosas sobre los determinantes sociales en las diferentes jurisdicciones y los mecanismos políticos y de gestión que han permitido a estos programas ser eficaces.
3. Diseñar e implementar, en conjunto con la sociedad civil y las comunidades afectadas, políticas para hacer frente a los determinantes de las inequidades en salud.

Bajo este panorama, se logra contextualizar que la situación de salud de las personas se ve influenciada por una multiplicidad de factores, y, sobre estos, se debe actuar para modificar positivamente el estado de salud de la población, pero para lograr esto se requiere un compromiso social y político en el que intervengan muchos campos de acción.

2.5 Relaciones entre uso de drogas, adolescencia, delito y determinantes sociales

Como se ha podido notar en los capítulos anteriores, el fenómeno de las drogas, la adolescencia, la comisión de delitos y los determinantes de las inequidades en salud son temas complejos, que involucran múltiples relaciones en diversos ámbitos. En ese sentido y como parte de los objetivos de esta investigación, es necesario establecer, a nivel teórico, cuáles son las interrelaciones que diversos autores plantean entre el consumo de drogas y la adolescencia, entre el consumo de drogas y la comisión de delitos y entre los determinantes sociales, el uso de drogas, la adolescencia y el delito.

2.5.1 Asociación entre el consumo de drogas y la adolescencia

De acuerdo con el *Manual de Intervención en Drogodependencia* de la Editorial Vértice (2010), las drogas se presentan como un producto importante incluido en la sociedad de consumo y como un medio por el cual, de manera rápida y fácil, se obtiene diversión, placer, evasión, relajamiento y facilidad de socialización.

En el caso de la persona adolescente, esta atractiva presentación de las drogas, sumada al deseo de diferenciación del adulto y experimentación, pueden llevar al inicio del consumo de drogas a edades muy tempranas, donde se es vulnerable y los efectos del consumo pueden no generar preocupación o temor en esta población (Editorial Vértice, 2010).

Mingote y Requena (2013) mencionan que como parte de las experiencias de las jóvenes y los jóvenes, el consumo de sustancias psicoactivas selectas forma parte de la integración con su círculo de amigos y de una mejor aceptación por parte de estos, así como el lograr disfrutar, de una mejor manera, la fiesta o evento en que se encuentren. Además,

expresan que existen factores relacionados con el pensamiento colectivo en las causas que dirigen el consumo de una sustancia psicoactiva por parte de los adolescentes y las adolescentes.

Estos autores explican que es cada vez más frecuente la coexistencia, en población adolescente, de un trastorno psiquiátrico con un problema de consumo de drogas; esto debido a un proceso de “normalización” del abuso de drogas como el alcohol, lo que representa un problema de origen multicausal, en el que pueden intervenir la adherencia al grupo de pares, la experimentación de sensaciones nuevas, la oposición a las normas establecidas por los padres y madres de familia, entre otros.

Los trastornos que más se asocian con los problemas de drogas en los adolescentes, según Mingote y Requena (2013), son los del estado de ánimo, los de conducta y los trastornos de ansiedad, así como los trastornos que tienen que ver con la personalidad límite y antisocial, esto posiblemente debido a que en la sociedad “al adolescente se le suele valorar más por lo que hace que por lo que siente o piensa” (p.374), de modo que no se le dan espacios en los que pueda expresarse libremente, y esto lleva a represiones personales que afectan la salud mental de la persona adolescente.

Finalmente, reforzando lo expuesto por los autores anteriores, Cid-Monckton y Pedrão (2011) mencionan que actualmente el uso, abuso y dependencia a las drogas abarca todos los ámbitos de la convivencia social, de modo que el inicio del consumo de drogas no radica en un factor único, sino que está dado por un conjunto de variables que interactúan, determinando así la incidencia y prevalencia de las adicciones.

En este sentido, se ha identificado la existencia de situaciones potencialmente influyentes o favorecedoras del consumo de drogas, a las que se les ha denominado factores de riesgo; y otras que podrían modificar las acciones de esos factores de riesgo, al desestimular o evitar la aparición de esta problemática, a estas se les ha llamado factores protectores (Cid-Monckton y Pedrão, 2011). Estos factores son de gran importancia, especialmente, en poblaciones susceptibles, como los jóvenes y las jóvenes, por lo que a continuación se presenta un apartado con su debida explicación.

2.5.1.1 Factores de riesgo y factores protectores en población adolescente

De acuerdo con el Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (Ministerio de Salud, 2010), la población adolescente constituye un grupo heterogéneo entre él mismo, pues posee tanto potencialidades como vulnerabilidades y comprende, en muchos casos, la exposición a riesgos que no estaban presentes en la infancia; en esta etapa, la mayoría de los hábitos y comportamientos peligrosos son adquiridos y aunque no producen efectos inmediatos en la salud, su impacto y costo aparece más tarde en la vida.

Por estas características de la persona adolescente, es necesario conocer qué son los factores de riesgo y los factores protectores, para posteriormente analizar su influencia en la adquisición de conductas de riesgo como lo son el consumo de drogas y la comisión de delitos.

El PENSPA (Ministerio de Salud, 2010) explica que se entiende por **factor de riesgo** cualquier característica o cualidad de una persona, comunidad o del entorno, que tiene una elevada probabilidad de dañar la salud. Se asume así, que si una persona está expuesta a varios factores de riesgo, es muy probable que enferme; no obstante, se aclara

que no todo factor de riesgo se traduce en una conducta de riesgo en la adolescencia ni se llega necesariamente a alcanzar consecuencias negativas en la salud. Las acciones de prevención han de encaminarse a reducir los factores de riesgo e intervenir oportunamente en las conductas de riesgo en la adolescencia.

Los **factores protectores** son los aspectos del entorno o competencias de las personas que favorecen el desarrollo integral de individuos o grupos y pueden, en muchos casos, ayudar a transitar circunstancias desfavorables. Los factores protectores facilitan el desarrollo de conductas saludables, que derivan en una buena salud en la adolescencia (Ministerio de Salud, 2010).

Ejemplos de factores protectores, citados Cid-Monckton y Pedrão (2011) son:

- Relación emocional estable al menos con un padre u otro adulto significativo.
- Redes sociales existentes tanto dentro como fuera de la familia.
- Clima educativo abierto, positivo, orientador, con normas y valores claros.
- Modelos sociales que valoren el enfrentamiento positivo de los problemas.
- Equilibrio entre responsabilidades sociales y expectativas de lograr una meta (rendimiento escolar).
- Competencias cognitivas (destrezas de comunicación, empatía).
- Características temperamentales que favorezcan el enfrentamiento efectivo (flexibilidad, capacidad de reflexionar y controlar impulsos, habilidades para comunicarse).
- Experiencias de autoeficacia, confianza en sí mismo y autoconcepto positivo.
- Actitud proactiva frente a situaciones estresantes.

- Experiencia de sentido y significado de la propia vida (fe, religión, coherencia de valores).

Es importante notar que una misma variable puede convertirse en un factor protector o en un factor de riesgo, dependiendo de las características en las que se desarrolle la vida del adolescente o la adolescente. Por ejemplo, el grupo de pares puede ser un factor protector, si en este no se evidencian conductas de consumo de drogas; pero también puede ser un factor de riesgo, si sus miembros son consumidores activos de sustancias psicoactivas.

El PENSPA explica que el balance entre factores de riesgo y factores protectores permite considerar el grado de vulnerabilidad al que está expuesto una persona o grupo. Un alto grado de adversidad en el desarrollo de la persona adolescente implica mayor necesidad de apoyo requerido para que sobreviva y prospere (Ministerio de Salud, 2010), por lo que la detección de estos factores protectores podría ayudar a intervenir a una persona adolescente con conductas problemáticas o antisociales.

Desde un enfoque de desarrollo humano, las oportunidades que poseen las personas para tener control sobre sus vidas, involucran tanto los recursos que la sociedad les provee como sus capacidades para agenciarse una vida de bienestar, el PENSPA (2010) añade que las capacidades en salud están en proceso de construcción en el caso de las adolescentes y los adolescentes, de ahí la relevancia del aprendizaje en cuanto a la identificación y adopción de comportamientos que promueven la salud, acompañados del acceso a los recursos necesarios para asumir el autocuidado.

Existen características que abarcan la influencia de la familia, el grupo de pares y la comunidad en la vida de una persona adolescente, que podrían analizarse desde una perspectiva de factores relacionales.

Cid-Monckton y Pedrão (2011) mencionan que la familia puede ser uno de los factores protectores o de riesgo más importantes para los jóvenes y las jóvenes; ya que en esta es, principalmente, donde se desarrollan las actitudes, la personalidad, el autoconcepto, los valores y las habilidades de comunicación en la persona adolescente. Además, es el principal lugar donde se transmiten valores, se aprenden y adoptan ideas, se adquieren creencias y normas de conductas, y su funcionalidad va a permitir que sus miembros sean personas autónomas, capaces de enfrentarse e integrarse a la vida en sociedad.

Las prácticas de los padres y madres de familia representan cierto control y socialización del niño o de la niña, su supervisión y monitoreo. De hecho, la Pontificia Universidad Católica de Chile y la OPS (s.f) expresan que las conductas parentales son la conexión clave en el vínculo causal que conduce a la violencia. Esto quiere decir entonces que una crianza deficiente en términos de una disciplina severa inapropiada, supervisión pobre y falta de monitoreo es trascendental para una predicción de delincuencia y violencia.

La Pontificia Universidad Católica de Chile y la OPS (s.f) citan a Olds (1986), Farrington (1991), y Patterson (1992) para explicar la existencia de una larga trayectoria de investigación en la transmisión de comportamientos antisociales, que muestra que el encarcelamiento de un padre o una madre agrava los problemas existentes para una persona adolescente con conductas semejantes. También, cuando un grupo familiar experimenta

mayor angustia, carencia afectiva y económica, resulta en una carga mayor comparada con la familia que permanece junto a sus hijos.

Los autores explican que mientras las alteraciones del grupo familiar arriesgan la seguridad de niños y niñas, no todas ellas conllevan a eso. Esto quiere decir que los niños y niñas, así como las jóvenes y los jóvenes están más protegidos de riesgos cuando la perturbación familiar no es causada por conflictos mayores; cuando permanecen con sus madres, reciben atención, afecto y los apoyan, es decir, cuando la relación con un adulto digno de confianza es estable y permanente.

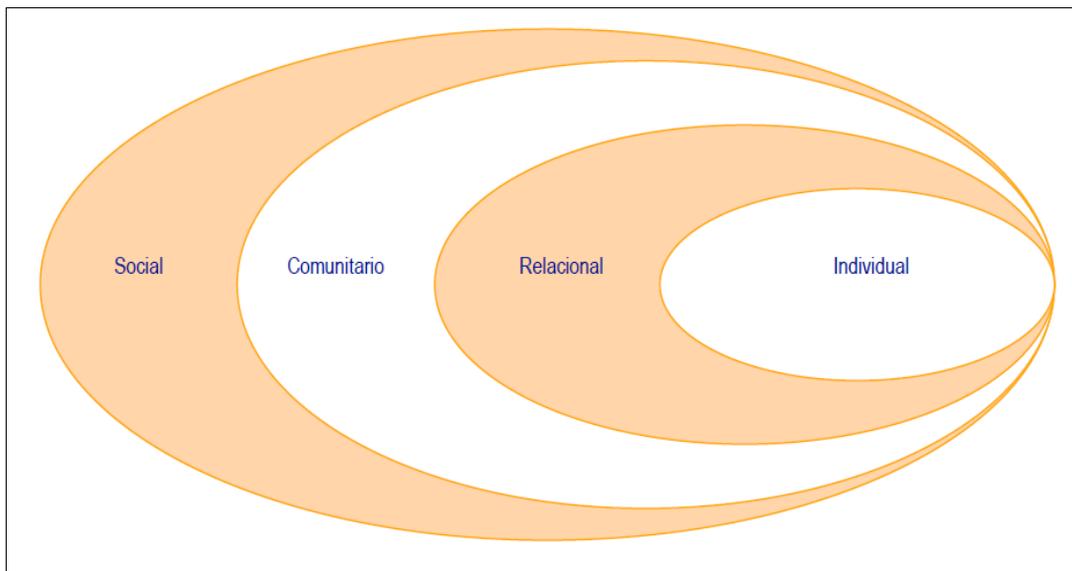
Con respecto a la influencia del grupo de pares, se dice que esta es más importante durante la adolescencia que la que podría ejercer sus padres y madres. Este grupo permite que los adolescentes desarrollen una identidad social positiva y, por lo tanto, compensen las inseguridades individuales sobre su sentido de valor propio (Pontificia Universidad Católica de Chile y la OPS, s.f). De igual manera, los grupos de iguales pueden adquirir un papel negativo cuando están conformados por personas que delinquen o que tienen otros hábitos perjudiciales para la salud.

Un hallazgo común en la población adolescente que ha estado expuesta a la violencia comunitaria, es el interés por formar parte de un grupo de pares no convencional. De hecho, la Pontificia Universidad Católica de Chile y la OPS (s.f.) explican que algunos efectos de la exposición a la violencia comunitaria son el consumo de drogas, la portación de armas y la participación en actos delictivos. Con respecto a esto, se dice que durante el desarrollo de la persona adolescente se considera atractivo tomar riesgos, ya que puede

sentir que “no tienen nada que perder”, por lo que participan con frecuencia en actividades que los exponen a la violencia directa o indirecta.

La siguiente ilustración representa la relación entre los factores de riesgo y protectores en el fenómeno de la violencia juvenil.

Ilustración 1. Factores de riesgo y protectores en la dinámica de la violencia juvenil



Fuente: Pontificia Universidad Católica de Chile y la OPS (s.f). *La dinámica de la violencia*. p.12

Finalmente, en relación con el consumo de drogas, el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2004) afirma que los factores de riesgo pueden influenciar el abuso de drogas de varias maneras; mientras más son los riesgos a los que está expuesto un niño o una niña, mayor es la probabilidad de que abuse de las drogas. Es así como algunos de los factores de riesgo pueden ser más poderosos que otros durante ciertas etapas del desarrollo, como la presión de los compañeros durante los años de la adolescencia; al igual que algunos factores de protección, como un fuerte vínculo entre padres, madres, hijos e hijas, influyen en reducir los riesgos durante los primeros años de la niñez.

2.5.2 Asociación entre el consumo de drogas y el delito, el modelo de Goldstein

Goldstein (1985) establece, en su investigación “The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework”, tres tipos de vínculos para determinar la influencia del consumo de drogas en la comisión de delitos; estos vínculos son la conexión psicofarmacológica, la conexión económica-compulsiva y la conexión sistémica.

2.5.1.1 Conexión psicofarmacológica

Esta conexión explica que la conexión entre las drogas y el delito radica en la violencia, es decir, que las personas que cometieron algún delito lo hicieron porque estaban bajo los efectos de alguna droga que alteró su conducta, como estimulantes, alcohol y barbitúricos. Así lo expresa Goldstein (1985), al decir que “como resultado de un corto o largo tiempo de ingestión de sustancias específicas, se puede volver excitable, irracional y exhibir una conducta violenta.” (párr.8).

Además, el autor explica que el consumo de drogas puede utilizarse como método de control de impulsos violentos; menciona que en varios casos las personas indican utilizar la automedicación con drogas, como tranquilizantes o heroína, para disminuir su propensión a conductas violentas.

Cabe resaltar, en este apartado, que en la realización de un acto violento o un delito, el consumo de drogas puede darse tanto en el agresor como en la víctima. Según Goldstein (1985) esto quiere decir que el consumo de sustancias puede ocasionar la comisión del delito por parte del agresor o delincuente, o puede generar una alteración en el comportamiento de una persona, de forma que se produzca la victimización.

2.5.1.2 Conexión económico-compulsiva

Esta conexión hace alusión a que la relación droga-delito es de tipo económico, es decir, que los consumidores realizan actividades delictivas para poder mantener el consumo de alguna droga, lo que en algunos casos suele ser costoso. Se incluyen drogas como heroína y cocaína; ya que Goldstein (1985) indica que son sustancias que además de tener de un alto costo económico, se caracterizan por ser de uso repetitivo o compulsivo.

Este autor agrega que la violencia o el deseo de cometer el delito no son la motivación de estas personas, sino el hecho de conseguir dinero para mantener la compra y el uso de las drogas. Por lo tanto, la violencia termina siendo el resultado de diversos factores relacionados con el contexto en el que se comete el delito, por ejemplo: nerviosismo del delincuente, la reacción de la víctima, el armamento (o la falta de este), la intercesión de espectadores, entre otros.

El *Protocolo de Estudio sobre Drogas en Población Adolescente Infractora de la ley*, elaborado por la OEA/CICAD (2011), indica que:

(...) sólo se clasifica en esta categoría los delitos económicamente orientados que provienen de infractores que declaran uso abusivo de sustancias (...) muchos estudios muestran que la cantidad de alcohol/droga consumida requiere de presupuestos que no resultan fáciles de justificar mediante actividades legales. (p.9)

2.5.1.3 Conexión sistémica

Este tipo de conexión, según Goldstein (1985), se refiere a las conductas agresivas o violentas que se incluyen dentro de la interacción del sistema de distribución y consumo de drogas, es decir, las luchas entre productores, intermediarios y consumidores.

Algunos ejemplos de la violencia sistémica son:

- Disputas territoriales entre narcotraficantes rivales.
- Asaltos y homicidios cometidos dentro de las jerarquías, que se usan como un medio para hacer cumplir sus códigos normativos.
- Robos a narcotraficantes y represalias violentas por el vendedor o sus jefes.
- Eliminación de los informantes.
- Castigo por la venta de drogas adulteradas o falsas.
- Castigo por no pagar las deudas.
- Disputas por drogas o ritos asociados al consumo de drogas.

(Goldstein, 1985)

Dentro de esta categoría, la OEA/CICAD (2011) distingue dos grupos de delitos: los delitos organizacionales (luchas de control territorial entre traficantes o entre traficantes y la policía) y los delitos transaccionales (robos y sustracciones de droga).

Se incluye en este modelo la corrupción policial como delito relacionado con las drogas, así como el consumo, la posesión, el cultivo, la producción, la importación, el tráfico de drogas y la legitimación de capitales (Goldstein, 1985).

2.5.3 Asociación entre los determinantes sociales, el uso de drogas y el delito

Los determinantes sociales, planteados anteriormente, se reconocen como modeladores complejos que influyen en todas las áreas de la vida de las personas; es por ello que se debe reconocer que, directa o indirectamente, existe una relación entre estos y el fenómeno de las drogas y la violencia, aunque esta relación no sea fácil de establecer.

En primera instancia, se debe reconocer que “los determinantes estructurales son los que generan o refuerzan la estratificación de la sociedad y que definen la posición socioeconómica individual” (OMS, 2010, p.34); todo esto dentro de un contexto político determinado, el cual establece el acceso a los recursos materiales.

Esta capacidad de adquisición de bienes y servicios determina las clases sociales existentes y la posición socioeconómica de los individuos, la cual puede ser, en sí misma, una fuente de estrés y afectar las oportunidades de las personas (OMS, 2010). En este sentido, se puede reconocer que las condiciones de pobreza, la incapacidad de acceso a bienes materiales en una sociedad superficial y las pocas oportunidades de superación, pueden conducir a muchos jóvenes a consumir drogas para evadir su realidad o a cometer delitos para salir de su condición actual.

Con respecto a esto, Wilkinson y Marmot (OMS, 2003) establecen un apartado sobre la adicción en su documento *Determinantes Sociales de la Salud: Los Hechos Irrefutables*, en el que indican que:

El consumo de drogas es una respuesta al resquebrajamiento social y un factor importante que empeora las inequidades resultantes en salud. Brinda a los usuarios un escape ilusorio a la adversidad y el estrés, aunque tan solo empeora sus problemas. (p.24)

Finalmente, la CDSS (OMS, 2010) menciona que los comportamientos están estrechamente ligados a la posición socioeconómica. El tabaquismo, por ejemplo, incluye aspectos como educación, ingreso y estatus laboral. Un factor importante es la relación entre clase social y tabaquismo, ya que las tasas de inicio del tabaquismo son inversamente proporcionales a la posición socioeconómica.

Con respecto a estrategias para trabajar este fenómeno en la población adolescente, Viner *et al.* (2012) indican que las intervenciones más efectivas son, probablemente, los cambios estructurales, es decir, aquellos determinantes que se relacionan directamente con las políticas del país.

Los mismos autores señalan que los determinantes que afectan en mayor medida la salud de la población adolescente son los determinantes estructurales, como el nivel económico del país, la desigualdad en el ingreso económico y el acceso a la educación. Por lo tanto, continúan indicando que darle apoyo y seguridad a las familias y a las escuelas, en conjunto con la influencia positiva y el apoyo del grupo de pares, son cruciales para colaborar a las personas adolescentes a desarrollar su máximo potencial y alcanzar el mejor estado en su salud en la transición hacia la adultez.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

En la presente investigación, se eligió la modalidad de trabajo llamada Seminario de Graduación. Según lo establece el Reglamento General del Trabajo Final de Graduación de la Universidad de Costa Rica (2013), esta modalidad consiste en:

(...) un grupo de sustentantes no menor de tres ni mayor de siete, donde se sistematizan e integran conocimientos alrededor de algún tema académico, incorporando las teorías y los métodos de investigación propios de la disciplina o disciplinas, y aplicándolos a casos específicos. (p.6)

Se describen en este capítulo los procedimientos utilizados en la estrategia metodológica, para alcanzar los objetivos propuestos.

3.1 Tipo de investigación

La investigación se realizó con una metodología cuantitativa, de tipo transversal, descriptivo y correlacional. El estudio cuantitativo es el “que busca cuantificar los datos y (...) aplicar una forma de análisis estadístico” (Pita y Pértegas, 2002, p.76).

García (2009) define como una investigación de tipo transversal, la que estudia la población y recolecta los datos en un momento determinado; además, menciona que el estudio de tipo descriptivo y correlacional busca describir los efectos observados y las relaciones entre las variables, estableciendo una asociación entre estas. Lo expuesto anteriormente coincide con los objetivos que se desean alcanzar en la investigación.

3.2 Población

La población estuvo constituida por 36 adolescentes infractores de la ley, en condición de condenados, que en el momento de la investigación se encontraban institucionalizados en el Centro de Formación Penal Juvenil Zurquí, el cual es un centro penitenciario especializado que fue establecido por la Ley de Justicia Penal Juvenil, para la rehabilitación de los menores de edad que infringen la ley.

Sin embargo, la población final se encontró compuesta por 34 de estos adolescentes, ya que dos de ellos se rehusaron a participar en la investigación.

3.3 Criterios de selección de la población

Con el objetivo de obtener una fuente de información adecuada se establecen los criterios de selección para incluir sujetos en el estudio o excluirlos.

Criterios de inclusión

- Ser adolescente infractor de la ley, con edad entre los 15 y 17 años.
- Estar recluso en el Centro de Formación Penal Juvenil Zurquí, en condición de condenado.
- Haber sido procesado bajo la Ley de Justicia Penal Juvenil.

Criterios de exclusión

- Ser adolescente infractor de la ley con una edad fuera del rango de 15 a 17 años.
- Estar bajo la condición de indiciado, cumpliendo medidas cautelares.
- Estar recluso en algún otro centro penal.
- Haber sido condenado después de cumplir los 18 años de edad.

3.4 Sistematización de las variables

Variable	Definición operacional	Indicadores	Instrumento			
Información general	Características personales, sociales y biológicas de las personas adolescentes infractores de la ley del Centro Penal Juvenil Zurquí	País, Región, Distrito, Ciudad	1. País <input type="text" value="Costa Rica"/>	2. Provincia <input type="text" value="Heredia"/>	3. Cantón <input type="text" value="Santo Domingo"/>	
		Nombre del centro	4. Nombre del centro <input type="text" value="Centro Penal Juvenil Zurquí"/>	5. Ciudad/Localidad <input type="text"/>	6. Número de cuestionario <input type="text"/>	
		Sexo, Edad	7. Sexo del entrevistado <input type="text"/> 1. Hombre <input type="text"/> 2. Mujer		8. Edad en Años Cumplidos <input type="text"/> Años cumplidos	
		Tipo de infractor	9. Tipo de infractor <input type="text"/> 1. Medio Libre <input type="text"/> 2. Medio Cerrado <input type="text"/> 0. Otra Situación		10. ¿Cuál es el último año de estudios que aprobaste? <input type="text"/> 1. Primer Grado <input type="text"/> 2. Segundo Grado <input type="text"/> 3. Tercer Grado <input type="text"/> 4. Cuarto Grado <input type="text"/> 5. Quinto Grado <input type="text"/> 6. Sexto Grado <input type="text"/> 7. Primero Secundaria (Séptimo Básico) <input type="text"/> 8. Segundo Secundaria (Octavo Básico) <input type="text"/> 9. Tercero Secundaria (Primer Med) <input type="text"/> 10. Cuarto Secundaria (Segundo Med) <input type="text"/> 11. Quinto Secundaria (Tercero Med) <input type="text"/> 12. Sexto Secundaria (Cuarto Med) <input type="text"/> 99. Sin Instrucción	
		Último año de estudios aprobado				
		Pertenencia a pueblos indígenas				
		Religión o credo				

			<p>11. ¿Pertenece a alguno de estos pueblos originarios o indígenas?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 0. No pertenece</p>	<p>12. ¿Con qué religión o credo te identificas?</p> <p>1. Católica</p> <p>2. Protestante</p> <p>3. Islámica/Musulmana</p> <p>4. Judía</p> <p>5. Agnóstico(a)</p> <p>6. Es ateo, ninguna religión</p> <p>0. No sabe/No contesta</p>				
Consumo de Drogas y Alcohol	Uso de drogas lícitas e ilícitas en menores infractores de la ley del Centro de Formación Penal Juvenil Zurquí	Prevalencia vida, año y mes (alcohol y drogas ilícitas)	13. ¿Cuál crees tú que es el riesgo que corre una persona que hace alguna de las siguientes cosas? MARCAR CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDA EN CADA LÍNEA.					
		Edad de inicio (alcohol y drogas de mayor consumo)	1. Ningún riesgo	2. Riesgo leve	3. Riesgo moderado	4. Gran riesgo	5. No sé qué riesgo corro	
		Percepción de riesgo ante alcohol/drogas	Fumar cigarrillos frecuentemente					
		Signos de abuso y dependencia (alcohol y drogas ilícitas)	Embriagarse con bebidas alcohólicas					
			Tomar medicamentos sin prescripción médica frecuentemente					
		Trayectorias de consumo: 10, 12, 14 y 16 años (alcohol y drogas ilícitas)	Inhalar pegamentos, pinturas, lacas, desodorantes, gasolina o cosas similares alguna vez					
			Inhalar pegamentos, pinturas, lacas, desodorantes, gasolina o cosas similares frecuentemente					
			Fumar marihuana alguna vez					
			Fumar marihuana frecuentemente					
			Fumar pasta base, básica, bazuco o crack alguna vez					
			Fumar pasta base, básica, bazuco o crack frecuentemente					
			Esnifar cocaína alguna vez					
			Esnifar cocaína frecuentemente					
			Inhalar popper alguna vez					
	Inhalar popper frecuentemente							

		Prevalencia en día que cometió el delito (alcohol y drogas de mayor consumo)	Usar éxtasis alguna vez						
			Usar éxtasis frecuentemente						
		Prevalencia mes antes de cometer delito (alcohol y drogas ilícitas)	14. ¿Cuán fácil o difícil te sería conseguir alguna de las siguientes drogas? (Marca con una cruz donde corresponda para cada droga)			Me sería fácil	Me sería difícil	No podría conseguir	No sé si es fácil o difícil
			Marihuana						
			Cocaína						
			Pasta base, base o bazuco						
			Éxtasis						
			LSD						
		Frecuencia de uso en el mes anterior al delito (alcohol y drogas de mayor consumo: días en los que se consumió)	15. ¿Cuándo fue la <u>última vez</u> que te ofrecieron alguna de estas drogas, ya sea para comprar o probar? (Marca con una cruz donde corresponda para cada droga)			Durante los últimos 30 días	Hace más de un mes, pero menos de un año	Hace más de un año	Nunca me han ofrecido
			Marihuana						
			Cocaína						
			Pasta base, base o bazuco						
			Éxtasis						
			LSD						
		Dependencia mes antes de cometer delito (marihuana y cocaína/pasta base)	16a. ¿Has fumado cigarrillos <u>alguna vez en la vida</u> ?			16b. ¿Qué edad tenías cuando fumaste cigarrillos por primera vez?			
			<input type="checkbox"/>	1.SÍ	(pase al #17)	<input type="text"/> Años cumplidos			
		<input type="checkbox"/>	2.NO						
		<input type="checkbox"/>	3.No sabe/No contesta						
		Síndrome de privación, tolerancia y uso							

		compulsivo	<p>16c. ¿Cuándo fue la <u>primera vez</u> que fumaste cigarrillos?</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1. Durante los últimos 30 días</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2. Hace más de 1 mes, pero menos de 1 año</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2. Hace más de 1 año</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4. No sabe/No contesta</td></tr> </table> <p>16e. ¿Has fumado cigarrillos en los <u>últimos 30 días</u>?</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1.SÍ</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2.NO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3.No sabe/No contesta (pase al #17)</td></tr> </table> <p>16g. Y ¿cuántos <u>días</u> fumaste cigarrillos en los últimos 30 días?</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>N° de días</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0.No sabe/No contesta</td></tr> </table> <p>16i. ¿Has fumado al menos 100 cigarrillos en tu vida?</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1.SÍ</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2. NO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0.No sabe/No contesta</td></tr> </table> <p>17a. ¿Has consumido bebidas alcohólicas <u>alguna vez en la vida</u>? (Considera vino, cerveza o licores fuertes como Pisco, Ron, Vodka, etc.)</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1.SÍ</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2.NO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3.No sabe/No contesta (pase al #33)</td></tr> </table> <p>17c. ¿Cuándo fue la <u>primera vez</u> que consumiste</p>	<input type="checkbox"/>	1. Durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>	2. Hace más de 1 mes, pero menos de 1 año	<input type="checkbox"/>	2. Hace más de 1 año	<input type="checkbox"/>	4. No sabe/No contesta	<input type="checkbox"/>	1.SÍ	<input type="checkbox"/>	2.NO	<input type="checkbox"/>	3.No sabe/No contesta (pase al #17)	<input type="checkbox"/>	N° de días	<input type="checkbox"/>	0.No sabe/No contesta	<input type="checkbox"/>	1.SÍ	<input type="checkbox"/>	2. NO	<input type="checkbox"/>	0.No sabe/No contesta	<input type="checkbox"/>	1.SÍ	<input type="checkbox"/>	2.NO	<input type="checkbox"/>	3.No sabe/No contesta (pase al #33)	<p>16d. ¿Has fumado cigarrillos en los <u>últimos 12 meses</u>?</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1.SÍ</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2.NO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3.No sabe/No contesta (pase al #17)</td></tr> </table> <p>16f. Aproximadamente ¿cuántos cigarrillos has fumado <u>por día</u> en los <u>últimos 30 días</u>? N° de cigarrillos por día:</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1. De 1 a 5</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2. De 6 a 10</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3. De 11 a 20</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4. Más de 20</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>5. No sabe/No contesta</td></tr> </table> <p>16h. ¿Por cuántos años has fumado cigarrillos a diario?</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>N° de años</td></tr> </table> <p>17b. ¿Qué edad tenías cuando consumiste bebidas alcohólicas por primera vez? (No considere si los padres le dieron a probar un sorbo alguna vez)</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Años cumplidos</td></tr> </table> <p>17d. ¿Has consumido bebidas alcohólicas en los</p>	<input type="checkbox"/>	1.SÍ	<input type="checkbox"/>	2.NO	<input type="checkbox"/>	3.No sabe/No contesta (pase al #17)	<input type="checkbox"/>	1. De 1 a 5	<input type="checkbox"/>	2. De 6 a 10	<input type="checkbox"/>	3. De 11 a 20	<input type="checkbox"/>	4. Más de 20	<input type="checkbox"/>	5. No sabe/No contesta	<input type="checkbox"/>	N° de años	<input type="checkbox"/>	Años cumplidos
<input type="checkbox"/>	1. Durante los últimos 30 días																																																					
<input type="checkbox"/>	2. Hace más de 1 mes, pero menos de 1 año																																																					
<input type="checkbox"/>	2. Hace más de 1 año																																																					
<input type="checkbox"/>	4. No sabe/No contesta																																																					
<input type="checkbox"/>	1.SÍ																																																					
<input type="checkbox"/>	2.NO																																																					
<input type="checkbox"/>	3.No sabe/No contesta (pase al #17)																																																					
<input type="checkbox"/>	N° de días																																																					
<input type="checkbox"/>	0.No sabe/No contesta																																																					
<input type="checkbox"/>	1.SÍ																																																					
<input type="checkbox"/>	2. NO																																																					
<input type="checkbox"/>	0.No sabe/No contesta																																																					
<input type="checkbox"/>	1.SÍ																																																					
<input type="checkbox"/>	2.NO																																																					
<input type="checkbox"/>	3.No sabe/No contesta (pase al #33)																																																					
<input type="checkbox"/>	1.SÍ																																																					
<input type="checkbox"/>	2.NO																																																					
<input type="checkbox"/>	3.No sabe/No contesta (pase al #17)																																																					
<input type="checkbox"/>	1. De 1 a 5																																																					
<input type="checkbox"/>	2. De 6 a 10																																																					
<input type="checkbox"/>	3. De 11 a 20																																																					
<input type="checkbox"/>	4. Más de 20																																																					
<input type="checkbox"/>	5. No sabe/No contesta																																																					
<input type="checkbox"/>	N° de años																																																					
<input type="checkbox"/>	Años cumplidos																																																					

		bebidas alcohólicas?		últimos 12 meses?					
		1. Durante los últimos 30 días		1.SÍ		(pase al #33)			
		2. Hace más de 1 mes, pero menos de 1 año		2.NO					
		2. Hace más de 1 año		3.No sabe/No contesta					
		4. No sabe/No contesta							
		17e. ¿Has consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días?			17f. Piensa solamente en los últimos 30 días, ¿cuántos días has tomado algún tipo de alcohol durante los últimos 30 días?				
		1.SI			N° de días				
		2.NO							
		3.No sabe/No contesta (pase al #33)							
Piensa en los últimos 12 meses									
18. ¿Qué tan seguido tomas alguna bebida alcohólica?				0 Nunca	1 1 vez al mes o menos	2 2 a 4 veces al mes	3 2 a 3 veces a la semana	4 4 o más veces a la semana	
19. ¿Cuántos tragos sueles tomar en un día típico de consumo de alcohol? UTILICE ESCALA DE ABAJO PARA ESTIMAR NÚMERO DE TRAGOS				0 0-2	1 3-4	2 5-6	3 7-8	4 9 o más	
1 Trago		1 Trago y medio		6 Tragos		18 Tragos			
-Una botella o lata individual de cerveza (333 cc.)		Medio litro de cerveza		Un botella de vino (750 cc.)		Una botella de licor (750 cc.)			
-Un vaso de vino (140 cc.)		3 Tragos		8 Tragos					
-Un trago de licor (40 cc.) (pisco, ron, vodka, whisky) solo o combinado		Un litro de cerveza		Un caja de vino (1 litro)					
20. ¿Qué tan seguido tomas 6 o más tragos en una sola ocasión?				0 Nunca	1 Menos de	2 Mensualmente	3 Semanalmente	4 Todos	

					1 vez al mes			o casi todos los días
			21. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos doce meses, no pudiste parar de beber una vez que habías empezado?	0 Nunca	1 Menos de 1 vez al mes	2 Mensualmente	3 Semanalmente	4 Todos o casi todos los días
			22. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos doce meses, tu consumo de alcohol alteró el desempeño de tus actividades normales?	0 Nunca	1 Menos de 1 vez al mes	2 Mensualmente	3 Semanalmente	4 Todos o casi todos los días
			23. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos doce meses, necesitaste beber en la mañana para recuperarte de haber bebido mucho el día anterior?	0 Nunca	1 Menos de 1 vez al mes	2 Mensualmente	3 Semanalmente	4 Todos o casi todos los días
			24. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos doce meses, tuviste remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	0 Nunca	1 Menos de 1 vez al mes	2 Mensualmente	3 Semanalmente	4 Todos o casi todos los días
			25. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos doce meses, no fuiste capaz de recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado	0 Nunca	1 Menos de 1 vez al mes	2 Mensualmente	3 Semanalmente	4 Todos o casi todos

			bebiendo?					los días	
			26. ¿Tú o alguna otra persona ha resultado físicamente herida debido a que tú habías bebido alcohol?	0 No		2 Sí, pero no en el último año		4 Sí, en el último año	
			27. ¿Algún familiar, amigo, médico u otro profesional de la salud ha mostrado preocupación por la forma en que consumes bebidas alcohólicas o te ha sugerido que dejes de beber?	0 No		2 Sí, pero no en el último año		4 Sí, en el último año	
PIENSA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES							1.SÍ	2.NO	0.Ns/Nc
			28. ¿Has tenido algún problema serio en la casa, en el trabajo o donde estudias a causa del alcohol? Como descuidar a los niños, faltar al trabajo o a clases, bajar su rendimiento en el trabajo o en el estudio, o perder el empleo.						
			29. ¿Te ha sucedido que a causa del alcohol te hayas expuesto a algún peligro contra tu integridad física? Digamos has estado a punto de chocar en auto o de sufrir cualquier otra clase de accidente.						
			30. ¿Has hecho algo bajo los efectos del alcohol que pudiera causarte problemas con la autoridad pública o con la ley? Como conducir vehículos en ese estado, rayar paredes, destruir equipamiento público, molestar a los vecinos, robar o algo parecido.						
			31. ¿Has tenido algún problema con la familia o los amigos a causa del alcohol? Como un disgusto o discusión seria que haya resentido esa relación.						
			32. ¿Te has visto envuelto en alguna pelea a golpes o has agredido a alguien bajo los efectos del alcohol?						

33. ¿Has consumido alguna de estas sustancias alguna vez en tu vida? MARQUE CON UNA CRUZ DONDE CORRESPONDA PARA CADA UNA DE LAS SUSTANCIAS		34. ¿Qué edad tenías cuando probaste por primera vez?	
	NO	SI	
Tranquilizantes sin prescripción médica como Alprazolam, Diazepam (Valium), Flunitrazepam (Rohipnol), Clordiazepóxico (Librium) o similares.			<input type="text"/> Años
Estimulantes tipo anfetaminas sin prescripción médica como Metilfenidato (Ritalín), Fenmetracina (Preludin o Adepsina), Anfetaminas (Adderall), Dextroanfetamina (Dexedrine, DextroStat), Pemolina (Cylert) o similares.			<input type="text"/> Años
Analgésicos como Codeína, Hidrocodona, Vicodin, Metadona, Morfina, Petidina, Tramal o similares.			<input type="text"/> Años
Inhalables como pegamentos, pinturas, lacas, desodorantes, gasolina, bencina, tolueno o cosas similares.			<input type="text"/> Años
Marihuana			<input type="text"/> Años
Hachís			<input type="text"/> Años
Cocaína			<input type="text"/> Años
Pasta base/básica/bazuco			<input type="text"/> Años
Crack			<input type="text"/> Años
Heroína			<input type="text"/> Años
Popper o reventadores (nitritos) tales como Rush, Jolt, Locker Room, Leather Man, etc.			<input type="text"/> Años
Relevón			<input type="text"/> Años
Alucinógenos como LSD, PCP, Peyote o Mescalina y Psilocibina			<input type="text"/> Años

			MDMA (éxtasis, Adam, X-TC)				Años
			Anfetaminas y/o Metanfetaminas (Hielo, Pepas, Cristal, Pastis, Meta, <i>Speed</i>)				Años
			GHB (G, <i>Blue Nitro</i> , <i>Cherry Meth</i> , Heroína del pobre, Éxtasis líquido)				Años
			Ketamina (K o K especial, Vitamina K)				Años
			Otras drogas: especificar				Años

35. ¿Alguna vez en su vida te has inyectado alguna de las siguientes sustancias?

<input type="checkbox"/>	0. Nunca me he inyectado (pase al #37a)
<input type="checkbox"/>	1. Alcohol
<input type="checkbox"/>	2. Cocaína
<input type="checkbox"/>	3. Anfetaminas/Metanfetaminas
<input type="checkbox"/>	4. Heroína
<input type="checkbox"/>	5. Morfina, Petidina o Similares
<input type="checkbox"/>	6. Otras drogas: especificar.....

36. ¿Cuándo fue la última vez que te inyectaste alguna de estas sustancias?

	Durante los últimos 30 días	Hace más de 1 mes, pero menos de un año	Hace más de un año
1. Alcohol			
2. Cocaína			
3. Anfetaminas/Metanfetaminas			
4. Heroína			
5. Morfina, Petidina o Similares			
6. Otras drogas, especificar.....			

			<p>37a. ¿Cuándo fue la <u>primera vez</u> que probaste inhalables?</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>0. Nunca he consumido Inhalables (Pase al #38a)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1. SÍ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1. Durante los últimos 30 días</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2. NO (Pase al #38a)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2. Hace más de un mes, pero menos de un año</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3. Hace más de un año</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	0. Nunca he consumido Inhalables (Pase al #38a)	<input type="checkbox"/>	1. SÍ	<input type="checkbox"/>	1. Durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>	2. NO (Pase al #38a)	<input type="checkbox"/>	2. Hace más de un mes, pero menos de un año			<input type="checkbox"/>	3. Hace más de un año			<p>37b. ¿Has consumido inhalables alguna vez en los últimos 12 meses?</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1. SÍ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2. NO (Pase al #38a)</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1. SÍ	<input type="checkbox"/>	2. NO (Pase al #38a)																																						
<input type="checkbox"/>	0. Nunca he consumido Inhalables (Pase al #38a)	<input type="checkbox"/>	1. SÍ																																																											
<input type="checkbox"/>	1. Durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>	2. NO (Pase al #38a)																																																											
<input type="checkbox"/>	2. Hace más de un mes, pero menos de un año																																																													
<input type="checkbox"/>	3. Hace más de un año																																																													
<input type="checkbox"/>	1. SÍ																																																													
<input type="checkbox"/>	2. NO (Pase al #38a)																																																													
			<p>37c. ¿Con qué frecuencia has usado Inhalables?</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1. Una sola vez</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1. SÍ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2. Algunas veces durante los últimos 12 meses</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2. NO (Pase al #38a)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3. Algunas veces mensualmente</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>4. Algunas veces semanalmente</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>5. Diariamente</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1. Una sola vez	<input type="checkbox"/>	1. SÍ	<input type="checkbox"/>	2. Algunas veces durante los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	2. NO (Pase al #38a)	<input type="checkbox"/>	3. Algunas veces mensualmente			<input type="checkbox"/>	4. Algunas veces semanalmente			<input type="checkbox"/>	5. Diariamente			<p>37d. ¿Has consumido Inhalables alguna vez en los últimos 30 días?</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1. SÍ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2. NO (Pase al #38a)</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1. SÍ	<input type="checkbox"/>	2. NO (Pase al #38a)																																		
<input type="checkbox"/>	1. Una sola vez	<input type="checkbox"/>	1. SÍ																																																											
<input type="checkbox"/>	2. Algunas veces durante los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	2. NO (Pase al #38a)																																																											
<input type="checkbox"/>	3. Algunas veces mensualmente																																																													
<input type="checkbox"/>	4. Algunas veces semanalmente																																																													
<input type="checkbox"/>	5. Diariamente																																																													
<input type="checkbox"/>	1. SÍ																																																													
<input type="checkbox"/>	2. NO (Pase al #38a)																																																													
			<p>37e. Y esas veces que usaste inhalables en los últimos 30 días con el fin de drogarte ¿qué tipo de sustancia utilizaste? (Marque todas las que correspondan)</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1. Pegamentos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1. En el supermercado/farmacias</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2. Pinturas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2. En las ferreterías/Bombas bencineras</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3. Desodorantes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3. En el almacén de mi barrio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>4. Tolueno</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>4. En la casa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>5. Gasolina/bencina o parafina</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>5. En el colegio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>6. Éter o acetona</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>6. En el trabajo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>7. Líquido para encendedores</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>7. De amigos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>8. Poppers o reventadores</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>8. De alguien que no es amigo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>9. Otro</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>9. En este centro de menores infractores</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>¿Cuál?.....</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1. Pegamentos	<input type="checkbox"/>	1. En el supermercado/farmacias	<input type="checkbox"/>	2. Pinturas	<input type="checkbox"/>	2. En las ferreterías/Bombas bencineras	<input type="checkbox"/>	3. Desodorantes	<input type="checkbox"/>	3. En el almacén de mi barrio	<input type="checkbox"/>	4. Tolueno	<input type="checkbox"/>	4. En la casa	<input type="checkbox"/>	5. Gasolina/bencina o parafina	<input type="checkbox"/>	5. En el colegio	<input type="checkbox"/>	6. Éter o acetona	<input type="checkbox"/>	6. En el trabajo	<input type="checkbox"/>	7. Líquido para encendedores	<input type="checkbox"/>	7. De amigos	<input type="checkbox"/>	8. Poppers o reventadores	<input type="checkbox"/>	8. De alguien que no es amigo	<input type="checkbox"/>	9. Otro	<input type="checkbox"/>	9. En este centro de menores infractores	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?.....			<p>37f. Y esas veces que usaste inhalables en los últimos 30 días ¿dónde los conseguiste? (Marque todas las que correspondan)</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1. En el supermercado/farmacias</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2. En las ferreterías/Bombas bencineras</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3. En el almacén de mi barrio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>4. En la casa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>5. En el colegio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>6. En el trabajo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>7. De amigos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>8. De alguien que no es amigo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>9. En este centro de menores infractores</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1. En el supermercado/farmacias	<input type="checkbox"/>	2. En las ferreterías/Bombas bencineras	<input type="checkbox"/>	3. En el almacén de mi barrio	<input type="checkbox"/>	4. En la casa	<input type="checkbox"/>	5. En el colegio	<input type="checkbox"/>	6. En el trabajo	<input type="checkbox"/>	7. De amigos	<input type="checkbox"/>	8. De alguien que no es amigo	<input type="checkbox"/>	9. En este centro de menores infractores
<input type="checkbox"/>	1. Pegamentos	<input type="checkbox"/>	1. En el supermercado/farmacias																																																											
<input type="checkbox"/>	2. Pinturas	<input type="checkbox"/>	2. En las ferreterías/Bombas bencineras																																																											
<input type="checkbox"/>	3. Desodorantes	<input type="checkbox"/>	3. En el almacén de mi barrio																																																											
<input type="checkbox"/>	4. Tolueno	<input type="checkbox"/>	4. En la casa																																																											
<input type="checkbox"/>	5. Gasolina/bencina o parafina	<input type="checkbox"/>	5. En el colegio																																																											
<input type="checkbox"/>	6. Éter o acetona	<input type="checkbox"/>	6. En el trabajo																																																											
<input type="checkbox"/>	7. Líquido para encendedores	<input type="checkbox"/>	7. De amigos																																																											
<input type="checkbox"/>	8. Poppers o reventadores	<input type="checkbox"/>	8. De alguien que no es amigo																																																											
<input type="checkbox"/>	9. Otro	<input type="checkbox"/>	9. En este centro de menores infractores																																																											
<input type="checkbox"/>	¿Cuál?.....																																																													
<input type="checkbox"/>	1. En el supermercado/farmacias																																																													
<input type="checkbox"/>	2. En las ferreterías/Bombas bencineras																																																													
<input type="checkbox"/>	3. En el almacén de mi barrio																																																													
<input type="checkbox"/>	4. En la casa																																																													
<input type="checkbox"/>	5. En el colegio																																																													
<input type="checkbox"/>	6. En el trabajo																																																													
<input type="checkbox"/>	7. De amigos																																																													
<input type="checkbox"/>	8. De alguien que no es amigo																																																													
<input type="checkbox"/>	9. En este centro de menores infractores																																																													

			38a. ¿Cuándo fue la <u>primera vez</u> que probaste marihuana?		38b. ¿Has consumido marihuana alguna vez en los últimos 12 meses?	
			<input type="checkbox"/>	0.Nunca he consumido marihuana (Pase al #55a)	<input type="checkbox"/>	1.SÍ
			<input type="checkbox"/>	1. Durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>	2.NO(Pase al #55a)
			<input type="checkbox"/>	2.Hace más de un mes, pero menos de un año		
			<input type="checkbox"/>	3.Hace más de un año		
			38c. ¿Con qué frecuencia has usado marihuana?		38d. ¿Has consumido marihuana alguna vez en los últimos 30 días?	
			<input type="checkbox"/>	1. Una sola vez	<input type="checkbox"/>	1.SÍ
			<input type="checkbox"/>	2. Algunas veces durante los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	2.NO(Pase al #55a)
			<input type="checkbox"/>	3. Algunas veces mensualmente		
			<input type="checkbox"/>	4. Algunas veces semanalmente		
			<input type="checkbox"/>	5. Diariamente		
			38e. Piensa solamente en los últimos 30 días, ¿Cuántos días has consumido marihuana durante los últimos 30 días?		38f. ¿Cuántos cigarros/pitos/pitillos de marihuana consumiste al mes?	
<input type="text"/>	N° de días (de 0 a 30)	<input type="text"/>	N° de cigarros/pitos/pitillos			
39g. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES ¿con qué frecuencia te ha ocurrido algo como lo que se describe a continuación?		Nunca	Rara vez	De vez en cuando	Bastante a menudo	Muy a menudo
a) ¿Has fumado marihuana antes del mediodía?						
b) ¿Has fumado marihuana estando solo/a?						
c) ¿Has tenido problemas de memoria al fumar marihuana?						
d) ¿Te han dicho los amigos o alguien de tu familia que deberías reducir el consumo de marihuana?						
e) ¿Has intentado reducir el consumo de marihuana sin conseguirlo?						
f) ¿Has tenido problemas debido a tu consumo de marihuana? (pelea, accidente, mal resultado académico, etc.)						

PIENSA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES		1.SI	2.NO	0.Ns/Nc
40. ¿Consumiste marihuana para eliminar <i>problemas como éstos</i> o para evitar que se presentaran? *UTILIZA EL LISTADO DE ABAJO PARA AYUDARTE				
41. ¿Y has presentado estos problemas cuando suspendías o disminuías el consumo de marihuana? *UTILIZA EL LISTADO DE ABAJO PARA AYUDARTE				
42. ¿Has sentido un deseo tan grande de usar marihuana que no pudiste resistir o pensar en nada más?				
43. ¿Has observado que para obtener el mismo efecto con marihuana has consumido mayor cantidad que antes?				
44. ¿Has notado que la misma cantidad de marihuana tiene menos efecto en ti que antes?				
45. ¿Has consumido marihuana a pesar de que tenías la intención de no hacerlo?				
46. ¿Has terminado consumiendo marihuana en mayores cantidades de lo que pensaste?				
47. ¿Has dejado de hacer o has suspendido actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de marihuana?				
48. ¿Has dedicado más tiempo que antes a conseguir y consumir marihuana, o pasas más tiempo recuperándote de sus efectos?				
49. ¿Has continuado consumiendo marihuana a pesar de que te ocasione problemas de salud física, emocionales o nerviosos?				
*LISTADO				
-Ansioso, inquieto, irritable		-Estrés o depresión		-Náuseas, vómitos
-Problemas de concentración		-Tembloroso		-Ver, oír o sentir cosas inexistentes
-Fatigado, somnoliento, débil		-Taquicardia		-Problemas para dormir
PIENSA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES		1.SÍ	2.NO	0.Ns/Nc
50. ¿Has tenido algún problema serio en la casa, en el trabajo o donde estudias a causa de la marihuana? Como descuidar a los niños, faltar al trabajo o a clases, bajar tu rendimiento en el trabajo o en el estudio, o perder el empleo				
51. ¿Te ha sucedido que a causa de la marihuana te hayas expuesto a algún peligro contra tu integridad física? Digamos has estado a punto de chocar en auto o de sufrir cualquier otra clase de accidente				
52. ¿Has hecho algo bajo los efectos de la marihuana que pudiera causarle				

		problemas con la autoridad pública o con la ley? Como conducir vehículos en ese estado, rayar paredes, destruir equipamiento público, molestar a los vecinos, robar o algo parecido					
		53. ¿Has tenido algún problema con la familia o los amigos a causa de la marihuana? Como un disgusto o discusión seria que haya resentido esa relación					
		54. ¿Te has visto envuelto en alguna pelea a golpes o has agredido a alguien bajo los efectos de la marihuana?					
		55a. ¿Cuándo fue la <u>primera vez</u> que probaste cocaína?	55b. ¿Has consumido cocaína alguna vez en los <u>últimos 12 meses</u> ?				
		0. Nunca he consumido cocaína (Pase al #71a)		1. SÍ			
		1. Durante los últimos 30 días		2. NO (Pase al #71a)			
		2. Hace más de un mes, pero menos de un año					
		3. Hace más de un año					
		55c. ¿Con qué frecuencia has usado cocaína?	55d. ¿Has consumido cocaína alguna vez en los <u>últimos 30 días</u> ?				
		1. Una sola vez		1. SI			
		2. Algunas veces durante los últimos 12 meses		2. NO (Pase al #71a)			
		3. Algunas veces mensualmente					
		4. Algunas veces semanalmente					
		5. Diariamente					
		55e. Piensa solamente en los últimos 30 días, ¿cuántos días has consumido cocaína durante los últimos 30 días?	55f. ¿Cuántos gramos de cocaína consumes al mes?				
		<input type="text"/> N° de días (de 0 a 30)	<input type="text"/>	N° de gramos			
		PIENSA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES			1. SÍ	2. NO	3. Ns/Nc
		56. ¿Consumiste cocaína para eliminar <i>problemas como éstos</i> o para evitar que se presentaran? *UTILIZA EL LISTADO DE ABAJO PARA AYUDARTE					
		57. ¿Y has presentado estos problemas cuando suspendías o disminuías el consumo de cocaína? *UTILIZA EL LISTADO DE ABAJO PARA AYUDARTE					
		58. ¿Has sentido un deseo tan grande de usar cocaína que no pudiste resistir o pensar en nada más?					
		59. ¿Has observado que para obtener el mismo efecto con cocaína has					

			consumido mayor cantidad que antes?			
			60. ¿Has notado que la misma cantidad de cocaína tiene menos efecto en ti que antes?			
			61. ¿Has consumido cocaína a pesar de que tenías la intención de no hacerlo?			
			62. ¿Has terminado consumiendo cocaína en mayores cantidades de lo que pensaste?			
			63. ¿Has dejado de hacer o has suspendido actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de cocaína?			
			64. ¿Has dedicado más tiempo que antes a conseguir y consumir cocaína, o pasas más tiempo recuperándote de sus efectos?			
			65. ¿Has continuado consumiendo cocaína a pesar de que te ocasione problemas de salud física, emocionales o nerviosos?			
			*LISTADO			
			-Ansioso, inquieto, irritable	-Estrés o depresión	-Náuseas, vómitos	
			-Problemas de concentración	-Tembloroso	-Ver, oír o sentir cosas inexistentes	
			-Fatigado, somnoliento, débil	-Taquicardia	-Problemas para dormir	
			PIENSA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	1.SÍ	2.NO	3.Ns/Nc
			66. ¿Has tenido algún problema serio en la casa, en el trabajo o donde estudias a causa de la cocaína? Como descuidar a los niños, faltar al trabajo o a clases, bajar tu rendimiento en el trabajo o en el estudio, o perder el empleo.			
			67. ¿Te ha sucedido que a causa de la cocaína te hayas expuesto a algún peligro contra tu integridad física? Digamos has estado a punto de chocar en auto o de sufrir cualquier otra clase de accidente.			
			68. ¿Has hecho algo bajo los efectos de la cocaína que pudiera causarte problemas con la autoridad pública o con la ley? Como conducir vehículos en ese estado, rayar paredes, destruir equipamiento público, molestar a los vecinos, robar o algo parecido.			
			69. ¿Has tenido algún problema con la familia o los amigos a causa de la cocaína? Como un disgusto o discusión seria que haya resentido esa relación.			
			70. ¿Te has visto envuelto en alguna pelea a golpes o has agredido a alguien bajo los efectos de la cocaína?			

			71a. ¿Cuándo fue la <u>primera vez</u> que probaste pasta base/base/bazuco?	71b. ¿Has consumido pasta base/base/bazuco alguna vez en los <u>últimos 12 meses</u> ?		
			<input type="checkbox"/> 0. Nunca he consumido pasta base (Pase al #87a)	<input type="checkbox"/> 1. SÍ		
			<input type="checkbox"/> 1. Durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 2. NO (Pase al #87a)		
			<input type="checkbox"/> 2. Hace más de un mes, pero menos de un año			
			<input type="checkbox"/> 3. Hace más de un año			
			71c. ¿Con qué frecuencia has usado pasta pase/base/bazuco?	71d. ¿Has consumido pasta base/base/bazuco alguna vez en los <u>últimos 30 días</u> ?		
			<input type="checkbox"/> 1. Una sola vez	<input type="checkbox"/> 1. SÍ		
			<input type="checkbox"/> 2. Algunas veces durante los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> 2. NO (Pase al #87a)		
			<input type="checkbox"/> 3. Algunas veces mensualmente			
			<input type="checkbox"/> 4. Algunas veces semanalmente			
			<input type="checkbox"/> 5. Diariamente			
			71e. Piensa solamente en los últimos 30 días, ¿Cuántos días has consumido pasta base/base/bazuco durante los últimos 30 días?	71f. ¿Cuántos papelillos de pasta base/base/bazuco consumes al mes?		
<input type="text"/> N° de días (de 0 a 30)	<input type="text"/> N° de papelillos					
PIENSA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES				1. Sí	2. No	3. Ns/Nc
72. ¿Consumiste pasta base para eliminar <i>problemas como éstos</i> o para evitar que se presentaran? *UTILIZA EL LISTADO DE ABAJO PARA AYUDARTE						
73. ¿Y has presentado estos problemas cuando suspendías o disminuías el consumo de pasta base? *UTILIZA EL LISTADO DE ABAJO PARA AYUDARTE						
74. ¿Has sentido un deseo tan grande de usar pasta base que no pudiste resistir o pensar en nada más?						
75. ¿Has observado que para obtener el mismo efecto con pasta base has consumido mayor cantidad que antes?						
76. ¿Has notado que la misma cantidad de pasta base tiene menos efecto en ti que antes?						

			77. ¿Has consumido pasta base a pesar de que tenías la intención de no hacerlo?			
			78. ¿Has terminado consumiendo pasta base en mayores cantidades de lo que pensaste?			
			79. ¿Has dejado de hacer o has suspendido actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de pasta base?			
			80. ¿Has dedicado más tiempo que antes a conseguir y consumir pasta base, o pasas más tiempo recuperándote de sus efectos?			
			81. ¿Has continuado consumiendo pasta base a pesar de que te ocasione problemas de salud física, emocionales o nerviosos?			
			*LISTADO			
			-Ansioso, inquieto, irritable	-Estrés o depresión	-Náuseas, vómitos	
			-Problemas de concentración	-Tembloroso	-Ver, oír o sentir cosas inexistentes	
			-Fatigado, somnoliento, débil	-Taquicardia	-Problemas para dormir	
			PIENSA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	1.SÍ	2.No	3.Ns/Nc
			82. ¿Has tenido algún problema serio en la casa, en el trabajo o donde estudias a causa de la pasta base? Como descuidar a los niños, faltar al trabajo o a clases, bajar tu rendimiento en el trabajo o en el estudio, o perder el empleo.			
			83. ¿Te ha sucedido que a causa de la pasta base te hayas expuesto a algún peligro contra tu integridad física? Digamos has estado a punto de chocar en auto o de sufrir cualquier otra clase de accidente.			
			84. ¿Has hecho algo bajo los efectos de la pasta base que pudiera causarte problemas con la autoridad pública o con la ley? Como conducir vehículos en ese estado, rayar paredes, destruir equipamiento público, molestar a los vecinos, robar o algo parecido.			
			85. ¿Has tenido algún problema con la familia o los amigos a causa de la pasta base? Como un disgusto o discusión seria que haya resentido esa relación.			
			86. ¿Te has visto envuelto en alguna pelea a golpes o has agredido a alguien bajo los efectos de la pasta base?			
			87a. ¿Cuándo fue la <u>primera vez</u> que probaste éxtasis?	87b. ¿Has consumido éxtasis alguna vez en los <u>últimos 12 meses</u> ?		
			0.Nunca he consumido Éxtasis (Pase al #88)	1.SÍ		
			1. Durante los últimos 30 días	2.NO(Pase al #88)		
			2.Hace más de un mes, pero menos de un año			
			3.Hace más de un año			

			87c. ¿Con qué frecuencia has usado éxtasis?	87d. ¿Has consumido éxtasis alguna vez en los últimos 30 días?				
			<input type="checkbox"/> 1. Una sola vez	<input type="checkbox"/> 1.SÍ				
			<input type="checkbox"/> 2. Algunas veces durante los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> 2.NO(Pase al #88)				
			<input type="checkbox"/> 3. Algunas veces mensualmente					
			<input type="checkbox"/> 4. Algunas veces semanalmente					
			<input type="checkbox"/> 5. Diariamente					
			87e. Piensa solamente en los últimos 30 días, ¿cuántos días has consumido éxtasis durante los últimos 30 días?	87f. ¿Cuántas pastillas de éxtasis llegas a consumir generalmente en una misma noche?				
			<input type="text"/> N° de días (de 0 a 30)	<input type="text"/> N° de pastillas				
			88. ¿Cuál de las siguientes sustancias reconoces como drogas sintéticas? <i>Marca todas las que correspondan</i>	89. ¿Alguien que conoces ha consumido alguna de estas drogas? <i>Marca todas las que correspondan</i>				
			<input type="checkbox"/> 1. Éxtasis <input type="checkbox"/> 2. Anfetaminas o sus derivados <input type="checkbox"/> 3. LSD <input type="checkbox"/> 4. PCP <input type="checkbox"/> 5. Metanfetaminas <input type="checkbox"/> 6. GHB <input type="checkbox"/> 7. No sabe/No contesta	<input type="checkbox"/> 1.Éxtasis <input type="checkbox"/> 2. Anfetaminas o sus derivados <input type="checkbox"/> 3. LSD <input type="checkbox"/> 4. PCP <input type="checkbox"/> 5. Metanfetaminas <input type="checkbox"/> 6. GHB <input type="checkbox"/> 7. No sabe/No contesta				
Encuestador: Preguntar a todos. 90. ¿Qué cosas consumías a los 10 años? ¿a los 12 años? ¿a los 14 años? ¿a los 16 años? (Leer las alternativas y marcar todas las que correspondan)								
	a)10 años		b)12 años		c)14 años		d)16 años	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1.Marihuana								
2.Cocaína								
3.Pasta base								
4.Inhalables								

Comportamiento delictivo	Acciones infractoras de la ley que cometieron los menores recluidos en el Centro Penal Juvenil Zurquí	Antecedentes delictuales	91. ¿Alguna vez en la vida has realizado alguna de las siguientes cosas, aún cuando no hayas sido detenido o procesado por hacerlo? (Leer cada situación)			92. ¿Qué edad tenías cuando lo hiciste por primera vez?			
		Delitos cometidos alguna vez en la vida	Encuestador: preguntar inmediatamente P91 cuando responde "Sí" en P90						
		Último delito por el que ingresó al sistema o delito actual		NO	SÍ		Años		
		Delitos contra la propiedad, delitos violentos, delitos relacionados con drogas	1. Cometer un hurto o robar a una persona o en algún lugar sin necesidad de ocupar la fuerza (como robar en una tienda o supermercado, robar una bicicleta, etc.)				Años		
		Edad de iniciación delictual por tipo de delito	2. Entrar a la fuerza a algún lugar (casa o tienda) para robar algo				Años		
		Trayectoria delictual	3. Robar un auto				Años		
		Contactos en número con policía, tribunales y	4. Asaltar o robarle a alguien con violencia o intimidación				Años		
			5. Agredir sexualmente a alguien (como violar a alguien)				Años		
			6. Matar o asesinar a alguien				Años		
			7. Traficar o vender drogas				Años		
		93. Cuántas veces has sido detenido por la policía, sin contar los controles de identidad ni detención por rebeldía	94. ¿Cuántas veces has sido presentado o procesado por algún tribunal de justicia bajo algún cargo de infracción a la Ley?						
		<input type="text"/> N° de veces	<input type="text"/> N° de veces						
		95. ¿Cuántas veces has sido derivado por algún tribunal de justicia a un centro de menores, cualquiera sea el régimen cautelar?	96. ¿Cuántas veces has sido derivado por algún tribunal de justicia a un centro de menores con privación de libertad?						
		<input type="text"/> N° de veces	<input type="text"/> N° de veces						
		97. ¿Cuánto tiempo llevas privado de libertad en un centro de menores?							
		<input type="text"/>	Año	<input type="text"/>	Meses	<input type="text"/>	Días	<input type="text"/>	No se aplica

		<p>centros de menores infractores</p> <p>Relación droga/delito</p> <p>Cometer un delito bajo la influencia del alcohol y drogas ilícitas (psicofarmacológicos)</p> <p>Cometer un delito para conseguir drogas (adquisitivos)</p> <p>Delitos directamente relacionados con consumo, posesión y tráfico (sistémicos)</p>	<p>98. ¿Cuál fue el último delito por el que te han detenido, procesado o condenado? Encuestador: Esperar respuesta espontánea y clasificar. Habiendo más de un delito, considere el más grave. <i>(Advierta que se le pregunta por el último delito por el cual lo han detenido, procesado o condenado y no necesariamente el último que haya cometido).</i></p> <table border="1"> <tr> <td>1. Cometer un hurto o robar a una persona o en algún lugar sin necesidad de ocupar la fuerza (como robar en una tienda o supermercado, robar una bicicleta, etc.)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Entrar a la fuerza a algún lugar (casa o tienda) para robar algo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Robar un auto</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Asaltar o robarle a alguien con violencia o intimidación</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Agredir sexualmente a alguien (como violar a alguien)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. Matar o asesinar a alguien</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. Traficar o vender drogas</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8. Otro (Especificar:)</td> <td></td> </tr> </table> <p>Encuestador: Si no reconoce haber cometido algún delito, insista en que su declaración en este estudio no tiene ninguna consecuencia de tipo legal. Si vuelve a rehusar, deje en blanco y pase a la pregunta siguiente. Pensando siempre en ese último delito por el que te han detenido, procesado o condenado...</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1.No</th> <th>2.Sí</th> <th></th> <th>1.No</th> <th>2.Sí</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>99. ¿Lo hiciste para comprar o conseguir drogas?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>100. ¿Estabas drogado con marihuana?</td> <td></td> <td></td> <td>100.1 ¿Lo habrías hecho si no hubieses estado drogado con marihuana?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>101. ¿Estabas drogado con cocaína?</td> <td></td> <td></td> <td>101.1 ¿Lo habrías hecho si no hubieses estado drogado con cocaína?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>102. ¿Estabas drogado con crack?</td> <td></td> <td></td> <td>102.1 ¿Lo habrías hecho si no hubieses estado drogado con crack?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>103. ¿Estabas bajo los efectos del alcohol?</td> <td></td> <td></td> <td>103.1 ¿Lo habrías hecho si no hubieses estado bajo los efectos del alcohol?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>104. ¿Podrías decirme si la víctima estaba bajo la influencia del alcohol o las drogas</td> <td></td> <td></td> <td>104.1 ¿Lo habrías hecho si la víctima no hubiese estado bajo la influencia del alcohol o de las drogas</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No hubo víctima presente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No sabe/No contesta</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	1. Cometer un hurto o robar a una persona o en algún lugar sin necesidad de ocupar la fuerza (como robar en una tienda o supermercado, robar una bicicleta, etc.)		2. Entrar a la fuerza a algún lugar (casa o tienda) para robar algo		3. Robar un auto		4. Asaltar o robarle a alguien con violencia o intimidación		5. Agredir sexualmente a alguien (como violar a alguien)		6. Matar o asesinar a alguien		7. Traficar o vender drogas		8. Otro (Especificar:)			1.No	2.Sí		1.No	2.Sí	99. ¿Lo hiciste para comprar o conseguir drogas?						100. ¿Estabas drogado con marihuana?			100.1 ¿Lo habrías hecho si no hubieses estado drogado con marihuana?			101. ¿Estabas drogado con cocaína?			101.1 ¿Lo habrías hecho si no hubieses estado drogado con cocaína?			102. ¿Estabas drogado con crack?			102.1 ¿Lo habrías hecho si no hubieses estado drogado con crack?			103. ¿Estabas bajo los efectos del alcohol?			103.1 ¿Lo habrías hecho si no hubieses estado bajo los efectos del alcohol?			104. ¿Podrías decirme si la víctima estaba bajo la influencia del alcohol o las drogas			104.1 ¿Lo habrías hecho si la víctima no hubiese estado bajo la influencia del alcohol o de las drogas			No hubo víctima presente						No sabe/No contesta					
1. Cometer un hurto o robar a una persona o en algún lugar sin necesidad de ocupar la fuerza (como robar en una tienda o supermercado, robar una bicicleta, etc.)																																																																									
2. Entrar a la fuerza a algún lugar (casa o tienda) para robar algo																																																																									
3. Robar un auto																																																																									
4. Asaltar o robarle a alguien con violencia o intimidación																																																																									
5. Agredir sexualmente a alguien (como violar a alguien)																																																																									
6. Matar o asesinar a alguien																																																																									
7. Traficar o vender drogas																																																																									
8. Otro (Especificar:)																																																																									
	1.No	2.Sí		1.No	2.Sí																																																																				
99. ¿Lo hiciste para comprar o conseguir drogas?																																																																									
100. ¿Estabas drogado con marihuana?			100.1 ¿Lo habrías hecho si no hubieses estado drogado con marihuana?																																																																						
101. ¿Estabas drogado con cocaína?			101.1 ¿Lo habrías hecho si no hubieses estado drogado con cocaína?																																																																						
102. ¿Estabas drogado con crack?			102.1 ¿Lo habrías hecho si no hubieses estado drogado con crack?																																																																						
103. ¿Estabas bajo los efectos del alcohol?			103.1 ¿Lo habrías hecho si no hubieses estado bajo los efectos del alcohol?																																																																						
104. ¿Podrías decirme si la víctima estaba bajo la influencia del alcohol o las drogas			104.1 ¿Lo habrías hecho si la víctima no hubiese estado bajo la influencia del alcohol o de las drogas																																																																						
No hubo víctima presente																																																																									
No sabe/No contesta																																																																									

105. Podrías decirme si este delito por el que han detenido, procesado o condenado tuvo que ver con luchas o peleas entre narcotraficantes, o entre narcotraficantes y la policía?

Siempre pensando en ese último delito por el cual has sido detenido, procesado o condenado:

106. El día que sucedió ¿habías probado alguna de estas cosas?

	Sí	No
1. Alcohol		
2. Marihuana		
3. Cocaína		
4. Pasta base		
5. Inhalables		

107. Un mes antes de que sucediera ¿consumiste alguna de estas cosas?

	Sí	No
1. Alcohol		
2. Marihuana		
3. Cocaína		
4. Pasta base		
5. Inhalables		

108. ¿Cuántos días de ese mes consumiste?
Anotar N° de días de 1 a 30
(Casi todos los días = 30)

	N° días
1. Alcohol	
2. Marihuana	
3. Cocaína	
4. Pasta base	
5. Inhalables	

Encuestador: Hacer las siguientes preguntas solamente si se declara consumir marihuana, cocaína o pasta base en el último año (preguntas 38b, 55b y 71b). Preguntar primero por marihuana, luego por cocaína y/o pasta base. Reemplazar (drogas) por la droga que corresponda.

			109. MARIHUANA		110. COCAÍNA/PAST A BASE	
			1.SÍ	2.NO	1.SÍ	2.NO
		¿UN MES ANTES DE QUE OCURRIERA ESE ÚLTIMO DELITO POR EL QUE TE HAN DETENIDO, PROCESADO O CONDENADO?				
		a) ¿Consumiste (drogas) para eliminar <i>problemas como éstos</i> o para evitar que se presentaran? *UTILIZA EL LISTADO DE ABAJO PARA AYUDARTE				
		b) ¿Y has presentado estos problemas cuando suspendías o disminuías el consumo de (drogas)? *UTILIZA EL LISTADO DE ABAJO PARA AYUDARTE				
		c) ¿Has sentido un deseo tan grande de usar (drogas) que no pudiste resistir o pensar en nada más?				
		d) ¿Has observado que para obtener el mismo efecto con (drogas) has consumido mayor cantidad que antes?				
		e) ¿Has notado que la misma cantidad de (drogas) tiene menos efecto en ti que antes?				
		f) ¿Has consumido (drogas) a pesar de que tenías la intención de no hacerlo?				
		g) ¿Has terminado consumiendo (drogas) en mayores cantidades de lo que pensaste?				
		h) ¿Has dejado de hacer o has suspendido actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de (drogas)?				
		i) ¿Has dedicado más tiempo que antes a conseguir y consumir (drogas), o pasas más tiempo recuperándote de sus efectos?				
		j) ¿Has continuado consumiendo (drogas) a pesar de que te ocasiona problemas de salud física, emocionales o nerviosos?				
		*LISTADO				
		-Ansioso, inquieto, irritable	-Estrés o depresión	-Náuseas, vómitos		
		-Problemas de concentración	-Tembloroso	-Ver, oír o sentir cosas inexistentes		
		-Fatigado, somnoliento, débil	-Taquicardia	-Problemas para dormir		

Tratamiento	Rehabilitación que han recibido los menores infractores de la ley del Centro Penal Juvenil Zurquí	Participación en tratamientos de drogas o alcohol alguna vez en la vida Tipo de tratamiento, estimación de calidad Efectos del tratamiento, estimación de resultados o impacto Disposición ante la rehabilitación	111. ¿Has recibido algún tipo de tratamiento para dejar de consumir alcohol o drogas alguna vez en la vida?	112. Pensando en el último tratamiento que tuviste o en el que tienes ahora,																		
			<table border="1"> <tr> <td>1. Sí, alguna vez, pero no actualmente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Sí, actualmente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. No, nunca he estado en tratamiento</td> <td></td> </tr> </table>	1. Sí, alguna vez, pero no actualmente		2. Sí, actualmente		3. No, nunca he estado en tratamiento		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1.SÍ</th> <th>2.NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ¿Estuviste (o estás) interno en un centro de tratamiento por algún tiempo?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. ¿Había (o hay) médicos, psicólogos u otros especialistas a cargo del programa?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. ¿Tenías (o tienes) contacto frecuente con supervisores, tutores o encargados? (digamos una vez a la semana o más seguido)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. ¿El programa tenía (o tiene) talleres o cursos de capacitación laboral o de nivelación educacional?</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		1.SÍ	2.NO	1. ¿Estuviste (o estás) interno en un centro de tratamiento por algún tiempo?			2. ¿Había (o hay) médicos, psicólogos u otros especialistas a cargo del programa?			3. ¿Tenías (o tienes) contacto frecuente con supervisores, tutores o encargados? (digamos una vez a la semana o más seguido)		
1. Sí, alguna vez, pero no actualmente																						
2. Sí, actualmente																						
3. No, nunca he estado en tratamiento																						
	1.SÍ	2.NO																				
1. ¿Estuviste (o estás) interno en un centro de tratamiento por algún tiempo?																						
2. ¿Había (o hay) médicos, psicólogos u otros especialistas a cargo del programa?																						
3. ¿Tenías (o tienes) contacto frecuente con supervisores, tutores o encargados? (digamos una vez a la semana o más seguido)																						
4. ¿El programa tenía (o tiene) talleres o cursos de capacitación laboral o de nivelación educacional?																						
			113. Pensando en el último tratamiento que tuviste o en el que tienes ahora,																			
			<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1. Sí</th> <th>2. No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Debido al tratamiento que recibes (o recibiste) ¿dejaste de consumir alcohol o drogas al menos por un mes?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Debido al tratamiento que recibes (o recibiste) ¿disminuiste la cantidad de alcohol o drogas que consumías?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Durante el tratamiento ¿has faltado (o faltabas) con frecuencia a las consultas, sesiones o actividades del programa?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. ¿Dejaste o abandonaste el tratamiento antes de que terminara?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Después de haber terminado el tratamiento ¿volviste a consumir alcohol o drogas igual que antes?</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		1. Sí	2. No	1. Debido al tratamiento que recibes (o recibiste) ¿dejaste de consumir alcohol o drogas al menos por un mes?			2. Debido al tratamiento que recibes (o recibiste) ¿disminuiste la cantidad de alcohol o drogas que consumías?			3. Durante el tratamiento ¿has faltado (o faltabas) con frecuencia a las consultas, sesiones o actividades del programa?			4. ¿Dejaste o abandonaste el tratamiento antes de que terminara?			5. Después de haber terminado el tratamiento ¿volviste a consumir alcohol o drogas igual que antes?			
	1. Sí	2. No																				
1. Debido al tratamiento que recibes (o recibiste) ¿dejaste de consumir alcohol o drogas al menos por un mes?																						
2. Debido al tratamiento que recibes (o recibiste) ¿disminuiste la cantidad de alcohol o drogas que consumías?																						
3. Durante el tratamiento ¿has faltado (o faltabas) con frecuencia a las consultas, sesiones o actividades del programa?																						
4. ¿Dejaste o abandonaste el tratamiento antes de que terminara?																						
5. Después de haber terminado el tratamiento ¿volviste a consumir alcohol o drogas igual que antes?																						
			114. ¿Te gustaría recibir ayuda profesional para disminuir o dejar el consumo de alcohol o de drogas?	115. ¿Estarías dispuesto a internarte durante algún tiempo para recibir ayuda profesional?																		
			<table border="1"> <tr> <td>1. Sí, definitivamente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Sí, probablemente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. No</td> <td></td> </tr> </table>	1. Sí, definitivamente		2. Sí, probablemente		3. No		<table border="1"> <tr> <td>1. Sí, definitivamente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Sí, probablemente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. No</td> <td></td> </tr> </table>	1. Sí, definitivamente		2. Sí, probablemente		3. No							
1. Sí, definitivamente																						
2. Sí, probablemente																						
3. No																						
1. Sí, definitivamente																						
2. Sí, probablemente																						
3. No																						

<p>Determinantes Sociales</p>	<p>Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los adolescentes infractores de la ley del Centro Penal Juvenil Zurquí</p>	<p>Residencia antes del encarcelamiento, nacionalidad, características familiares, miembros de la familia, jefe de hogar, antecedentes penales y de consumo de drogas, grupo de pares, auto concepto</p>	<p>116. Lugar de residencia: _____</p> <p>117. Nacionalidad: _____</p> <p>118. Caracterización de la familia:</p> <p>1. ¿Con quiénes vivías en tu casa?</p> <table border="1" data-bbox="768 428 1709 683"> <thead> <tr> <th>Parentesco</th> <th>Edad</th> <th>Escolaridad</th> <th>Ocupación</th> <th>Ingresos Económicos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>2. ¿Cuál miembro de tu familia es jefe de hogar? 1. Padre () 2. Madre () 3. Tío/a () 4. Abuelo/a () 5. Hermano/a () 6. Otro (): _____</p> <p>3. ¿Hay antecedentes de drogadicción en tu familia? 1. Sí () 2. No () ¿Quién? _____</p> <p>5. ¿Algún familiar tuyo ha estado ingresado en un centro penal? 1. Sí () 2. No () ¿Qué relación tiene contigo? _____</p> <p>6. ¿Tienes hijos (as)? 1. Sí () 2. No () (Si la respuesta es negativa pasar a la pregunta 119)</p> <p>7. ¿Actualmente tienes relación con el niño/la niña y/o con la mamá? 1. Sí () 2. No ()</p> <p>119. ¿Tu grupo de amigos consumía drogas? 1. Sí () 2. No ()</p> <p>120. ¿Consideras que tu grupo de amigos influyó para que consumieras drogas? 1. Sí () 2. No ()</p> <p>121. ¿Consideras que tu grupo de amigos influyó en el delito que cometiste? 1. Sí () 2. No ()</p> <p>122. ¿Has estado internado (a) en algún hospital o centro médico en alguna ocasión? 1. Sí () 2. No () Por problemas de drogadicción: _____ Otra causa: _____</p> <p>123. ¿Cómo ha sido tu estado de salud en general hasta ahora? 1. Excelente () 2. Bueno () 3. Regular () 4. Deficiente () 5. Malo ()</p> <p>124. ¿Cómo te describes a ti mismo?</p>	Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación	Ingresos Económicos																														
Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación	Ingresos Económicos																																		

3.5 Técnica de recolección de datos

Para la recolección de los datos, se utilizó la técnica de encuesta; la cual, según García (2009), consiste en la reunión de información por medio de cuestionarios empleados para aclarar o describir un fenómeno. La encuesta contiene “un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir. Debe ser congruente con el planteamiento del problema” (Brace citado por Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.217).

3.6 Instrumento

El instrumento utilizado fue tomado y adaptado del cuestionario del *Protocolo de Estudio sobre Drogas en Población Adolescente Infractora de la ley*, elaborado por el Observatorio Interamericano de Drogas, OEA/CICAD (2011), el cual utiliza el modelo tripartido de Goldstein (1985) para dar fracciones atribuibles a la relación droga-delito, y fue suministrado a los investigadores por el ICD.

La guía del cuestionario es estructurada, esto quiere decir que “se realiza de acuerdo con la estructura de la investigación. Presenta un estilo idéntico en el planteamiento de las preguntas y se lleva a cabo en el mismo orden para cada uno de los participantes, sin posibilidad de modificación” (García, 2009, p.43).

Las preguntas contenidas en el cuestionario utilizado corresponden a preguntas cerradas y abiertas. Según Hernández *et al.* (2010), las preguntas cerradas contienen opciones de respuesta que fueron delimitadas con anterioridad, lo que facilita, posteriormente, el proceso de codificación y análisis de datos; mientras que las preguntas abiertas, por su parte, no tienen una estructura definida de respuesta, es decir, el

entrevistado puede ampliar su respuesta según su propio criterio y el entrevistador debe categorizar la información posteriormente.

La organización del instrumento se divide en seis partes:

1. Información general.

La información general brinda la posibilidad de efectuar estimaciones por edad, sexo, región y nivel educacional.

2. Módulo I: Principales factores asociados, magnitud del consumo, abuso y dependencia al alcohol, tabaco y drogas ilícitas.

- Percepción de riesgo al uso de drogas.
- Acceso a drogas ilícitas y oferta.
- Prevalencias de consumo de vida, último año y último mes.
- Niveles de complejidad asociados al consumo de drogas.
- Edad de inicio en el uso de drogas.
- Trayectorias de uso de drogas.

3. Módulo II: Conexión alcohol/droga y delito.

- Antecedentes delictuales de los adolescentes.
- Edad de inicio en la comisión de delitos.
- Trayectoria y reincidencia delictiva, así como último delito por el que fueron procesados o condenados.
- Conexión psicofarmacológica: Comisión de último delito bajo la influencia del alcohol, marihuana, cocaína y pasta base, o con víctima bajo la influencia de drogas.

- Conexión económico-compulsiva: Comisión de último delito para conseguir drogas.
 - Conexión sistémica: Comisión de último delito en operaciones de tráfico de drogas.
4. Módulo III: Abuso/dependencia de alcohol/drogas asociada al delito.
- Prevalencia de consumo de drogas en el día que se cometió el delito.
 - Prevalencia de consumo de drogas en el mes antes del último delito.
 - Niveles de complejidad asociados al consumo de drogas el mes antes del delito.
5. Módulo IV: Tratamiento y rehabilitación.
- Antecedentes de tratamiento ante uso de alcohol y drogas.
 - Calidad del tratamiento recibido.
 - Efectividad del tratamiento recibido.
 - Disposición a recibir tratamiento.
6. Módulo V: Determinantes sociales.
- Lugar de residencia y nacionalidad.
 - Caracterización familiar.
 - Consumo de drogas por el grupo de pares y su influencia en el delito.
 - Estado de salud general e internamientos en centros de salud.
 - Autoimagen.

3.7 Validez

García (2009) define la validez como el grado en que un instrumento realmente cuantifica la variable que se desea medir. En este sentido, la validez del instrumento utilizado en la presente investigación se reafirma por ser un protocolo internacional previamente validado y aplicado por otros países miembros de la OEA, tales como Bolivia, Chile, Colombia, Perú y Uruguay.

En Costa Rica, la prueba piloto, realizada con el fin de validar el instrumento del protocolo utilizado, fue llevada a cabo por el ICD.

3.8 Presentación y análisis de datos

Para el análisis de los datos, se inició con la recolección de estos, por medio de encuestas cara a cara realizadas en el centro penal. Posteriormente, se procedió a la revisión de los datos, la codificación de la información obtenida y su digitación en el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), esto último en colaboración con un estadístico del ICD.

La presentación se realizó por medio de gráficos y tablas, para facilitar la comprensión y el análisis de los resultados de la investigación. Además, se efectuó el análisis descriptivo y correlacional de las variables que se contemplaron, con el objetivo de estudiar las prevalencias de consumo de drogas, la precocidad y el policonsumo, la relación entre delito y droga (iniciación o reincidencia), la disposición al tratamiento y la rehabilitación, así como la influencia de los determinantes sociales en el consumo de drogas y la comisión de delitos por parte de la población adolescente.

Además, para ampliar los conocimientos sobre el tema y enriquecer el análisis de los datos de la investigación, se procedió a la planificación de un simposio-foro. Esta técnica de discusión corresponde a una dinámica de grupo en la que se expone un tema y varias personas expresan su conocimiento sobre este, con el fin de obtener conclusiones satisfactorias (Müller, 2004).

El simposio-foro está constituido por dos partes, según lo expresa Müller (2004):

- Durante la primera, tres o cuatro expositores desarrollan un tema desde diferentes aspectos.
- Durante la segunda, los asistentes al foro desarrollan preguntas a los expositores o comparten opiniones sobre el tema.

La actividad del simposio-foro utiliza una persona moderadora para coordinar el orden de esta. Para llevar a cabo un adecuado desarrollo de la actividad, Müller (2004) indica los siguientes pasos:

1. El moderador menciona el tema del simposio; así como los subtemas.
2. Realiza la presentación de los expositores.
3. Explica el procedimiento a desarrollarse durante la actividad.
4. Ofrece la palabra al primer expositor, previamente indica nuevamente su nombre, título, cargo, ocupación y méritos personales relevantes.
5. Continúa así con cada uno de los expositores.
6. Una vez concluida la parte de exposiciones, el moderador puede indicar algunas ideas relevantes de la temática expuesta y dar inicio a la siguiente parte.

El simposio-foro se llevó a cabo el día 24 de julio de 2014, en el Auditorio de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica. Este inició a las 9:30 a.m., finalizó a las 11:30 a.m. y contó con la participación de 15 personas oyentes.

La actividad tuvo la siguiente organización del grupo de estudiantes: dos personas moderadoras, dos personas como expositores y una persona como secretaria. La directora del Seminario de Graduación, Felicia Arguedas Olsen, se encargó de introducir el tema y realizar el cierre de la actividad.

En el apartado de anexos, se encuentra la memoria del simposio-foro para observar con detalle el desarrollo de este, así como las conclusiones obtenidas al finalizar la actividad. (Ver Anexo 3)

3.9 Consideraciones éticas

La presente investigación se basa en los cuatro principios de la bioética, mencionados por Campos (2008); los cuales consisten en principio de no maleficencia, principio de beneficencia, principio de autonomía y libertad de decisión, y el principio de justicia.

Por lo tanto, se garantizó que a todo sujeto que participó de este estudio se le respetara su integridad física y psicológica, y, por ningún motivo, la participación representó un peligro que causara daños a las personas involucradas.

La realización de la encuesta se hizo únicamente bajo el consentimiento de la directora del Centro de Formación Penal Juvenil Zurquí, ya que es la encargada estatal de la tutela de los menores infractores de la ley que se encuentran en este centro. Sin embargo,

las personas adolescentes fueron libres de negarse a participar o retirarse de la investigación en el momento que así lo desearan, sin que esto generara ninguna responsabilidad de su parte, ni que ello justificara alguna reacción negativa por parte de los investigadores.

Finalmente, se garantiza la confidencialidad de los datos, la privacidad y el anonimato de las participantes, durante y después de la realización de la investigación.

3.10 Cronograma de trabajo

Con el objetivo de desarrollar las tareas y actividades de la investigación de forma ordenada, se elaboró el cronograma de trabajo que se presenta a continuación, el cual tiene como función la adecuada gestión de los proyectos.

Para la realización de este cronograma se delimitó el tiempo de agosto de 2013 a febrero de 2015; se colocaron todas las tareas o actividades necesarias para completar el estudio en una lista, y así, establecer una línea del tiempo básica para el cumplimiento de estas.

Fecha	Actividad
Agosto - Diciembre 2013	Elaboración del anteproyecto. Definición de las personas integrantes del comité asesor. Coordinación de reuniones con representantes del Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD). Autorización de ingreso al Centro de Formación Penal Juvenil Zurquí.
Diciembre 2013 – Enero 2014	Realización de entrevistas y recolección de datos. Coordinación de reuniones con estadístico del ICD. Replanteamiento de objetivos específicos.

Fecha	Actividad
Febrero – Abril 2014	<p>Tabulación de datos en programa Excel.</p> <p>Codificación de datos en el paquete estadístico SPSS.</p> <p>Elaboración de tablas y gráficos.</p> <p>Aplicación de correcciones y recomendaciones a la Memoria del Seminario.</p>
Mayo – Julio 2014	<p>Planificación del Foro.</p> <p>Ejecución del Foro.</p> <p>Aplicación de correcciones y recomendaciones a la Memoria del Seminario.</p>
Julio – Agosto 2014	<p>Aplicación de correcciones y recomendaciones a la Memoria del Seminario.</p> <p>Análisis de los resultados.</p> <p>Replanteamiento del segundo objetivo específico de la investigación.</p>
Septiembre – Octubre 2014	<p>Correcciones a la Memoria del Seminario.</p> <p>Elaboración de las conclusiones y recomendaciones.</p> <p>Revisión por parte de las lectoras y la directora.</p> <p>Entrega de avance al responsable del proyecto del ICD.</p>
Noviembre 2014	<p>Reunión con el responsable del proyecto del ICD.</p> <p>Aplicación de correcciones finales a la Memoria del Seminario.</p> <p>Entrega del borrador final a la Comisión de Trabajos Finales de Graduación de la Escuela.</p>
Enero 2015	<p>Preparación para la defensa del Seminario de Graduación.</p> <p>Aplicación de correcciones filológicas.</p>
Febrero 2015	<p>Defensa del Seminario de Graduación.</p> <p>Entrega de los documentos finales.</p>

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Presentación de resultados

En el presente capítulo, se exponen los resultados, posterior a la tabulación de los datos presentados en los 34 cuestionarios aplicados a los adolescentes del Centro de Formación Penal Juvenil Zurquí; los cuales fueron procesados por medio del paquete estadístico SPSS, según los criterios seleccionados por los investigadores para el cumplimiento de los objetivos.

Por lo anterior, a continuación, se presentan las tablas, los gráficos e información relevante arrojada por los resultados de la investigación.

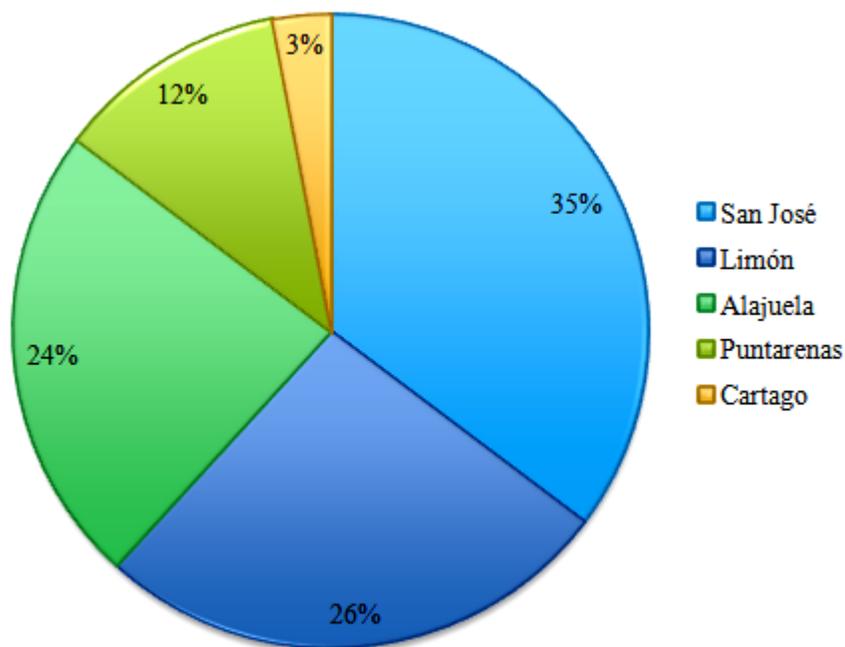
En cuanto a los datos sociodemográficos, se encontró que del total de adolescentes que conformaron la población en estudio, 97% corresponde al género masculino y solamente un 3% al femenino. Además, la edad modal de la población adolescente sentenciada en el centro penal es de 17 años cumplidos.

La mayoría de las personas adolescentes entrevistadas había cursado estudios de educación primaria (67.6%), de los cuales el 41.2% había aprobado el sexto grado; mientras que un 32.3% tenían estudios en educación secundaria, y de estos, un 23.5% habían aprobado el séptimo año.

Por otra parte, 44.1% de las personas entrevistadas se identifica con la religión cristiana protestante, 26.5% con la católica y 2.9% con la agnóstica; mientras que los 26.5% restantes no se identifica con ninguna religión o no respondió a la pregunta.

El gráfico 1 muestra la provincia de residencia de los sujetos participantes del estudio.

Gráfico 1. Provincia de residencia de los adolescentes infractores de la ley



En el gráfico anterior, se puede observar que un 85% de las personas adolescentes proviene de las provincias San José, Limón y Alajuela, en orden descendente, cabe destacar que de las siete provincias de Costa Rica, tres de ellas comprenden el mayor porcentaje de adolescentes sentenciados en el Centro de Formación Penal Juvenil Zurquí.

Para tener una mayor comprensión del contexto social de la población en estudio, se presenta en la tabla 1 el desglose por provincia y cantón en el que vivían los adolescentes antes de ingresar al centro de formación penal.

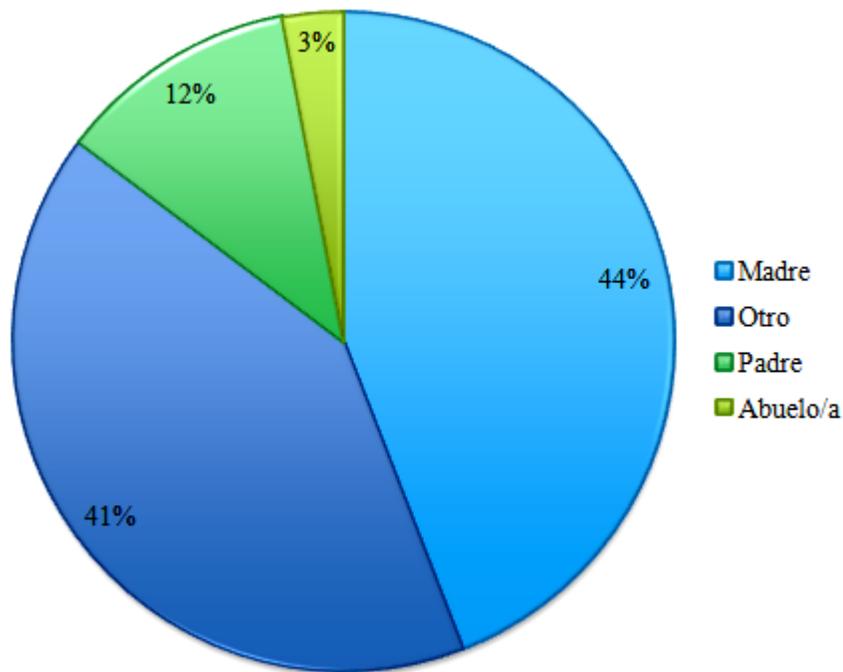
Tabla 1. Cantones de procedencia de los adolescentes infractores de la ley

Cantón	Porcentaje (%)
San José	18
Grecia	12
Alajuela	9
Limón	9
Matina	9
Goicoechea	6
Corredores	6
Aguirre	3
Aserrí	3
Curridabat	3
Guácimo	3
La Unión	3
Pérez Zeledón	3
Puntarenas	3
San Carlos	3
Santa Ana	3
Siquirres	3
Talamanca	3
Total	100

Haciendo referencia a la nacionalidad de la población en estudio, de los 34 adolescentes el 91.2% son costarricenses, 5.9% nicaragüenses y 2.9% de nacionalidad panameña.

En el siguiente gráfico se retratan los porcentajes de jefatura de los hogares de los que provienen la adolescente y los adolescentes sentenciados.

Gráfico 2. Porcentaje de jefatura de hogar en las familias de los adolescentes infractores de la ley



El 44% de las personas adolescentes provienen de hogares en los que la jefatura de hogar la tienen sus madres. Con respecto a la categoría Otro, de las personas que señalan esta opción, 42.8% hacen referencia al padrastro, 35.7% mencionan ser ellos mismos los jefes de hogar, 7.1% corresponde a una amiga, 7.1% la pareja y, por último, 7.1% indica que es su suegro.

De las madres jefes de hogar, un 86.6% aporta económicamente a la familia; el 13.4% restante corresponde a familias en las que el padre no vive con ellos, pero es quien asume los gastos económicos de la casa.

Los trabajos de las madres jefas de hogar que aportan económicamente corresponden a: amas de casa (30.7%), empleadas domésticas (15.4%), misceláneas (7.7%),

estilistas (7.7%), oficiales de seguridad privada (7.7%), obreras de maquila (7.7%), trabajo en una ONG (7.7%), trabajo profesional como educadora (7.7%); además un 7.7% no refirió la ocupación de la jefa de hogar.

Del total de adolescentes un 55.8% vivía solo con uno de sus progenitores.

En relación con el consumo de drogas en la población adolescente infractora de la ley, se encontró que el 41.1% inició el consumo antes de los 12 años, lo cual es definido, por el *Protocolo de Estudio sobre Drogas en Población Adolescente Infractora de la Ley* (OEA, 2011), como precocidad en el consumo de sustancias psicoactivas; cabe destacar que 64.2% de las personas adolescentes que inició el consumo precoz lo hizo con dos o más sustancias.

En la siguiente tabla, se muestra la prevalencia de consumo de vida según grupo etario y droga consumida. De estos datos se destaca que durante la etapa de la niñez, 41.1% consumió drogas y, de igual, forma un 41.1% consumió cocaína; además, durante la etapa de la adolescencia temprana se resaltan los datos del consumo de alcohol (67.6%), marihuana (64.7%), cigarrillos de tabaco (61.8%) y tranquilizantes (55.9%). En la etapa de la adolescencia tardía se recalca que 44.1% consumió cocaína, 29.4% consumió tranquilizantes y 23.5% consumió ketamina.

Tabla 2. Prevalencia de consumo de vida en adolescentes infractores de la ley, según grupo de edad y droga consumida

Droga	Grupo de edad			
	Niñez	Adolescencia	Adolescencia	No indica
	(menores 12 años)	temprana (12 a 15 años)	tardía (15 a 18 años)	
	%	%	%	%
Cigarrillos de tabaco	8.8	61.8	11.8	17.6
Alcohol	5.9	67.6	11.8	14.7
Marihuana	11.8	64.7	8.8	14.7
Hachís	8.8	38.2	5.9	47.1
Cocaína	41.2	14.7	44.1	0
Pasta base/básica/bazuco	0	8.8	5.9	85.3
Crack	2.9	11.8	2.9	82.4
Heroína	0	2.9	0	97.1
Tranquilizantes	5.9	55.9	29.4	8.8
Estimulantes	0	5.9	2.9	91.2
Analgésicos con codeína	0	0	5.9	94.1
Inhalables como pegamentos	0	17.6	5.9	76.5
Poppers o reventadores	0	0	0	100
Relevón	0	0	0	100
Alucinógenos como LSD	0	2.9	5.9	91.2
MDMA	0	26.5	14.7	58.8
Anfetaminas	0	0	8.8	91.2
GHB	0	0	2.9	97.1
Ketamina	0	17.6	23.5	58.8
Otras	2.9	8.8	2.9	85.3

Por un lado, con respecto al inicio de consumo de drogas según la edad de las personas adolescentes, se destaca que 82.3% había consumido cigarrillos de tabaco y 32.1% de ellos inició el uso a los 12 años. Por otro lado, la edad en la que se presenta el

mayor inicio del consumo de bebidas alcohólicas fue a los 12 años, lo que representa un 27.6%. Con respecto al consumo de tranquilizantes, 52.9% refirió haber utilizado esta sustancia y 33.3% inició a los 14 años.

En cuanto a la marihuana, 85.2% refirió haberla consumido y de estos un 24.1% inició el uso de esta droga a los 12 años. Los datos obtenidos hacen referencia a que, con respecto al consumo de hachís, la edad de inicio de consumo con mayor porcentaje (44.4%) corresponde a los 12 y 14 años.

De los adolescentes implicados en el estudio, 58.5% refirió haber consumido cocaína, siendo los 14 años la edad de inicio en un 14.7% del total. Con respecto al consumo de MDMA, del total de 34 adolescentes, 41.1% utilizó la droga, siendo los 13 años la edad de inicio de consumo (35.7%). Por último, un total de 41.1% de los adolescentes admitió haber consumido ketamina y 28.6% inició a los 15 años.

En la siguiente tabla, se puede observar el porcentaje de adolescentes que consumieron los diferentes tipos de droga, en prevalencias de vida, último año y último mes.

Tabla 3. Prevalencia de consumo de vida, año y mes por tipo de droga

Droga	Prevalencias (valores porcentuales %)		
	Vida	Año	Mes
Cigarrillos de tabaco	82.4	52.9	23.5
Alcohol	85.3	17.6	5.9
Marihuana	85.3	70.6	44.1
Hachís	52.9	n.d.	n.d.
Cocaína	58.8	23.5	2.9
Pasta base/básica/bazuco	14.7	n.d.	n.d.
Crack	17.6	5.9	n.d.
Heroína	2.9	n.d.	n.d.
Tranquilizantes	52.9	n.d.	n.d.
Estimulantes	8.8	n.d.	n.d.
Analgésicos con codeína	5.9	n.d.	n.d.
Inhalables como pegamentos	23.5	5.9	n.d.
Poppers o reventadores	n.d. *	n.d.	n.d.
Relevón	n.d.	n.d.	n.d.
Alucinógenos como LSD	17.6	n.d.	n.d.
MDMA	41.2	5.9	2.9
Anfetaminas	8.8	n.d.	n.d.
GHB	2.9	n.d.	n.d.
Ketamina	41.2	n.d.	n.d.
Otras	8.8	n.d.	n.d.

*n.d.: No hay datos.

El estudio muestra que el alcohol y la marihuana (85.3%), seguido de los cigarrillos de tabaco (82.4%), son las drogas con más altas prevalencias de vida entre los jóvenes recluidos en el Centro de Formación Penal Juvenil Zurquí.

Las drogas que presentaron una mayor prevalencia de consumo en el último año fueron: marihuana con 70.6%, cigarrillos de tabaco con un 52.9% y cocaína con 23.5%.

Es importante resaltar que un 67.6% de los jóvenes llevaba recluso más de un año, por lo tanto, aunque el consumo disminuye por el encarcelamiento, este permanece dentro del centro de formación penal.

Las drogas con una prevalencia de uso en el último mes de mayor importancia son: marihuana (44.1%), cigarrillos de tabaco (23.5%) y alcohol (5.9%). Sin embargo, en este punto se debe considerar que la persona adolescente que tiene menos tiempo de estar en la cárcel lleva dos meses dentro de la institución, por lo tanto, todas las prevalencias de consumo de último mes se dieron dentro del sistema penitenciario cerrado.

En relación con los niveles de complejidad asociados al consumo de drogas, se encontró que 38.2% de las personas entrevistadas presenta dependencia a la marihuana.

En la siguiente tabla, se muestran las estimaciones de dependencia, la simple se refiere a que se presentan tres o más de los indicadores, cualesquiera, de los niveles de complejidad (tolerancia, abstinencia o uso compulsivo); la dependencia fisiológica hace referencia a que se presenta un indicador de cada nivel de complejidad, es decir, un indicador de tolerancia, uno de uso compulsivo y uno de síndrome de abstinencia, como mínimo.

Tabla 4. Estimaciones de dependencia a la marihuana

Estimación	Porcentaje (%)
Simple	32.3%
Fisiológica	5.9%

En las tablas de la 5 a la 7, se muestran los niveles de complejidad del consumo de drogas, según sus indicadores y la prevalencia de ellas en la población entrevistada, para medir dependencia según el CIE-10.

Tabla 5. Porcentaje de indicadores de tolerancia, asociados al consumo de marihuana y cocaína

Tolerancia	Porcentajes (%)	
	Marihuana	Cocaína
Aumento de consumo para obtener efecto	14.7	2.9
Disminución del efecto con la misma cantidad de droga	14.7	2.9

El porcentaje de indicadores de tolerancia asociados al consumo de marihuana y cocaína corresponden a un 14.7% y un 2.9%, respectivamente.

Tabla 6. Porcentaje de indicadores de abstinencia, asociados al consumo de marihuana y cocaína

Abstinencia	Porcentajes (%)	
	Marihuana	Cocaína
Presencia de problemas ³ al suspender o disminuir el consumo	20.6	0
Consumo para eliminar los problemas ³	17.6	0

Los indicadores de abstinencia muestran, en el uso de marihuana, la presencia de diversos problemas asociados al consumo de la sustancia.

³ Los problemas son ansiedad, inquietud, irritabilidad, problemas de concentración, fatiga, somnolencia, debilidad, estrés o depresión, temblores, taquicardia, náuseas, vómitos, problemas para dormir, ver, oír o sentir cosas inexistentes.

Tabla 7. Porcentaje de indicadores de uso compulsivo, asociados al consumo de marihuana y cocaína

Uso compulsivo	Porcentajes (%)	
	Marihuana	Cocaína
Suspensión de actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo	20.6	0
Permanencia del consumo a pesar de que ocasione problemas de salud	32.4	0
Deseo irresistible de consumo	5.9	0
Consumo a pesar de tener la intención de no hacerlo	23.5	2.9
Consumo en mayores cantidades de lo pensado	38.2	0
Mayor tiempo de recuperación de los efectos	5.9	0

Los indicadores de uso compulsivo de la marihuana que se presentaron mayoritariamente fueron el *consumo en mayores cantidades de lo pensado* (38.2%) y la *permanencia del consumo a pesar de reconocer las implicaciones sobre la salud* (32.4%). En referencia al consumo de cocaína, la única manifestación que se presentó, con un 2.9%, corresponde *al consumo a pesar de tener la intención de no hacerlo*.

En la siguiente tabla, se puede evidenciar que el abuso de marihuana se relaciona, en su mayoría, con situaciones que llevan a los adolescentes a cometer acciones que infringen la ley; además, también hay un número considerable de adolescentes que piensan que consumir esta droga los hace exponerse a peligros.

Tabla 8. Criterios para medir el abuso de marihuana y alcohol en los adolescentes infractores de la ley que consumieron en los últimos 12 meses, según el DSM IV

Criterios para medir abuso, según el DSM IV	Marihuana ^a		Alcohol ^b		
	Sí (%)	No (%)	Sí (%)	No (%)	
Infracción de la ley	60	40	50	50	
Deserción escolar/desempleo	13.4	86.6	50	50	
Desorganización familiar	26.6	73.4	50	50	
	Exposición al peligro	40	60	50	50
Desorden conductual	Involucramiento en peleas	33.4	66.6	100	0

Nota. DSM IV= Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

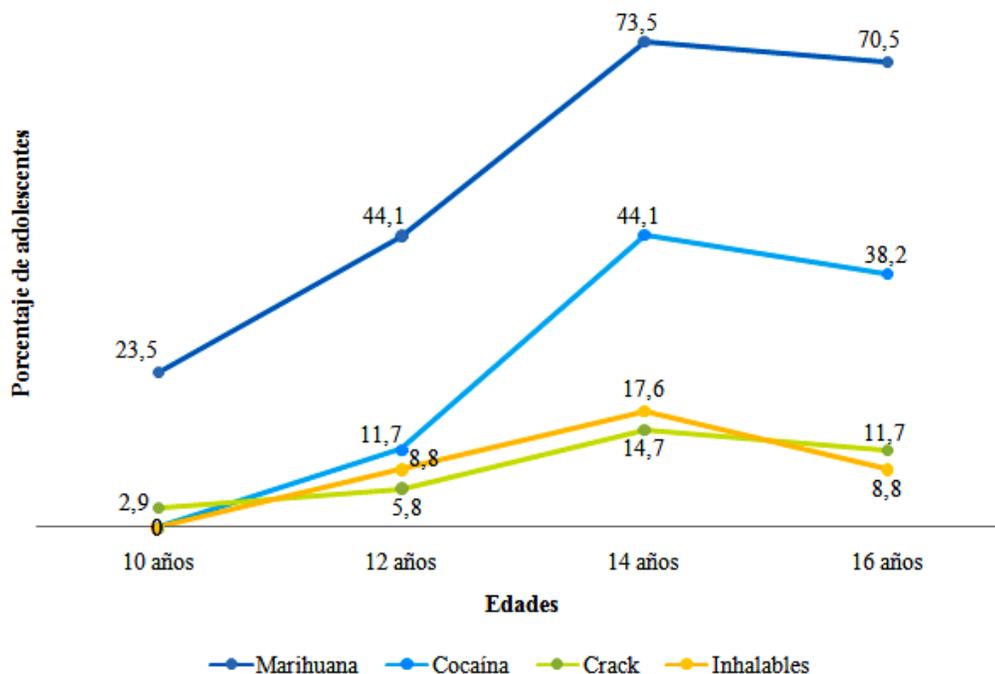
^a n=15

^b n=2

Asociado al abuso del alcohol, las dos personas adolescentes que entran en esta categoría mencionan que se involucran en peleas.

En el siguiente gráfico se muestra que entre los 12 y los 14 años de edad se presenta un incremento significativo en el número de adolescentes que consumen marihuana y cocaína y, en menor medida, en el consumo de crack e inhalables.

Gráfico 3. Trayectoria de consumo de marihuana, cocaína, crack e inhalables, desde los 10 hasta los 16 años



De la población total de adolescentes entrevistados, 61.7% ha consumido dos o más sustancias simultáneamente (marihuana, cocaína/crack, inhalables). En la siguiente tabla se detalla el número de adolescentes policonsumidores según las edades expuestas.

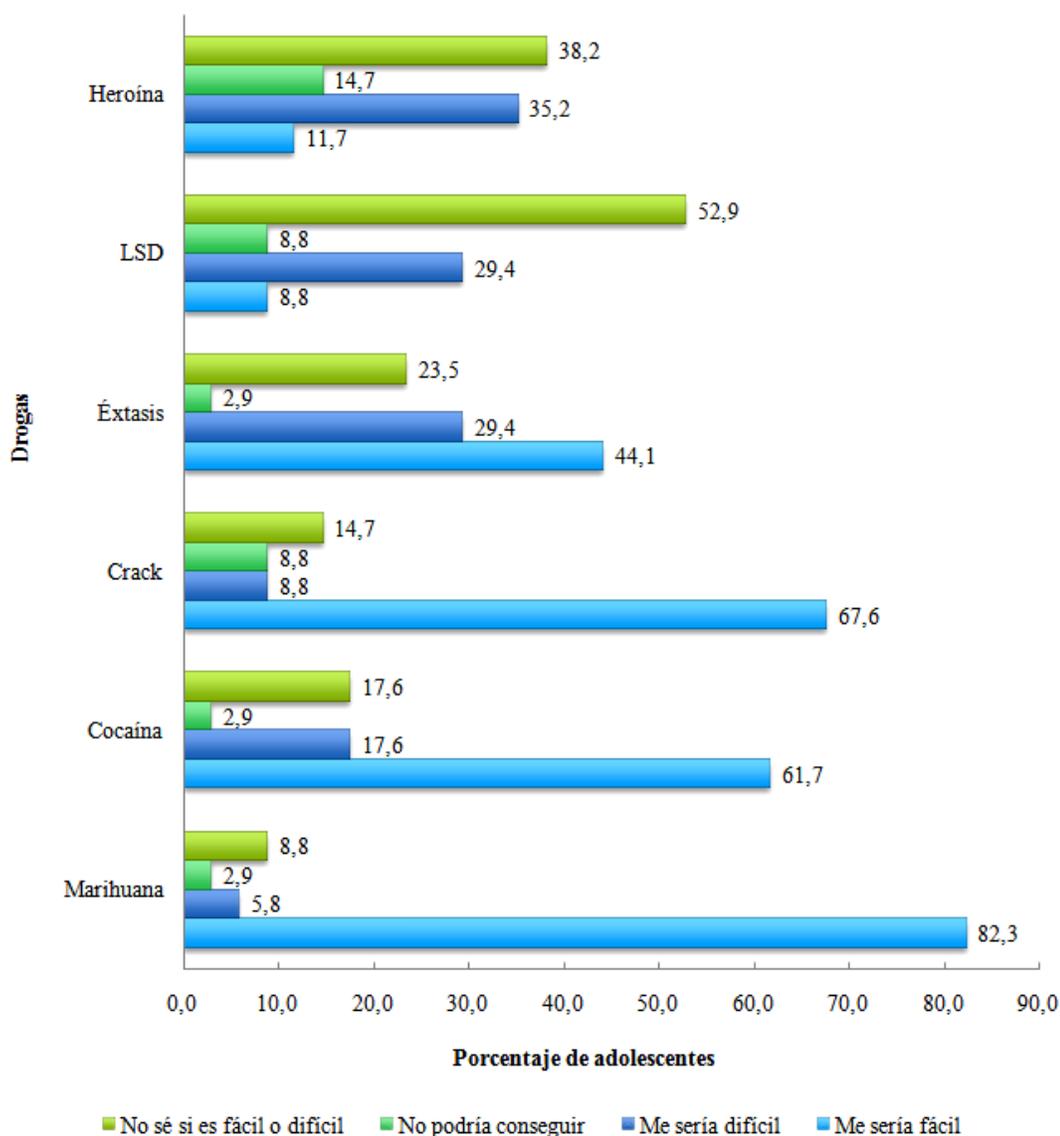
Tabla 9. Estimación de consumo múltiple de sustancias en la población adolescente infractora de la ley durante las edades 10, 12, 14 y 16 años

Edad (años)	Adolescentes
	Porcentaje (%)
10	2.9
12	23.5
14	47
16	38.2

Con relación a la percepción de riesgo del consumo de drogas, el mayor porcentaje refirió que existía un gran riesgo para el consumo de: crack (88.2%), cigarrillos de tabaco (73.5%), cocaína (73.5%) y bebidas alcohólicas (55.9%). Por otra parte, para un 35.3% de los jóvenes el consumo de marihuana no representa ningún riesgo y para el 23.5% representa un riesgo leve.

El gráfico 4 muestra el acceso a las drogas ilícitas en la población entrevistada.

Gráfico 4. Acceso a drogas ilícitas por parte de los adolescentes infractores de la ley



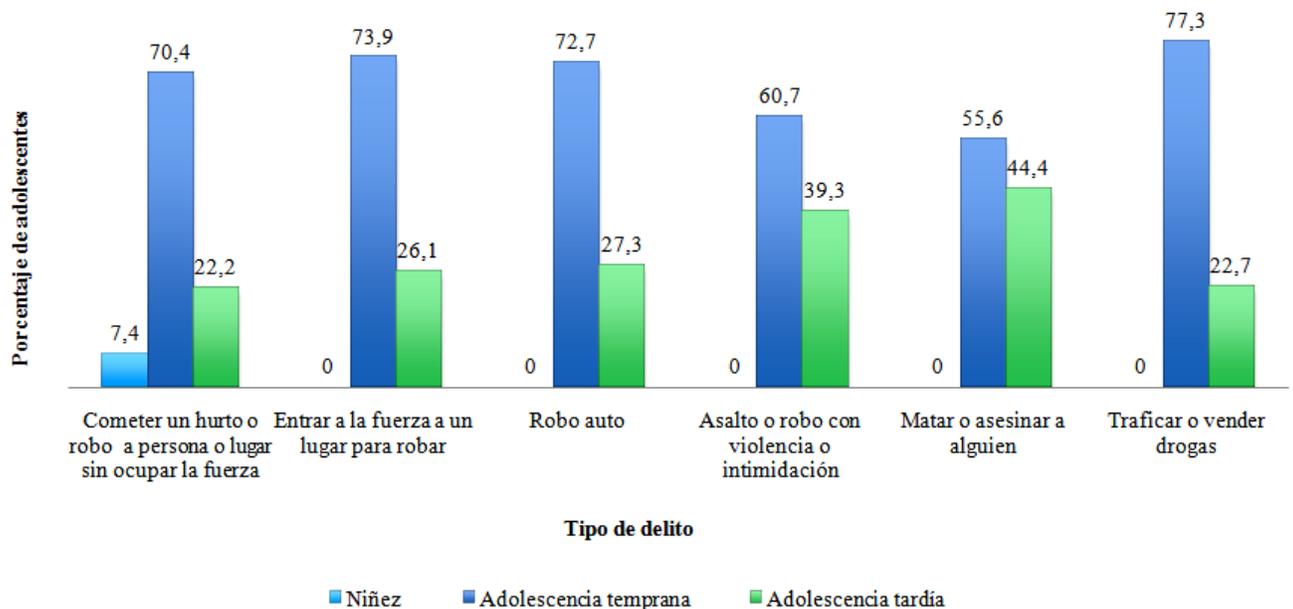
En cuanto al acceso a heroína y LSD, la mayoría de los adolescentes refiere no saber si es fácil o difícil conseguirlas, o que les sería difícil. Para el éxtasis, crack, cocaína y marihuana, la mayor parte de los adolescentes indica que les sería fácil obtenerlas, siendo la marihuana la droga a la que se tiene mayor acceso.

Es importante resaltar que aunque el crack es una droga fácil de conseguir por las personas adolescentes, las prevalencias de consumo de esta son relativamente bajas, lo que se puede asociar a la alta percepción del riesgo que refieren sobre esta.

A continuación, se muestran los principales resultados de la investigación en relación con la comisión de delitos en la población adolescente entrevistada.

El siguiente gráfico muestra el porcentaje de infracciones a la ley, según tipo de delito y grupo de edad.

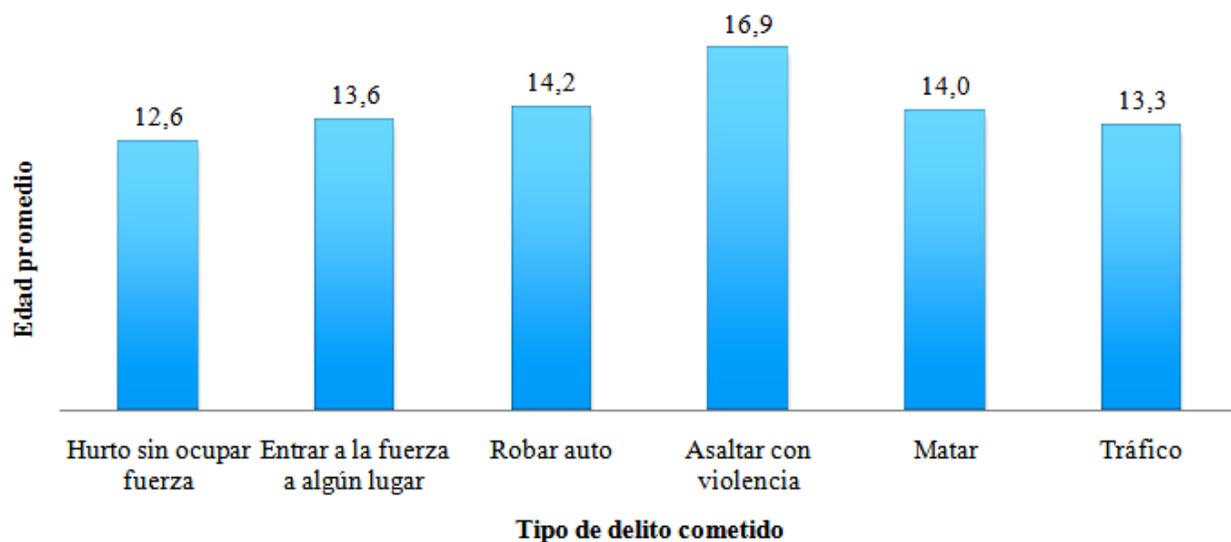
Gráfico 5. Porcentaje de infracciones a la ley, según tipo de delito y grupo de edad



De la población de adolescentes entrevistados, el 71.5% ($P_{25}= 60.7\%$ - $P_{75}= 73.9\%$) cometió los delitos durante la adolescencia temprana, de manera que esta etapa de la vida es en la que se cometieron más delitos; durante la niñez únicamente un 7.4% robó a una persona o lugar sin necesidad de ocupar la fuerza. Se debe considerar, al igual que con el consumo de drogas, que muchas de las personas adolescentes ya se encontraban dentro del sistema penitenciario durante la adolescencia tardía, por lo que la disminución en los porcentajes de infracciones a la ley se ve influenciada por esta situación.

El gráfico 6 muestra la edad promedio en la que las personas entrevistadas iniciaron la comisión de alguno de los delitos estipulados en el instrumento.

Gráfico 6. Edad promedio de inicio (en años), en la comisión del delito según tipo de delito



Se puede evidenciar que el rango de edad promedio de inicio en la comisión de algún delito se encuentra entre los 12 y 16 años de edad, siendo el de inicio más temprano el hurto sin necesidad de ocupar la fuerza, y el de inicio más tardío el asalto con violencia.

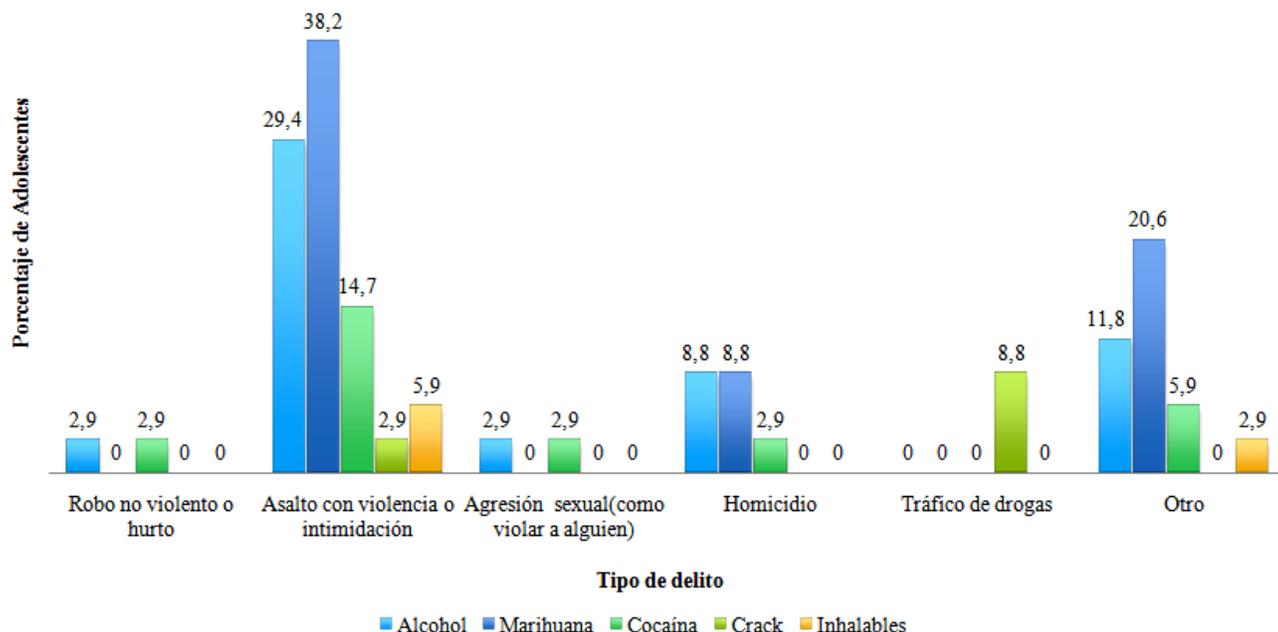
Además, se resalta que a los 13 años se da la incursión en el tráfico de drogas y a los 14 años cometieron homicidio.

Tomando en consideración el último delito por el que los jóvenes fueron detenidos, procesados o condenados, la principal infracción cometida corresponde a asaltar o robarle a alguien con violencia o intimidación, cometido por el 50% de la población. El segundo porcentaje más alto, un 26.5%, hace referencia a la categoría de otros delitos, que incluye específicamente tentativa de homicidio, agresión a un oficial, desobediencia de medidas cautelares y secuestro; dentro de esta categoría el principal delito fue la tentativa de homicidio, cometido por 17.6% del total de adolescentes. En tercer lugar, se encuentra el delito de homicidio con un 14.7% de los jóvenes.

En cuanto a la relación entre el consumo de drogas y la comisión de actos delictivos, se presentan a continuación los resultados obtenidos del estudio.

El gráfico 7 muestra el consumo de algún tipo de droga durante el mes anterior a la comisión del delito. En ella, se puede observar una alta prevalencia de consumo en el mes previo a cometer el delito de asalto con violencia o intimidación, siendo la droga más consumida la marihuana, seguida del alcohol, la cocaína, los inhalables y, por último, el crack.

Gráfico 7. Prevalencia de consumo de alcohol, drogas ilícitas e inhalables un mes antes de haber cometido el delito, por tipo de delito



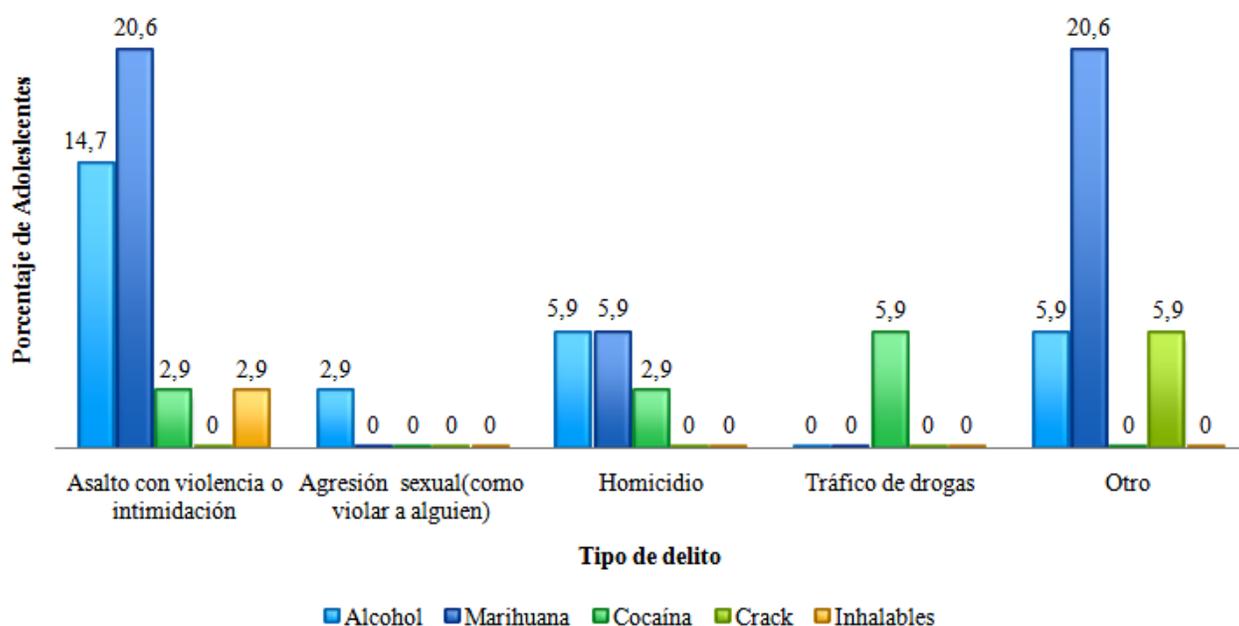
Resalta el elevado consumo de crack un mes antes de cometer el delito de tráfico de drogas, donde se observa una prevalencia de consumo de último mes de 8.8%.

Además, es muy importante destacar la prevalencia de consumo de marihuana (20.6%) en la categoría otro; la cual incluye los delitos mencionados anteriormente.

De igual manera, es necesario mencionar que un 58.8% de los adolescentes se encontraban en condición de abuso a una determinada sustancia psicoactiva; este es estimado por la OEA (2011) como el consumo frecuente de una droga, medido de 1 a 30 días de consumo en el último mes. Se considera abuso de alcohol o marihuana el consumo por 20 o más días durante el último mes, y en el caso de la cocaína, el crack y los inhalables, el consumo por 10 o más días durante el último mes.

El gráfico 8 muestra la prevalencia del consumo de drogas el mismo día de haber cometido el delito. Los datos evidenciaron que el día en el que se cometió los delitos las drogas más utilizadas fueron la marihuana y el alcohol, así mismo el delito mayoritariamente cometido bajo los efectos de las drogas fue el asalto con violencia o intimidación, seguido de la categoría otro (tentativa de homicidio, agresión a un oficial, desobediencia de medidas cautelares y secuestro).

Gráfico 8. Prevalencia de consumo de alcohol, drogas ilícitas e inhalables el mismo día de haber cometido el delito, por tipo de delito



En las tablas de la 10 a la 12, se muestran los niveles de complejidad del consumo de drogas, según sus indicadores y la prevalencia de ellas 12 meses antes de cometer el delito en la población entrevistada; lo cual se utiliza para medir dependencia según el CIE-10.

Tabla 10. Porcentaje de indicadores de tolerancia, asociados al consumo de marihuana y cocaína 12 meses antes de cometer el delito

Tolerancia	Porcentajes (%)	
	Marihuana	Cocaína
Aumento de consumo para obtener efecto	38.2	8.8
Disminución del efecto con la misma cantidad de droga	29.4	8.8

En la tabla 10, se evidencia que un 38.2% de la población recurrió al aumento del consumo de marihuana para obtener el mismo efecto, durante el último año anterior a la infracción; lo anterior también podría interpretarse como que casi 4 de cada 10 jóvenes no alcanzaban el efecto deseado con la cantidad de marihuana que consumían con frecuencia, y, por lo tanto, tuvieron que aumentar la dosis de la droga.

Tabla 11. Porcentaje de indicadores de abstinencia, asociados al consumo de marihuana y cocaína 12 meses antes de cometer el delito

Abstinencia	Porcentajes (%)	
	Marihuana	Cocaína
Presencia de problemas ⁴ al suspender o disminuir el consumo	35.3	5.9
Consumo para eliminar problemas ⁴	32.4	2.9

Con respecto a la tabla anterior, que hace mención a indicadores de abstinencia 12 meses antes de cometer el delito, se evidencia que el porcentaje de jóvenes que presentan los problemas expuestos al suspender o disminuir el consumo de la marihuana fue de 35.3% y de 5.9% en el caso de la cocaína.

⁴ Los problemas son ansiedad, inquietud, irritabilidad, problemas de concentración, fatiga, somnolencia, debilidad, estrés o depresión, temblores, taquicardia, náuseas, vómitos, problemas para dormir, ver, oír o sentir cosas inexistentes.

Tabla 12. Porcentaje de indicadores de uso compulsivo, asociados al consumo de marihuana y cocaína 12 meses antes de cometer el delito

Uso compulsivo	Porcentajes (%)	
	Marihuana	Cocaína
Suspensión de actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo	29.4	8.8
Permanencia del consumo a pesar de que ocasione problemas de salud	55.9	8.8
Deseo irresistible de consumo	29.4	5.9
Consumo a pesar de no tener la intención de hacerlo	52.9	8.8
Consumo en mayores cantidades de lo pensado	58.8	11.8
Mayor tiempo de recuperación de los efectos	20.6	5.9

De acuerdo con la tabla anterior, se destaca con respecto a la marihuana una presencia en mayor proporción de *consumo en mayores cantidades de lo pensado* (58.8%) y, en segundo lugar, el *consumo a pesar de conocer la implicación que tiene en la salud* (55.9%). En referencia al consumo de cocaína, la manifestación que se presentó principalmente fue el *consumo en mayores cantidades de lo pensado* (11.8%). Todo lo anterior dado en el transcurso de 12 meses antes de cometer el delito.

En las tablas de la 13 a la 15, se muestran los niveles de complejidad del consumo de drogas, según sus indicadores y la prevalencia de ellas en la población entrevistada, un mes antes de cometer el delito, para medir dependencia según el CIE-10.

Tabla 13. Porcentaje de indicadores de síndrome de tolerancia, asociados al consumo de marihuana 1 mes antes de cometer el delito

Tolerancia	Porcentajes (%)
Aumento de consumo para obtener efecto	38.2
Disminución del efecto con la misma cantidad de droga	29.4

La tabla anterior muestra que un 38.2%, es decir, casi 4 de cada 10 adolescentes que consumieron marihuana un mes antes de cometer el delito debieron aumentar el consumo de la droga para obtener el mismo efecto que experimentaban tiempo atrás, por lo tanto, se evidencia que la población adolescente que está dentro de este porcentaje están experimentando tolerancia hacia los efectos de la droga.

Tabla 14. Porcentaje de indicadores de síndrome de abstinencia, asociados al consumo de marihuana 1 mes antes de cometer el delito

Abstinencia	Porcentajes (%)
Presencia de problemas ⁵ al suspender o disminuir el consumo	35.3
Consumo para eliminar problemas ⁵	32.4

La tabla 14 expone que 35.3% de las personas adolescentes que consumieron marihuana los 30 días previos a cometer el delito presentaron problemas asociados a ese consumo, los cuales se hacían evidentes al disminuir o suspender el uso de la droga y formaban parte de los motivos que las incitaba a continuar el con el consumo de esta.

⁵ Los problemas son ansiedad, inquietud, irritabilidad, problemas de concentración, fatiga, somnolencia, debilidad, estrés o depresión, temblores, taquicardia, náuseas, vómitos, problemas para dormir, ver, oír o sentir cosas inexistentes.

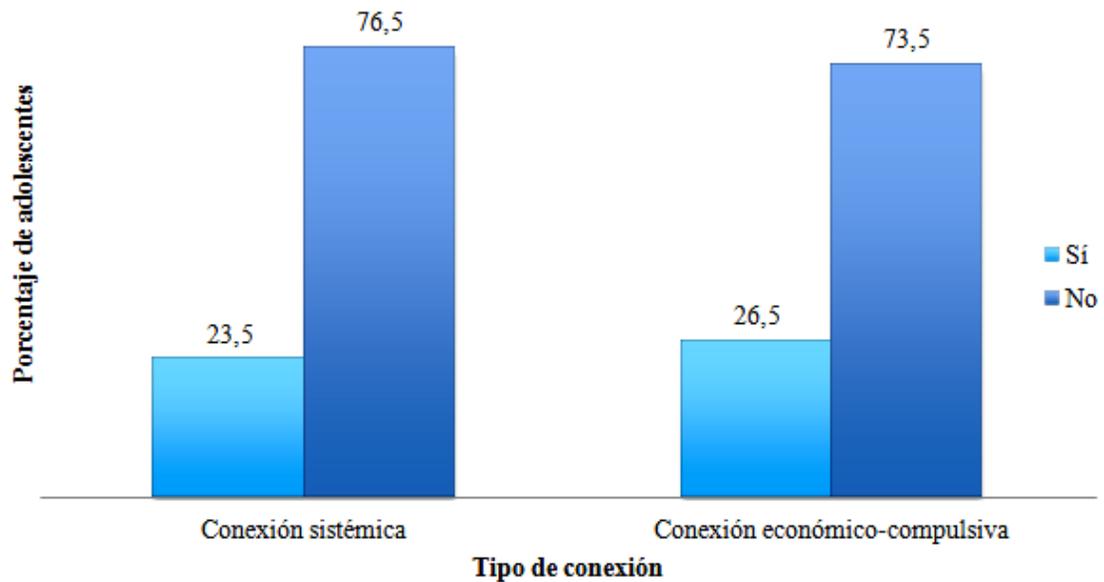
Tabla 15. Porcentaje de indicadores de uso compulsivo, asociados al consumo de marihuana 1 mes antes de cometer el delito

Uso compulsivo	Porcentajes (%)
Suspensión de actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo	29.4
Permanencia del consumo a pesar de que ocasione problemas de salud	55.9
Deseo irresistible de consumo	29.4
Consumo a pesar de no tener la intención de hacerlo	52.9
Consumo en mayores cantidades de lo pensado	58.8
Mayor tiempo de recuperación de los efectos	20.6

De los indicadores anteriores de uso compulsivo, 3 de ellos se presentaron en más de la mitad de los adolescentes que consumieron marihuana un mes antes de cometer el delito; estos indicadores están relacionados con la falta de autocontrol y las consecuencias negativas que tiene para la salud el consumo de esta droga.

En el gráfico 9, se establecen las conexiones sistémica y económico-compulsiva según el modelo de Goldstein (1985), donde la sistémica se relaciona con la producción, distribución (intermediarios) y consumo de drogas, lo que puede entenderse como la red de narcotráfico. La conexión económico-compulsiva, según el mismo autor, se relaciona con que la comisión de la acción delictiva fue con el fin de comprar y consumir drogas.

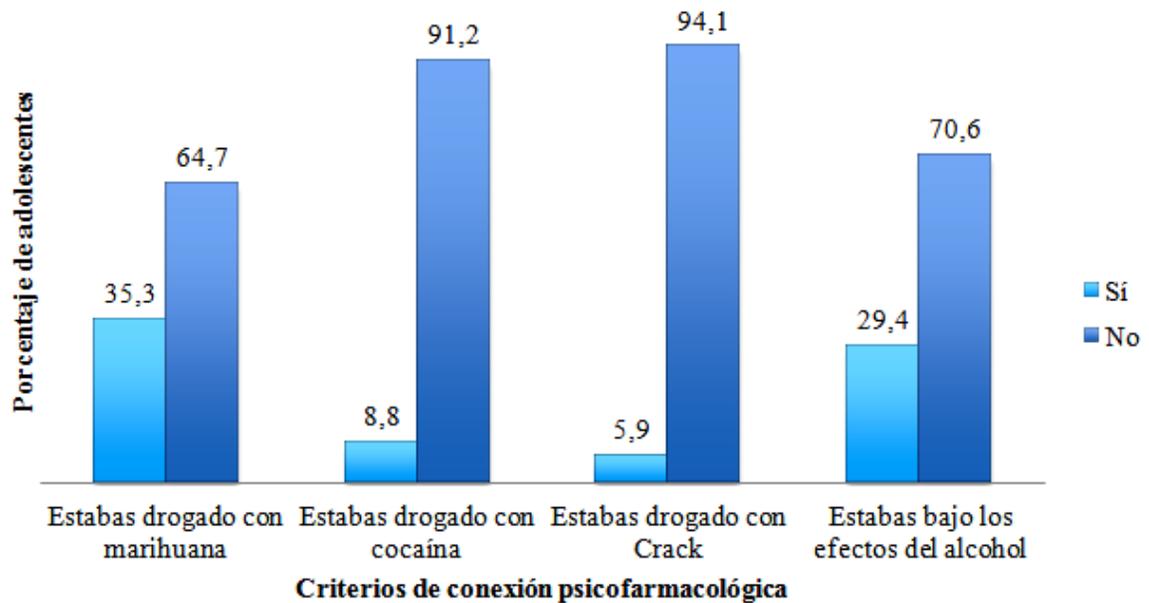
Gráfico 9. Conexión sistémica y económica compulsiva según el modelo de atribución droga/delito de Goldstein, en los adolescentes infractores de la ley



Los resultados evidencian que la mayoría de los adolescentes entrevistados no tenía una conexión sistémica o económica compulsiva relacionada con el delito que cometieron.

En cuanto a la conexión psicofarmacológica, la cual se relaciona con la comisión de actos delictivos bajo los efectos de alguna droga, se encontró que la mayoría de las personas adolescentes tampoco tenía este tipo de conexión relacionada con la comisión del delito. Del total de adolescentes, 41.1% estaban bajo los efectos de alguna droga cuando cometieron el delito; de esos, el 64.2% refiere que habría cometido el delito independientemente de estar o no bajo los efectos de la droga, es decir, que ya tenían la intención de delinquir.

Gráfico 10. Conexión psicofarmacológica según el modelo de atribución droga/delito de Goldstein, en los adolescentes infractores de la ley

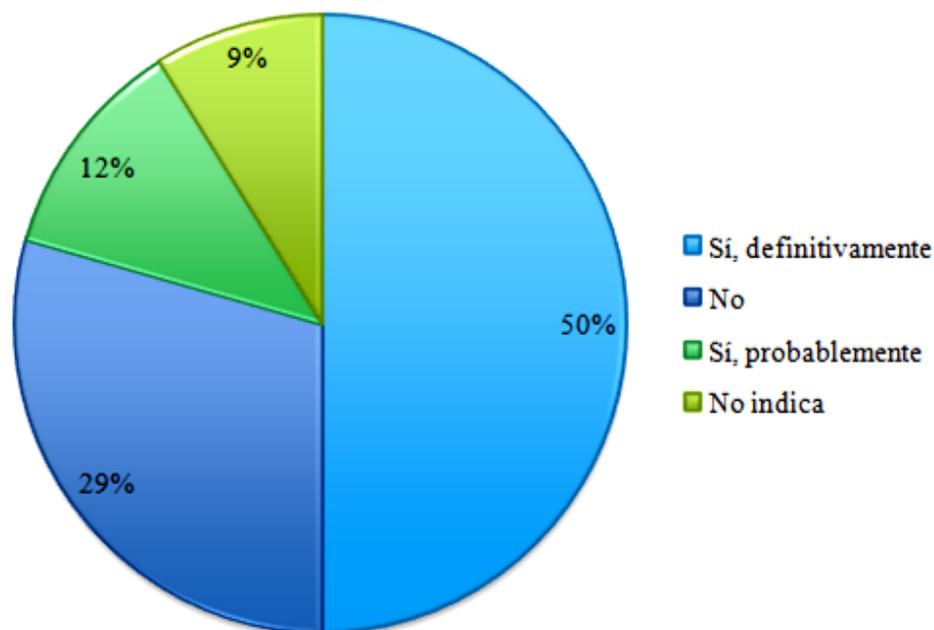


Es importante destacar que 35.2% de la población se encontraba bajo los efectos de la marihuana y 29.4% estaba bajo los efectos del alcohol cuando se cometió el acto delictivo.

En cuanto al tratamiento o rehabilitación del consumo de drogas, el siguiente gráfico muestra la respuesta a la pregunta de si estaban dispuestos a recibir tratamiento.

Los resultados muestran que a 62% de las personas adolescentes entrevistadas les gustaría recibir ayuda profesional para disminuir o dejar el consumo de drogas.

Gráfico 11. Disposición al tratamiento profesional por parte de los adolescentes infractores de la ley



En cuanto a la cobertura del tratamiento, solamente 23.5% refirió haber recibido algún tipo de tratamiento para dejar el consumo de drogas, y de estos, 37.5% lo recibía en el momento en el que se realizaron las entrevistas.

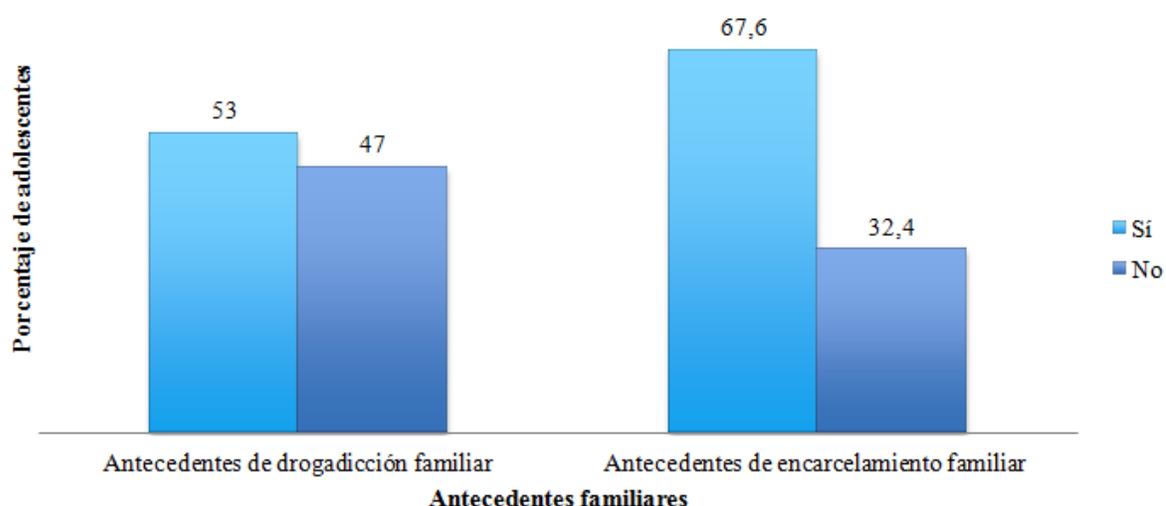
Con respecto a la calidad del tratamiento, 75% de las personas que recibió tratamiento estuvo internado en algún centro de rehabilitación; el 100% refirió que existían profesionales a cargo del programa, sin embargo, únicamente 75% de ellos mantenía contacto frecuente con supervisores, tutores o encargados (una vez a las semana o más seguido) y contaba con talleres o cursos de capacitación laboral o nivelación educacional.

Debido a este tratamiento que recibieron, según los datos obtenidos, 62.5% dejó el consumo de drogas al menos por un mes y disminuyó la cantidad de drogas consumidas. En cuanto a la asistencia, 62.5% mencionó que no faltaba con frecuencia a las sesiones del

programa; no obstante, la misma cantidad refirió abandonar el tratamiento antes de que terminara. Además, el 50% volvió a consumir drogas antes de finalizar el programa de rehabilitación.

Finalmente, el gráfico 12 hace referencia a los antecedentes de drogadicción y de encarcelamiento, presentes en algún o algunos miembros de la familia de las personas adolescentes entrevistadas en el Centro de Formación Penal Juvenil Zurquí.

Gráfico 12. Antecedentes de drogadicción y encarcelamiento en las familias de los adolescentes infractores de la ley



En este gráfico se aprecia que 53% de los adolescentes posee antecedentes de drogadicción en su familia y un 67.6% tiene antecedentes familiares de encarcelamiento (aproximadamente 7 de cada 10 jóvenes entrevistados). En cuanto a la influencia del grupo de pares, 82.3% refirió que su grupo de amigos consumía drogas, 50% de estos afirmó que su grupo de amigos medió en el inicio del uso de sustancias y, únicamente, 17.6% mencionó que ese grupo influyó en la comisión del delito.

4.2 Análisis de resultados

A continuación, se analizan los resultados obtenidos y expuestos en el apartado anterior; para esto se toma en cuenta los objetivos específicos de la investigación y el *Protocolo de Estudio sobre Drogas en Población Adolescente Infractora de la Ley* (OEA, 2011).

Se espera proporcionar una perspectiva general y específica del fenómeno de las drogas y su posible relación con la comisión de delitos a nivel cuantitativo, en la población adolescente infractora de la ley; asimismo, se busca establecer la influencia de los determinantes sociales de la salud en esta problemática.

4.2.1 Prevalencia de uso de drogas lícitas e ilícitas en población adolescente infractora de la ley

Los resultados de la investigación demuestran que existe un consumo elevado de drogas a partir de los 12 años de edad, en especial el uso de alcohol, marihuana, cigarrillos de tabaco y tranquilizantes y; a partir de los 15 años, resalta la utilización de cocaína, tranquilizantes y ketamina.

Este alto consumo de drogas durante los primeros años de la adolescencia se puede relacionar con los cambios que experimenta la persona al llegar a esta etapa de su vida. Según la UNICEF (2011), la adolescencia temprana es el período en el que se adquieren las primeras responsabilidades, sin embargo, no se ha desarrollado aún el pensamiento analítico y reflexivo, que se desarrolla durante la adolescencia tardía (a partir de los 15 años).

Cabezuelo y Frontera (2010) añaden que en esta etapa de la adolescencia temprana existe una dualidad entre las diferentes concepciones que el joven o la joven va adquiriendo; por un lado se encuentra la dependencia física y psíquica de la familia; por otro lado, se halla su necesidad de independencia, lo cual ocasiona grandes cambios de humor y conflictos, aunado a las fluctuaciones de pensamiento de la persona adolescente, que duda de todo y busca todo, como parte de la construcción de su “yo” diferenciado. Esto provoca lo que los autores consideran la “crisis” de la adolescencia; la cual, aunque es parte de la construcción del “yo”, tiene el peligro de provocar situaciones de riesgo y no de integración de la persona, lo que explicaría el inicio de eventuales conductas como la experimentación en el consumo de drogas y el involucramiento en actos violentos.

Es importante destacar que, aunque hay una disminución en el consumo de drogas durante el último año y mes, esta situación prevalece a pesar de la institucionalización en el centro de formación penal. En relación con esto, el *Protocolo de Estudio sobre Drogas en la Población Adolescente Infractora de la Ley* (OEA, 2011) menciona que la prevalencia de consumo de drogas en el último mes se utiliza para observar si existe o no un fallo en la observancia y disciplina de los sistemas de protección de menores; por lo tanto, al analizar los datos encontrados, es evidente que existe un déficit en estas, ya que el consumo de drogas lícitas e ilícitas se mantiene.

Otro resultado a destacar corresponde a la asociación entre las prevalencias de vida de consumo de drogas, la accesibilidad a estas y la percepción de riesgo que tiene la población estudiada sobre el uso de estas. Según los resultados de la investigación, la marihuana es la droga a la que tienen mayor acceso y la que se percibe con un riesgo leve o nulo; por lo que se evidencia que a menor percepción de riesgo de la droga se presenta un

mayor consumo de esta, situación similar ocurre con el consumo de cigarrillos, alcohol y cocaína; el caso contrario corresponde al crack, donde las prevalencias de consumo son relativamente bajas, debido a la alta percepción de riesgo de la misma y los daños físicos que los y las adolescentes han observado en consumidores de esta droga.

Estos resultados se ven respaldados por Laespada, Iraurgi y Aróstegi (2004), quienes mencionan la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1986) como posible respuesta al consumo de drogas en la población adolescente. Dicha teoría expone que la conducta es fruto de tres factores interrelacionados: el aprendizaje, los procesos cognitivos y el ambiente en sentido social, donde se incluyen los medios de comunicación, entre otros, que actúan como modelos de conducta.

En relación con la anterior, Cuatrocchi (2008) menciona que existe un discurso avalado por los medios de comunicación el cual se asocia al consumo de drogas suaves como la marihuana, en este se hacen explícitos intereses sociales y económicos que se benefician de esta postura, lo cual favorece el fácil acceso a las drogas por parte de la población adolescente, y repercute en la percepción de riesgo de estas.

Además, la autora expone que existe un nivel de tolerancia asociado al consumo de diversas drogas en el ámbito social, por lo que la sociedad está acostumbrada a ver grupos de adolescentes tomando alcohol, fumando cigarrillos de tabaco o consumiendo marihuana, y se ha habituado a esta situación, como consecuencia se genera una invisibilización de la problemática, aunque esto no refleje la gravedad del consumo.

4.2.2 Trayectoria, precocidad y uso múltiple de sustancias en población adolescente infractora de la ley

La magnitud del fenómeno se puede evidenciar en la trayectoria de consumo de drogas por parte de la población estudiada, ya que los resultados evidencian un incremento considerable de este entre los 12 y los 14 años, y un descenso a los 16 años, aunque se debe considerar que a esa edad ya muchas de las personas adolescentes entrevistadas estaban institucionalizadas en el centro de formación penal. Asimismo, la gravedad del consumo se observa al notar la incidencia de policonsumo de sustancias psicoactivas en las adolescentes y los adolescentes, el cual también se da mayoritariamente entre los 12 y 14 años.

Al respecto, el *Manual de Intervención de Drogodependencia* de la Editorial Vértice (2010) indica que las drogas son un producto importante incluido en la sociedad de consumo y un medio por el cual se obtiene rápida y fácilmente evasión, placer, relajamiento, diversión y facilidad de socialización. En el caso de las jóvenes y los jóvenes, esa atractiva presentación de las drogas sumada a su deseo de diferenciación del adulto y experimentación, pueden llevar al consumo de drogas a edades muy tempranas, el cual puede ser simultáneo con otras drogas.

4.2.3 Niveles de complejidad del uso de drogas en la población adolescente infractora de la ley

En relación con la dependencia asociada al consumo de drogas, los resultados muestran que se presenta esta condición principalmente con el consumo de marihuana; la cual es, además, la droga con mayores prevalencias de consumo, mayor acceso y menor percepción del riesgo.

Se incluyen la tolerancia y el síndrome de abstinencia entre los criterios para medir dependencia, los cuales son calculables en términos biológicos al presentarse síntomas físicos y psicológicos relacionados con el cese del consumo de la sustancia. Sin embargo, llama la atención que estos indicadores evidenciaron resultados relativamente bajos en la investigación; con respecto a esto Prichard y Payne (2005) exponen las discrepancias entre los discursos que los jóvenes brindan durante las entrevistas y la inconveniente deficiencia en la comunicación oral que se presenta en un centro judicial como una limitación a la veracidad de los datos en estudios relacionados con drogadicción y delincuencia en adolescentes detenidos. Finalmente, los autores citados explican la importancia de considerar la inmadurez cognitiva, social y moral de la población adolescente al analizar su propia conducta.

El síndrome de uso compulsivo, el cual es medible en términos cognitivos, busca estimar las percepciones que tiene la persona consumidora con respecto al deseo por la sustancia, al riesgo que presenta para su salud y cuánta dedicación atribuye a conseguirla. Los resultados demuestran que los criterios para medir este indicador de dependencia también eran relativamente bajos, presentándose principalmente el consumo a pesar de saber que ocasiona problemas de salud y el consumo en mayores cantidades de lo pensado.

Lo anterior se relaciona con lo mencionado por Brañas (2001) quien menciona que la adolescencia es un momento en que se da una maduración física muy rápida que no se acompaña de la suficiente madurez cognitiva y de toma de decisiones; esto puede producir en las adolescentes y los adolescentes conductas de riesgo, que en un principio parecen beneficiosas, pero que traen consecuencias inmediatas o a largo plazo para su salud.

4.2.4 Relación del consumo de drogas y la comisión de delitos en la población adolescente

Para poder ahondar el tema de la relación entre el consumo de drogas y la comisión de delitos, se debe advertir que no existe un consenso en la literatura sobre la relación específica de la asociación droga-delito, ya que ambos son fenómenos complejos de origen multicausal y pueden derivar en una amplia gama de consecuencias para las personas adolescentes, principalmente en las primeras etapas de formación de su identidad.

Por lo tanto, es necesario visualizar los fenómenos del consumo de drogas y de la acción delictiva desde la óptica de las jóvenes y los jóvenes, principalmente porque se encuentran en una etapa caracterizada por cambios particulares en el desarrollo, tanto en el ámbito biológico como en el social.

En relación con esto, Saborío y Ugalde (2002) mencionan que los mayores cambios se presentan porque las personas adolescentes, tanto física como cognitiva y emocionalmente, ya no son niños o niñas ni tampoco personas adultas, además de que se les imponen nuevas responsabilidades a nivel social; asimismo, Viner *et al.* (2012) argumentan que durante la adolescencia el desarrollo físico y cerebral conduce a la adopción de nuevos comportamientos, que intervienen a nivel familiar, con el grupo de pares, a nivel educativo y con las conductas de salud, como medio de transición a la etapa adulta.

Estas transiciones explicadas anteriormente pueden llevar a la adopción de comportamientos de riesgo, como lo demuestran los resultados de la investigación, donde

se observa que es, mayoritariamente, a partir de los 12 años cuando se da el inicio en el consumo de drogas y el inicio en la actividad delictiva.

El fenómeno de la violencia juvenil, como se mencionó anteriormente, responde a múltiples factores; según la OPS (2003), es una pauta de comportamiento que, aunque varía durante el transcurso de la vida, se expresa con mayor intensidad durante la adolescencia y la adultez temprana, por las transiciones típicas de estos períodos que pueden llevar a la adopción de conductas de riesgo.

Según el *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*, la violencia es una conducta que puede iniciarse desde la niñez, proseguir en la adolescencia y extenderse, incluso, hasta la adultez; lo cual crea “una pauta de delito persistente durante toda la vida” (OPS, 2003, p.33). Esto se demuestra en los resultados de la investigación, ya que la mayoría de los delitos por los que los adolescentes fueron detenidos, procesados o condenados está relacionada con algún grado de violencia.

En ese sentido, los resultados muestran que el delito cometido durante la niñez fue robo o hurto a una persona o lugar sin necesidad de utilizar la fuerza, y es a partir de la adolescencia temprana, entre los 12 y los 15 años, que se da un aumento en el número de delitos cometidos, así como un escalamiento en la violencia implicada en estos.

La OPS (2003) expone que la violencia juvenil no puede considerarse como un problema aislado de otros comportamientos problemáticos, ya que los jóvenes con conductas violentas no solo tienden a cometer una variedad de delitos; sino que, generalmente, presentan otros problemas de comportamiento, tales como el ausentismo y la deserción escolar, así como el abuso de drogas.

Otra explicación a la violencia juvenil es brindada por Burgos (2009), quien señala que el aumento de la violencia y la comisión de delitos a la propiedad, por parte de jóvenes costarricenses, puede responder a la modernización social; la cual transmite una visión de estilos de vida consumista con altos ingresos económicos y esto les genera la expectativa de tener la vida consumista normada por la sociedad, incluyendo dentro de esta normativa a aquellos que se encuentran en condición de marginación social, por lo que recurren a la comisión de actos violentos con el fin de alcanzar el estatus deseado para encajar dentro de este medio social.

Además, Tiffer (2003) menciona que la comisión de delitos en la población adolescente es producto de una combinación de factores sociales, económicos y familiares y no debe verse como un evento aislado de “jóvenes problema”, sino que debe considerarse como una manifestación social. Este autor señala que las formas de expresión de esta violencia se pueden dar a nivel individual o colectivo, pero ambas tienen algo en común, una dinámica espiral en la que un acto violento tiene una alta probabilidad de generar como respuesta otro acto violento. Por lo tanto, si la estructura social y la cultura son violentas, es esperable la existencia de actos violentos a nivel individual, lo cual no se soluciona con la represión de la violencia, porque es una forma de violencia igualmente.

Por último, en cuanto a la relación del fenómeno de la violencia con el fenómeno de las drogas, la investigación muestra que un 58.8% de las personas entrevistadas presentaban abuso asociado al consumo de sustancias psicoactivas un mes antes de cometer los delitos, los cuales eran de carácter violento.

Hidalgo y Júdez (2007) explican esta relación entre el consumo de drogas con la violencia al decir que el abuso de drogas en las personas jóvenes podría alterar la dinámica de sus relaciones sociales y llegar a una toma de decisiones inadecuada y, en ocasiones, violenta. A lo cual se le debe sumar que algunas sustancias psicotrópicas hacen sentir al adolescente más potente, con ansias de acción y sin límites ni inhibición.

Los mismos autores señalan que un inicio precoz en el uso de alcohol y drogas aumenta el riesgo de que se presenten conductas violentas; esto porque la participación en conductas de riesgo predice otros comportamientos antisociales concurrentes. Lo anterior se evidencia en los resultados de la investigación, ya que se demostró que las personas adolescentes entrevistadas presentaban un uso precoz de sustancias psicoactivas y conductas violentas.

La investigación muestra que el consumo y abuso de la marihuana se relaciona directamente con la comisión de actos delictivos violentos. Lo anterior puede explicarse en lo expuesto por Beverido (2010), quien indica que una vez que la marihuana llega al cerebro se une a los receptores cannabinoides, los cuales regulan la emisión de juicios; esto provoca efectos como alteración del juicio, de la toma de decisiones y de la percepción de la realidad.

Finalmente, la investigación deja en claro que no se puede establecer una fracción atribuible a la relación droga-delito en la conexión sistémica, económica-compulsiva ni psicofarmacológica, que son parte del modelo de Goldstein (1985), es decir, no se puede determinar la relación causa-efecto entre ambos fenómenos.

4.2.5 Disposición al tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas en la población adolescente infractora de la ley

Para evaluar la experiencia de tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas en la población estudiada, se utilizó el *Protocolo de Estudio sobre Drogas en Población Adolescente Infractora de la Ley* (OEA, 2011), el cual determina que esto se realiza por medio de tres indicadores: cobertura, calidad y focalización.

En relación con la cobertura, los resultados muestran la existencia de una alta disposición al tratamiento del consumo de drogas por parte de las personas entrevistadas, pero únicamente ocho han recibido algún tipo de tratamiento y solamente tres lo recibían dentro del centro de formación penal; lo cual demuestra que existe una incapacidad del sistema de protección de menores de brindar posibilidades de rehabilitación al consumo de drogas.

Los datos encontrados refuerzan la importancia de la atención a la persona adolescente consumidora de sustancias psicoactivas; lo cual puede lograrse, según Llobet (2006), por medio de programas de prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo, que constituyen un derecho fundamental y parte de la dignidad humana. Lo anterior, se reafirma por medio de la Ley de Ejecución de Sanciones Penales Juveniles (Costa Rica, 2005), la cual estipula que existe una serie de principios básicos que deben respetarse, aún cuando exista una sanción judicial privativa de libertad, entre ellos el Principio de Humanidad el cual estipula que se debe respetar su dignidad y derechos, de la misma manera como se respetan los de cualquier otro ser humano.

En cuanto a la calidad del tratamiento, se encontró que la mayoría de las personas adolescentes que recibió algún tipo de tratamiento fue internada en un centro de rehabilitación, obtuvo seguimiento profesional y mantenía contacto frecuente con los profesionales a cargo; por lo cual se evidencia que, aunque existe una baja cobertura de la población, los programas mantienen adecuados niveles de calidad.

Lo anterior se apoya en lo mencionado por Cuatrochhi (2008), quien explica que los programas de rehabilitación deben contar con un psicoterapeuta que trabaje a nivel individual con la persona consumidora, con el objetivo de propiciar un espacio de reflexión en el que pueda hablar sobre sus conflictos personales y así enfrentar sus problemas. Teniendo como fin que la persona tome conciencia de sus dificultades y logre resolver el problema de fondo que llevó al consumo de drogas; por lo que un tratamiento en el que no se dé un seguimiento adecuado puede desencadenar en que no exista un proceso de verdadera interiorización del cambio en el estilo de vida, lo cual es necesario en esta población.

En referencia a la efectividad de dichos tratamientos, se encontró que la mayoría de las personas que recibió tratamiento para el consumo de drogas alguna vez en su vida, había dejado de consumir al menos por un mes y asistía con frecuencia a las sesiones del tratamiento; no obstante, más de la mitad abandonó el programa antes de que terminara y un número similar volvió a consumir drogas antes de finalizar el tratamiento, lo cual evidencia que estos programas de apoyo no logran producir cambios en la población adolescente con problemas de consumo de drogas.

Esta falta de adherencia por parte de los adolescentes y las adolescentes al tratamiento puede estar mediada por la ausencia de un adecuado seguimiento, lo que reafirman Rodríguez, Llobet, Bladino y Rodríguez (2013) al explicar que un programa de tratamiento efectivo debe seguir un planteamiento educativo que ayude a las personas menores de edad a generar cambios cognitivos y conductuales, en pro de su desarrollo personal y reinserción a la familia y la sociedad.

En cuanto a la focalización, la cual representa la cobertura del tratamiento en población que se encuentra en condición de abuso o dependencia (OEA, 2011), los resultados evidenciaron que solamente una persona, del total que presenta dependencia a la marihuana estaba recibiendo tratamiento al momento de las entrevistas, por lo que no existe una focalización adecuada de los programas de rehabilitación.

Tomando en cuenta los tres indicadores mencionados anteriormente, se evidencia que existe un déficit en el tratamiento y rehabilitación de la población adolescente en riesgo, lo cual aumenta su condición de vulnerabilidad.

Rodríguez, Llobet, Bladino y Rodríguez (2013), respaldan lo anterior citando a Erikson (1995), quien explica que los adolescentes se encuentran en la etapa de la formación de la identidad, la cual tiene grandes implicaciones en su vida de adultos y es cuando se deben propiciar cambios en el comportamiento y las conductas antisociales; por esta razón, el tratamiento y la rehabilitación, tanto del consumo de drogas como de la violencia, se tornan fundamentales durante esta etapa del ciclo vital, permitiendo que estas personas se logren reinsertar efectivamente a la sociedad y alcancen una mejor calidad de vida.

4.2.6 Implicación de los determinantes sociales de la salud en el fenómeno de las drogas y la comisión de delitos en la población adolescente

Como respuesta a las interrogantes planteadas durante esta investigación cabe resaltar la influencia de los factores personales, sociales, económicos, políticos y ambientales que median en la adopción de conductas relacionadas con la salud, desde los niveles individuales y colectivos (OMS, 1998); de ahí la importancia de considerar estos factores, conocidos como determinantes sociales de la salud, en el análisis del fenómeno de la drogadicción y la delincuencia juvenil.

Para identificar y analizar lo que la OMS (2008), citada por Viner *et al.* (2012), expresa como las causas de las causas, es necesario mirar más allá; se debe hacer énfasis en cómo las causas de los problemas individuales se relacionan directamente con las causas de los problemas sociales y el impacto que esto tiene a la salud individual y poblacional.

En adelante, se observará y analizará cómo la salud de los adolescentes y las adolescentes es fuertemente afectada por factores sociales en los niveles personal, familiar, comunitario y nacional, así como la urgente necesidad de abordar esta situación desde un enfoque que integre al Gobierno, las instituciones implicadas en ambos fenómenos y la participación ciudadana, tal como lo expresa el enfermero del PANI, Fernando Alfaro (participación en foro, julio 24, 2014), quien menciona que debe realizarse un “trabajo intersectorial para abordar las problemáticas de la población adolescente. No se puede atacar la enfermedad si no se atacan las causas”.

Para la investigación, se abordaron los determinantes sociales de género, escolaridad, credo o religión, lugar de residencia, jefatura de hogar y monoparentalidad, así

como el contexto familiar y social en el que se encontraban inmersos los jóvenes antes de ser institucionalizados en el centro de formación penal.

En cuanto al género, se encontró que la población estudiada estaba conformada en un 97% por varones. La diferencia tan marcada entre los adolescentes y las adolescentes que son sentenciados dentro del sistema judicial nacional, desde un enfoque de género, se puede explicar al analizar el trasfondo social; ya que, según Jiménez y Mata (2004), “la delincuencia como conducta ligada al proceso de socialización y por los mismos asuntos de género opera más tempranamente en el hombre, muy ligado al consumo de drogas, sea como producto o efecto de la misma delincuencia.” (p.6). De modo que a los hombres se les enseña desde pequeños que, por el hecho de ser el género masculino, lo correcto es que aprendan y manifiesten conductas violentas; lo cual deviene de una ideología de crianza bajo el modelo patriarcal.

Sosteniendo las afirmaciones anteriores, el PENSPA (Ministerio de Salud, 2010) señala que el género representa un factor de riesgo individual, que, eventualmente, podría conducir a la adquisición de conductas de riesgo, entre las que destacan: las conductas violentas y temerarias, como expresiones de masculinidad, el comportamiento delictivo, el consumo de drogas y el uso de armas letales.

En cuanto a la escolaridad, la mayoría de las personas había cursado estudios primarios, siendo, en promedio, el sexto grado el último nivel aprobado. Es relevante destacar que la edad media esperada de las personas adolescentes con el sexto grado aprobado sea de 12 años, sin embargo, la población entrevistada tiene 16.7 años cumplidos en promedio, lo que indica un bajo nivel educativo.

La importancia de la educación deviene en su potencial de convertirse en un factor protector para las personas. En relación con esto, la Pontificia Universidad Católica de Chile y la OPS (s.f.) enfatizan en que estos espacios educativos se constituyen centros de socialización en los que se ven inmersos las jóvenes y los jóvenes, por lo que pueden fungir como lugares de refugio e incluso como zonas en las que esta población puede reforzar habilidades y conductas positivas, aún cuando en otros ambientes estén expuestos a la violencia. Para estos autores, los ambientes educativos tienen la capacidad de ofrecer a la persona adolescente una fuente de reconocimiento y estímulo positivo del que muchas veces carecen, a través del alcance de logros y el apoyo del cuerpo docente, lo cual se traduce en un aumento de la confianza y la autoestima.

Sin embargo, así como la escuela y el colegio pueden actuar como factores protectores, también pueden constituirse en factores de riesgo; ya que, según los autores, las escuelas con una cultura de violencia no cumplirán adecuadamente la función social de control, por lo que las jóvenes y los jóvenes no aprenderán comportamientos adecuados a nivel social.

Lamentablemente, se da una falta de acceso a servicios de información y atención en el sector educación desde el ámbito institucional (Ministerio de Salud, 2010), lo que representa un determinante social de la salud en la adolescencia; sobre todo por el hecho de que el acceso a la educación secundaria y la permanencia en ella no son universales en Costa Rica según el Programa Estado de la Nación (2013), lo que genera un bajo nivel educativo que tiene un impacto en las oportunidades a nivel laboral de los adolescentes y esto va a determinar la estabilidad y la solvencia económica que estos van a tener en su etapa de vida adulta.

La Encuesta Nacional de Hogares, realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (2013), refuerza lo anteriormente dicho al analizar el acceso a la educación según el ingreso, lo que evidencia que en los hogares con menor ingreso per cápita es donde se encuentran, mayoritariamente, bajos niveles educativos, principalmente secundaria incompleta. El informe de la citada encuesta explica que el principal motivo por el que los niños, las niñas y las personas adolescentes no asisten al sistema formal de educación es por el hecho de que tienen que trabajar, así como la falta de interés en el aprendizaje formal y la limitación que presentan las familias para pagar los estudios.

La deserción escolar se constituye en un reto para los gobiernos que deben garantizar el bienestar de los ciudadanos, principalmente porque existen muchos factores que median en la decisión de abandonar los estudios. Cuatrocchi (2008) explica que la permanencia en el sistema educativo puede estar influenciada por las características de personalidad y el consumo de sustancias psicoactivas, ya que estos adolescentes presentan dificultad para realizar las tareas escolares y mantener el esfuerzo durante tiempo prolongado, así como para aceptar las normativas del aula y la institución. Además, la autora menciona que estos jóvenes pueden presentar un déficit intelectual, incapacidad para concentrarse, comprender y fijar conocimientos nuevos, aunado a una baja tolerancia a la frustración que conlleva a una dificultad para resolver los problemas.

En relación con la identificación con algún credo o religión, los resultados muestran que la mayoría de los adolescentes entrevistados se identifica con algún tipo de creencias religiosas, lo que puede constituirse un factor protector; Cid-Monckton y Pedrão (2011) apuntan que la fe y la coherencia de valores, manifestadas en un credo o religión, permiten al adolescente y la adolescente crear experiencias de sentido y significado de la propia vida.

Es importante destacar este factor, que, aunque no está cumpliendo su función protectora, se puede utilizar como estrategia para disminuir los factores de riesgo a los que la población estudiada se ve sometida.

Otro determinante social que debe ser considerado es el lugar de residencia de las personas adolescentes antes de cometer los delitos; ya que, según Markowitz (2003), citado por la Pontificia Universidad Católica de Chile y la OPS (s.f.), la pobreza asociada a los lugares de residencia de los adolescentes es fundamental en el comportamiento que estos adopten, debido a que

Las áreas de concentración de pobreza representan un riesgo para la violencia juvenil porque conjugan y concentran las siguientes características: gran cantidad de niños y adolescentes, desempleo crónico, exposición limitada a comportamientos modelos, control social débil, menor capital social y exposición a violencia comunitaria, al comercio y uso de drogas y a falta de valores que eviten violencia. (p.10)

Desde esta perspectiva, el *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud* (OPS, 2003) destaca en el Modelo Ecológico la relación que tienen determinados ámbitos comunitarios con la violencia; por ejemplo, las zonas de pobreza o con deterioro físico donde hay poco apoyo institucional, existen problemas como tráfico de drogas y elevadas tasas de desempleo o aislamiento social, favorecen mayormente la aparición de conductas violentas.

Los resultados evidencian que la mayoría de los cantones de los que provienen las personas entrevistadas se ubica en posiciones bajas según el Índice de Desarrollo Humano Cantonal (IDHc), donde el cantón en la posición 1 es el que presenta mayor desarrollo humano y el 81 el que presenta menor desarrollo humano. El IDHc mide tres dimensiones:

el disfrute de una vida larga y saludable (esperanza de vida al nacer), acceso a la educación (alfabetización y matrícula educativa) y estándar de vida (bienestar material). (PNUD-UCR, 2011)

Cabe destacar el caso de los siguientes cantones: Guácimo con la posición 71, Limón con la posición 73, Matina con la posición 79 y Talamanca con la posición 80, en el IDH de los 81 cantones de Costa Rica, todos pertenecientes a la provincia de Limón.

En relación con el Índice de Pobreza Humana (IPHc), que mide las mismas dimensiones del IDHc, pero planteadas desde la perspectiva de las privaciones y exclusión social (PNUD-UCR, 2011); se encontró que la mayoría de los cantones de procedencia de los adolescentes entrevistados tienen IPH altos, lo que significa que presentan mayores niveles de pobreza. Se resalta de estos, los tres más pobres: Limón con la posición 74, Pérez Zeledón con la posición 76 y Corredores con la posición 79, entre los 81 cantones de Costa Rica.

Otro punto a analizar desde los determinantes sociales de la salud es la jefatura de hogar de las familias de las personas adolescentes entrevistadas, ya que los resultados demuestran que en la mayoría de los casos las madres tienen la jefatura de hogar; además, llama la atención el caso de jóvenes que se hacían cargo de esta responsabilidad.

Se destaca también la ocupación de las madres jefes de hogar; ya que la mayor parte se dedicaba a oficios o trabajos no especializados, tales como labores domésticas, de limpieza, estilistas, guarda de seguridad privada y obreras de maquila, y únicamente una madre jefa de hogar tiene un trabajo profesional como educadora.

El nivel educativo y el tipo de trabajo desarrollado por las jefes de hogar resulta importante al analizar el contexto de la población estudiada, ya que hay elevadas probabilidades de que esto influya en la aparición de las conductas negativas en salud por parte de la población en estudio; dicha influencia se debe a que, como mencionan Viner *et al.* (2012), la educación es impartida en los hogares por parte de los progenitores o encargados considerando su nivel académico y existe mucha evidencia que relaciona una adecuada educación en edades tempranas de la vida con resultados positivos de salud en la adolescencia y etapas posteriores.

Los autores mencionados citan a Gakidou, Cowling, Lozano y Murray (2010), quienes señalan que “mejorar la educación de las mujeres trae beneficios sustanciales para la salud de los niños del mundo entero” (p.5); lo que repercutiría en las conductas y comportamientos relacionados con la salud en la niñez y las subsecuentes etapas, entre las que se incluye la adolescencia, que constituye un eje transversal de esta investigación.

En cuanto a la monoparentalidad, se reconoce que la mayoría de las personas entrevistadas vivía únicamente con uno de sus progenitores; al respecto, la Pontificia Universidad Católica de Chile y la OPS (s.f.) citan a Lauritsen (2003), quien señala que existe un mayor riesgo de violencia en familias bajo esta condición y familias en las que haya muchas personas jóvenes con pocos adultos que las supervisen. Además, este tipo de familias presentan mayor vulnerabilidad ante problemas económicos, tienden a habitar en comunidades en condición de pobreza y a sufrir altas tasas de desempleo, entre otras problemáticas sociales.

Viner *et al.* (2012) mencionan que la familia es un factor determinante en el comportamiento social y educativo que afecta directamente la exposición y vulnerabilidad de la persona adolescente, que puede exponerse a condiciones que comprometan su salud, como el abuso de sustancias, la delincuencia y la violencia. Además, resaltan la importancia de que se cree un vínculo estrecho entre el adolescente y su familia, ya que esto es el factor más importante que lo protege contra eventuales efectos negativos a su salud.

La Pontificia Universidad Católica de Chile y la OPS (s.f.) refuerzan la importancia de que las jóvenes y los jóvenes cuenten con la presencia de ambos padres dentro del núcleo familiar, lo que constituye un factor protector, junto con otros mencionados previamente como un nivel de educación alto y empleo por parte de ambos padres, así como la práctica de una religión.

De este modo, es evidente que la familia ejerce un papel crucial en la promoción de estilos de vida saludables y en la prevención de aparición de conductas de riesgo por parte de la persona joven.

Los resultados también muestran que existe una clara influencia de los antecedentes familiares sobre las conductas delictivas y de consumo de drogas. Según Viner *et al.* (2012) esto se puede explicar porque las conductas propias de los progenitores pueden influenciar directamente la salud y los comportamientos de los adolescentes y las adolescentes, modelando conductas positivas o de riesgo; por ejemplo, si el padre o la madre fuma tabaco, toma bebidas alcohólicas o tiene algún comportamiento o conducta violenta, existe una probabilidad importante de que esto influya para que los hijos e hijas adopten estos comportamientos durante la adolescencia.

La Pontificia Universidad Católica de Chile y la OPS (s.f.) agregan que una crianza deficiente, en términos de una disciplina severa inapropiada, supervisión pobre, y falta de monitoreo por parte de los padres y madres, es trascendental para una predicción de delincuencia y violencia.

Con respecto a la influencia que ejerce el grupo de pares en las conductas de la persona adolescente, se demuestra que existe una gran influencia de este grupo en el consumo de drogas lícitas e ilícitas; ya que la mayoría de las personas entrevistados tenía un grupo de amigos que consumía drogas y, de igual forma, muchos afirmaron que su grupo de amigos medió en el inicio del uso de sustancias. Sin embargo, cabe destacar que ocurre un caso distinto con la comisión de delitos, ya que solo un grupo reducido de jóvenes consideró que sus amigos influyeron en esta conducta delictiva.

La Pontificia Universidad Católica de Chile y la OPS (s.f.) explican que la influencia del grupo de amigos es más importante durante la adolescencia que otro tipo de influencias, principalmente porque interactúan de manera más cercana con la persona adolescente, promoviendo la adquisición de nuevas conductas y hábitos. Esta relación de cercanía entre los jóvenes y su grupo de pares se establece, principalmente, durante la adolescencia temprana según Viner *et al.* (2012), y tiene la capacidad de apoyar conductas positivas de salud o la adopción de conductas de riesgo para esta, como el incremento en el riesgo de inicio y persistencia del uso de cigarrillos, el inicio y uso de bebidas alcohólicas, riesgo sexual y violencia.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Las altas prevalencias en el consumo de drogas, por parte de la población adolescente infractora de la ley, se ven influenciadas por múltiples factores: la construcción del yo diferenciado, la inmadurez neurofisiológica del adolescente y el contexto social en el que se desenvuelve esta población.

Entre los 12 y 14 años existen factores determinantes que ocasionan un aumento en el consumo de drogas y la incidencia de policonsumo de sustancias psicoactivas, esto se relaciona con la condición de vulnerabilidad ocasionada por el proceso de construcción de identidad en el que se encuentra la persona adolescente.

Debido a la tolerancia social que existe con respecto al consumo de ciertas drogas, especialmente las lícitas, se ha minimizado la gravedad del inicio del uso de sustancias por parte de la población adolescente; es decir, existe un círculo vicioso en el cual la sociedad minimiza la problemática y por ende más adolescentes se involucran en esta, lo que genera a su vez un aumento en la tolerancia social que culmina en la inmersión de más jóvenes dentro del consumo de drogas.

La marihuana es la droga que presenta mayor prevalencia de consumo, mayor acceso, menor percepción de riesgo y mayor relación con actos delictivos violentos, por lo tanto, se observa que entre menor sea la percepción de riesgo de una droga, mayor será el consumo de ella. Esta percepción del riesgo se ve influida por la imagen que brindan los medios de comunicación, la legalización de la droga en otros países y el concepto personal

que cada consumidor de marihuana externe de esta. Asimismo, el aumento de la tolerancia social con respecto a esta droga también interfiere en la percepción y decisión de consumo por parte de la persona adolescente.

Existe un fallo en la observancia y disciplina del sistema de protección de menores, ya que se evidencia un consumo de drogas en el último año y último mes, por parte de la población adolescente infractora de la ley; es decir, que el consumo de drogas se mantiene aún dentro del sistema carcelario.

Podría existir una subdeclaración por parte de las personas adolescentes entrevistadas con respecto a los efectos físicos y psicológicos que perciben cuando se da una abstinencia al consumo de una determinada droga; lo cual se puede deber al hecho de que esta población presenta una inmadurez cognitiva, social y moral respecto a su propia conducta, así como una tendencia a la omisión de datos, como consecuencia de la etapa de la vida en que se encuentran.

No se puede establecer la naturaleza específica de la relación de causalidad entre el consumo de drogas y la comisión de delitos en la población adolescente estudiada, ya que no necesariamente la acción de una es consecuencia de la otra; sino que ambas están determinadas por una serie de factores influyentes, tales como la adopción de nuevos comportamientos durante esta etapa de la vida, la ausencia de factores protectores y la exposición a factores de riesgo.

Si bien el consumo de drogas y la comisión de delitos se presentan mayoritariamente durante la adolescencia, las experiencias de la etapa de la niñez son las que modelan la adopción de comportamientos positivos o de riesgo que se manifestarán en

el transcurso de la vida. Además, el inicio precoz de consumo y el abuso de sustancias psicoactivas en la población en estudio podrían conducir a la comisión de delitos violentos, lo que reflejaría una alteración en la manera en la que se desarrollan las relaciones sociales de los adolescentes y las adolescentes.

Debido a la dinámica de la violencia juvenil, debe prestársele una mayor atención a este fenómeno; ya que la conducta violenta en esta población generalmente está acompañada de otras problemáticas de diversa índole y, además, suele presentar un escalamiento, reflejado en el número de delitos y el grado de violencia que se emplea en estos.

Entendiendo la violencia como una manifestación social y partiendo de la premisa de que un acto violento lleva a otro acto violento, el sistema penal con su modelo represivo estaría propiciando que se perpetúe la cadena de violencia.

El Centro de Formación Penal Juvenil Zurquí no está cumpliendo con los criterios de cobertura y focalización del tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas de los jóvenes sentenciados, lo cual evidencia un fallo en la función protectora que le confiere la Ley 8460 de Ejecución de Sanciones Penales Juveniles y la Ley 7576 de Justicia Penal Juvenil.

El modelo de tratamiento de las adicciones utilizado actualmente en el país no está siendo efectivo, ya que no genera un cambio en las conductas de consumo de los adolescentes y las adolescentes, lo cual dificulta la posibilidad de su reinserción a la sociedad.

Existe una pauta de comportamiento específica para el género masculino impuesta por la sociedad, la cual conlleva a que la población adolescente de este género adquiera conductas violentas y busque una independencia económica durante esta etapa del desarrollo, dicha situación se refleja en el porcentaje de hombres en condición de sentencia en el centro penal; el cual supera, en gran medida, el porcentaje de mujeres.

La educación se ve limitada por el acceso a las oportunidades, lo cual se relaciona con el contexto en el que la persona adolescente vive, la incapacidad de solventar los gastos económicos que conlleva la educación y la necesidad de apoyar económicamente a sus familias. Además, los jóvenes y las jóvenes que se encuentran inmersos en una problemática de drogadicción o delincuencia no encuentran en la educación formal una respuesta a sus necesidades.

El medio educativo es un importante determinante estructural de la salud y debido al gran potencial que posee de convertirse en un factor protector o de riesgo para niños, niñas y adolescentes, se debe trabajar en este medio desde los primeros años de vida, a partir del fortalecimiento de la autoestima, la autoimagen, el autoconcepto y las habilidades para la vida.

El nivel educativo de los padres repercute en las conductas de salud de la persona adolescente, aunado a esto, la monoparentalidad aumenta la vulnerabilidad de estos a la adquisición de conductas de riesgo, producto de un posible fracaso en la función que realiza la persona jefa de hogar en el sostén familiar, tanto a nivel económico como emocional.

El nivel de pobreza, la tasa de población infantil y adolescente, las condiciones de hacinamiento, la tasa de desempleo, el control social, el ingreso per cápita, la exposición a

la violencia, el comercio y el acceso a las drogas, así como la esperanza de vida al nacer, la alfabetización y el bienestar material que poseen los lugares de residencia de los adolescentes influyen en las conductas que estos adopten, y pueden desencadenar un consumo problemático de drogas o un involucramiento en actos delictivos.

Los adolescentes sentenciados están inmersos en situaciones familiares y sociales sumamente complicadas, en las que sus padres no han podido cumplir con la función de sostén que les corresponde para que la persona pueda crecer y desarrollarse; de modo que al enfrentarse a la crisis de la adolescencia se exageran los conflictos y las carencias, pues no pueden desarrollar mecanismos de afrontamiento apropiados y no cuentan con una adecuada confianza en sí mismos y en los demás.

Es importante que desde edades tempranas se cree un vínculo afectivo entre la familia y el niño o la niña, y que exista un modelo positivo de conducta por parte de los padres; de modo que se favorezca un apropiado proceso de socialización primaria que se vaya reforzando durante su crecimiento y desarrollo, y que de esta manera la persona adolescente cuente con las herramientas sociales y los valores que necesita para desenvolverse adecuadamente dentro de la sociedad.

Existe una clara relación entre la influencia que ejerce el grupo de pares y la adopción de comportamientos de riesgo por parte de los jóvenes y las jóvenes, sin embargo, esa influencia se presenta mayoritariamente en el consumo de drogas que en la actividad delictiva. Lo anterior se justifica en el hecho de que el uso de drogas es una situación que parece ser más tolerada por la sociedad que la comisión de delitos, principalmente porque esta última repercute en mayor medida en el orden social, mientras que el consumo de

drogas se asocia al uso recreativo con el grupo de pares y se cree que solo perjudica al individuo consumidor y su familia.

Si bien en la población adolescente infractora de la ley y en la población adolescente consumidora de drogas predominan los factores de riesgo, siempre existe un factor protector rescatable para trabajar con esta población desde un abordaje integral que le permita a la persona adolescente formar redes de apoyo y rehabilitarse de la conducta antisocial. Entre los factores protectores, se pueden incluir la familia, la educación, la religión, los grupos de pares, la autoestima, entre otros.

Con el fin de alcanzar un abordaje integral y efectivo de la población adolescente que se encuentra en conflicto con la ley o inmersa en el fenómeno de las drogas, es crucial comprender cómo los determinantes sociales afectan la salud de las personas adolescentes influyendo en la adquisición de hábitos y conductas de riesgo durante esta etapa.

Las políticas de salud, la equidad y el acceso a la educación, además del acompañamiento familiar y las relaciones positivas con los grupos de pares son trascendentales, ya que colaboran con el desarrollo del joven y la joven para la obtención de conductas saludables que se llevarán hasta la adultez.

5.2 Recomendaciones

Es importante que las personas que realizan investigaciones con adolescentes, o que se encuentren en contacto con esta población comprendan la etapa del desarrollo por la cual está pasando la persona joven, en la que se construye la identidad, se toman decisiones importantes para la vida y se adquieren nuevas responsabilidades. Esto puede lograrse mediante la sensibilización y capacitación por parte de profesionales y especialistas en el área, para que se dé un adecuado abordaje o manejo de las situaciones específicas que afronta esta población.

Además de lo anterior, se sugiere que en futuras investigaciones sobre la temática de la drogadicción y delincuencia en adolescentes se utilice un enfoque cualitativo, ya que este permite profundizar en las vivencias y experiencias de los adolescentes y las adolescentes sobre la problemática en cuestión, brindando una información más completa que permitiría a las personas que se encuentran en puestos de toma de decisiones enfocar los recursos humanos y financieros hacia las verdaderas causas del problema.

Debido al fallo en la observancia y disciplina del centro de protección de menores, es necesaria una fiscalización más estricta por medio de un mayor involucramiento de las autoridades del Centro de Formación Penal Juvenil Zurquí con las personas adolescentes y el personal que trabaja con esta población.

Se considera fundamental que el Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD), Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y el Ministerio de Salud desarrollen programas de prevención que incidan en la población adolescente en todos los ámbitos en los que esta se desenvuelve. Estos programas deberían estar basados en educar a

las familias sobre medidas de prevención, en crear ambientes de comunicación familiar y ahondar en el desarrollo de habilidades para la vida que influyen en el mejoramiento de la autoestima, las habilidades sociales, la toma de decisiones y la resolución de conflictos.

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), por medio de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), con el trabajo de los Asistentes Técnicos de Atención Primaria en Salud (ATAPS), y con el trabajo de las Jefaturas de Enfermería de las Áreas de Salud, debe captar, referir e intervenir los casos que presenten problemáticas de drogadicción y violencia juvenil, de modo que se pueda trabajar sobre las causas que ocasionan este complejo fenómeno de delincuencia y drogadicción. Para lograr esto, se sugiere la incorporación de profesionales en Enfermería en los EBAIS, ya que estos tienen las herramientas para crear y dirigir los programas enfocados al abordaje de las necesidades detectadas y captadas, según la etapa del ciclo vital.

Además, se le recomienda a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) la integración de los tres niveles de atención en cuanto a los servicios que estos brindan a la población adolescente, de modo que sean servicios integrales y que se adapten a las características propias de la etapa de la vida en que se encuentran los jóvenes y las jóvenes, propiciando ambientes agradables para esta población.

Al Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD), al Patronato Nacional de la Infancia (PANI) y al Ministerio de Justicia y Paz, se les recomienda la contratación de profesionales de Enfermería graduados de la Universidad de Costa Rica, de manera que se puedan responder estratégicamente a la problemática del consumo de drogas y la actividad delictiva en adolescentes.

Se recomienda al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y al Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD) formular programas que concienticen a la población sobre los efectos de la marihuana y el riesgo a la salud que conlleva su consumo. Estos programas deben implementarse con prioridad en la población infantil y adolescente.

Es necesaria la apertura de campos clínicos para estudiantes, por parte de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, en espacios de reclusión penal, como el Centro de Formación Penal Juvenil Zurquí, para lo que se debe establecer una colaboración con el Ministerio de Justicia y Paz. La rotación por estos campos clínicos permitirá que las futuras y los futuros profesionales se sensibilicen sobre la realidad que viven estos adolescentes y desarrollen programas y talleres dirigidos a la población juvenil en aspectos vitales como habilidades para la vida; proyecto de vida; prevención de conductas de riesgo; promoción de la salud; salud sexual y salud reproductiva, entre otros.

El profesional de Enfermería está capacitado, con una formación adecuada, para trabajar con diferentes poblaciones, desde preescolar hasta secundaria y abordar la problemática del fenómeno de las drogas y la delincuencia desde un enfoque social, interviniendo en algunas de las causas que pueden desencadenar estas problemáticas en la población adolescente; por lo tanto, se recomienda al Ministerio de Educación la inclusión de estos profesionales en las instituciones educativas, tanto de primaria como de secundaria.

Al Ministerio de Justicia y Paz, se recomienda una evaluación de los alcances de la Ley de Justicia Penal Juvenil para que, a partir de los resultados obtenidos, se pueda dar un nuevo enfoque al modelo penal actual, a través del cual se pueda ampliar el Programa de

Sanciones Alternativas y se destinen mayores recursos a la prevención secundaria de la delincuencia, así como a la creación y seguimiento de programas de reinserción social.

El abordaje para el manejo de las problemáticas del consumo de drogas y violencia juvenil en la población adolescente debe ser intersectorial, debido a la complejidad de los fenómenos y las causas de estos, por lo que deberían intervenir todos los actores sociales involucrados: Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Ministerio de Educación, Ministerio de Justicia y Paz, Patronato Nacional de la Infancia (PANI), Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD), Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), universidades públicas y privadas, gobiernos locales, comités de desarrollo cantonal y organizaciones no gubernamentales (ONG).

Se recomienda al Ministerio de Justicia y Paz, y al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), contextualizar y actualizar los programas de tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas y la violencia enfocados en la población adolescente que se encuentra institucionalizada en un centro penal. En este abordaje, se debe incluir e involucrar a la familia, de manera que ambas partes reciban el tratamiento simultáneamente, lo que puede ayudar a que se dé una mayor adherencia y una interiorización de los cambios.

Se sugiere al Ministerio de Educación y al Gobierno de la República, evaluar los alcances de los programas sociales de apoyo económico existentes, por ejemplo el Fondo Nacional de Beca para la Educación (FONABE) y el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), específicamente en relación con los fondos destinados a la población infantil y

adolescente, para que, con los resultados obtenidos, se puedan formular estrategias de replanteamiento de los fondos públicos dirigidos a apoyar económicamente a esta población y brindarle mejores oportunidades.

La rehabilitación y la reinserción social de las personas que se encuentran institucionalizadas en un centro penal constituyen los fines últimos del sistema judicial; por este motivo, es necesario que dentro del centro penal se instauren y se dé seguimiento a programas de capacitación que permitan la reinserción de esta población en la sociedad. Con este fin, se recomienda que el Ministerio de Justicia y Paz coordine con el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA) que los programas de formación técnica se implementen en el Centro de Formación Penal Juvenil de forma permanente, sin que exista un cupo mínimo de adolescentes matriculados para la realización de estos. Además, se aconseja que para motivar a las personas adolescentes a permanecer en estos programas, se brinden incentivos como tiempo adicional en la visita familiar, la posibilidad de realizar actividades recreativas y de esparcimiento u otros incentivos que las autoridades del centro consideren pertinentes.

Al Gobierno de la República de Costa Rica, se le recomienda remirar la problemática del fenómeno de las drogas y la comisión de delitos en la población adolescente, desde un punto de vista que incorpore, como eje transversal, los determinantes sociales de la salud, tomando en consideración que una gobernanza adecuada a las necesidades de la población, las decisiones políticas en equidad y justicia social y la acción intersectorial disminuirían la brecha social y, por ende, las inequidades en la población en general.

REFERENCIAS

- Araya, C. y Sepúlveda, R. (2010). Análisis de clases latentes en tablas poco ocupadas: consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes. *Revista de Matemática: Teoría y aplicaciones*. 17 (1), 25-40. Recuperado de: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/matematica/article/view/310/290>
- Asociación Americana de Psiquiatría (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. MASSON, S.A. Barcelona, España. Recuperado de: <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>
- Ávalos, Á. (2013, noviembre 10). Cédula no protege a los adolescentes de los riesgos de fiestas. *La Nación*, 22.
- Bacigalupo, E. (1985). *Lineamientos de la teoría del delito*. (2^{da} ed.). San José, Costa Rica: Juricentro.
- Bárcena, L. (2012). *Clasificación de las drogas por sus efectos en el organismo*. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Recuperado de: http://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/prepa4/orientacion/Prevencion%20de%20Adicciones.pdf
- Bejarano, J., Ugalde, F. y Fonseca, S. (2004). Consumo de drogas en la juventud costarricense. Análisis de diez años de investigación. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*. 50 (3), 203-217.

- Beverido, P. (2010). Consumo de marihuana y sus efectos en la salud mental y las habilidades cognitivas necesarias para el aprendizaje. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*. 10 (2), 49-53. Recuperado de: [http://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol10_num2/articulos/Consumo Mariguana.pdf](http://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol10_num2/articulos/Consumo_Mariguana.pdf)
- Brañas, P. (2001). La juventud y los comportamientos de riesgo para la salud. *Revista de Estudios de Juventud*. 55, 17-19. Recuperado de: <http://www.injuve.es/sites/default/files/Revista55-2.pdf>
- Burgos, A. (2009). *Manual de derecho penal juvenil costarricense. Tomo I*. Heredia, Costa Rica: Poder Judicial.
- Cabezuelo, G. y Frontera, P. (2010). *El desarrollo psicomotor. Desde la infancia hasta la adolescencia*. Madrid: Narcea.
- Campos, O. (2008). *Bioética principialista: el papel de la tradición norteamericana*. España: Asociación Universitaria de Filosofía de Granada. Recuperado de: http://cfj.filosofia.net/2008/textos/bioetica_principialista.pdf
- Castaño, G. (2008). Aspectos socioculturales del consumo de alcohol en Latinoamérica y estrategias de prevención. *Revista Análisis*. (7), 15-27.
- Castejón, J. y Navas, L. (2009). *Aprendizaje, desarrollo y disfunciones. Implicaciones para la enseñanza en la educación secundaria*. Madrid: Club Universitario.
- Caudevilla, F. (s.f.). *Drogas: conceptos generales, epidemiología y valoración de consumo*. Grupo de Intervención en Drogas. Recuperado de:

<http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/DroDro,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20de%20coconsumo.pdf>

Cid-Monckton, P. y Pedrão, L.J. (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 738 (45), 01-08. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421968010>

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). (2008). *Magnitud de la relación entre delito y drogas. Informe de resultados del estudio*. Chile: Subsecretaría del Interior, Ministerio del Interior. Recuperado de: http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/04/2008_Informe_Delito_Drogas.pdf

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). (2011). *Estrategia nacional de drogas y alcohol 2011-2014*. Santiago, Chile: Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Recuperado de: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/planesnacionales/docs/estrategia_drogas_alcohol.pdf

Consortio Escocés sobre el Delito y la Justicia Penal. (2003). *Making sense of drugs and crime: drugs, crime and penal policy*. Escocia. Recuperado de: <http://www.cjp.org.uk/publications/archive/making-sense-of-drugs-and-crime-drugs-crime-and-penal-policy-23-01-2003/>

Contreras, L., Molina, V. y Cano, M. (2012). Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas. *Adicciones*, 24 (1), 31-38.

Costa Rica. (1993). *Constitución Política de la República de Costa Rica*. San José: Uruk Editores.

Costa Rica. Asamblea Legislativa. (2000). *Ley de Justicia Penal Juvenil. No 7576*. (2^{da} ed.). San José: Investigaciones Jurídicas S.A.

Costa Rica. Asamblea Legislativa. (2005). *Ejecución de las sanciones penales juveniles*. San José, Costa Rica: La Gaceta. Recuperado de: <http://www.hacienda.go.cr/cifh/sidovih/uploads/Ley/Ley%208460-Ejecuci%C3%B3n%20sanciones%20penales%20juveniles-La%20Gaceta%20229-28%20NOV-2005.pdf>

Costa Rica. Asamblea Legislativa. (2013). *Código de la niñez y la adolescencia. Ley No. 7739*. San José: Editorial Digital de la Imprenta Nacional. Recuperado de: http://www.gaceta.go.cr/editorialdigital/libros/textos%20juridicos/06_codigo_de_la_ninez_y_la_adolescencia.pdf

Cuatrocchi, E.M. (2008). *La adicción a las drogas. Su recuperación en comunidad terapéutica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Espacio.

Dirección de Tutoría y Orientación Educativa. (2009). *Información básica sobre drogas*. Perú: DITOE. Recuperado de: <http://ditoe.minedu.gob.pe/Materiales%20DITOE/App38.PDF>

Editorial Vértice. (2010). *Intervención en drogodependencia*. Málaga, España: Vértice.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2006). *Convención sobre los derechos del niño*. Madrid, España: Nuevo Siglo

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2011). *Estado Mundial de la Infancia 2011. La Adolescencia una época de oportunidades*. Estados Unidos: UNICEF. Recuperado de http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf

Fonseca, S. y Bejarano, J. (2012). Adolescentes costarricenses con problemas judiciales y consumo de drogas. *Revista Costarricense de Psicología*. 31 (1-2), 21-39. Recuperado de: <http://www.revistacostarricensedepsicologia.com/articulos/vol31/2-RCP-Vol.31-No1-2.pdf>

García, A. y Quero, J. (2012). *Trastornos del tono y la fuerza muscular*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos. Recuperado de: http://books.google.co.cr/books?id=W7ITWzyCYsgC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbg_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

García, A. y Sánchez, M. (2011). *Drogas, sociedad y educación*. España: Ediciones de la Universidad de Murcia. Recuperado de: http://books.google.co.cr/books?id=cKBq5sUzun0C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbg_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

García, B. (2009). *Manual de métodos de investigación para las Ciencias Sociales. Un enfoque de enseñanza basada en proyectos*. México: El Manual Moderno.

- García, J. (2001). *Las drogas: conceptos, aspectos penales y penitenciarios*. España: Editorial Club Universitario. Recuperado de: http://books.google.co.cr/books?id=PaazWrYu0qgC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Goldstein, P. (1985). The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework. *Journal of Drug Issues*. (15). Recuperado de: <http://www.drugpolicy.org/docUploads/nexus.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (5^{ta} ed.). México D.F: McGraw-Hill
- Herrera, M. y Oropeza, R. (2008). El consumo de alcohol y drogas previo al delito en adolescentes. *Identidad*. (76), 2-3. Recuperado de: <http://www.cic.umich.mx/documento/suplemento/2008/noviembre/76.pdf>
- Hidalgo, M. y Redondo, A. (2005). Consumo de drogas en la adolescencia. *Pediatría integral*. 9 (2), 137-155. Recuperado de: [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Drogas_adolescencia\(2\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Drogas_adolescencia(2).pdf)
- Hidalgo, M.I. y Júdez, J. (2007). Adolescencia de alto riesgo. Consumo de drogas y conductas delictivas. *Pediatría Integral*. XI(10):895-910. Recuperado de: http://www.academia.edu/4311043/Adolescencia_alto_riesgo_drogas_conductas_delictivas

Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD). (2013). *Boletín Estadístico*. San José, Costa Rica: Unidad de Información y Estadística Nacional sobre Drogas.http://www.icd.go.cr/portalicd/docs/uid/boletin_esta_uid/BE_UID_I_2013.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2013). *Encuesta nacional de hogares julio 2013. Resultados generales*. San José Costa Rica: INEC. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/anda4/index.php/catalog/137>

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2004). *Cómo prevenir el Uso de Drogas en los Niños y Adolescentes. Una guía con base científica*. (2^{da} ed.). Estados Unidos: Departamento de Salud y Servicios Humanos. Recuperado de http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/redbook_spanish.pdf

Jiménez, F. (2008). *Análisis del antecedente familiar de delictividad y la historia personal de consumo de sustancias psicoactivas, en los menores de edad infractores de la ley, privados de libertad en Costa Rica, como factores de vulnerabilidad para su conducta delictiva*. (Proyecto final de graduación para optar por el título de Máster en Criminología y Derechos Humanos.) Universidad para la Cooperación Internacional (UCI). Recuperado de: http://www.iafa.go.cr/investigaciones/investigacion_clinica/Antecedente_delictividad_08.pdf

Jiménez, F. y Mata, E. (2004). *El consumo de drogas en la población privada de libertad y su relación con la comisión de delitos*. Recuperado de: <http://www.cicad.oas.org/oid/new/research/Costs/CREstudioCarceles.pdf>

- Jiménez, K., García, R. y Balanzario, M. C. (2006). *Consumo de estimulantes y su relación con la violencia*. México: Centros de Integración Juvenil. Recuperado de: <http://www.cij.gob.mx/especialistas/pdf/06-13.pdf>
- Laespada, T., Iraurgi, I. y Aróstegi, E. (2004). *Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: Hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en la CAPV*. Bilbao, España. Recuperado de: http://www.izenpe.com/s15-4812/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txostena/es_9033/adjuntos/informe_txostena14.pdf
- Llobet, J. (2002). Derechos humanos en la justicia penal juvenil. *Revista Espiga*. (5), 35-61.
- Llobet, J. (2006). *Memoria del XVI Congreso Jurídico Nacional “Diez años de Justicia Penal Juvenil: Perspectivas hacia el futuro”*. Recuperado de: http://www.ucipfg.com/Repositorio/MCSH/MCSH-04/BLOQUE-ACADEMICO/Unidad-1/Congreso_Penal_Juvenil-Colegio_Abogados.pdf
- Martín, M. (2008). *Código de niñez y adolescencia cumple 10 años de vigencia*. Recuperado de: http://www.unicef.org/costarica/media_12771.htm
- Medina, E. (2013). *Temario Escala Básica*. España: Cuerpo Nacional de Policía. Recuperado de: http://books.google.co.cr/books?id=cWUTAgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Mentor. (2013). *Drugs, alcohol and youth crime: Counting the cost*. Londres, Inglaterra:

Mentor. Recuperado de: http://mentor-adepis.org/wp-content/uploads/2013/06/30739_Crime_4pp_WEB1.pdf

Mingote, C. y Requena, M. (2013). *El malestar de los jóvenes: Contextos, raíces y experiencias*. Madrid: Díaz de Santos.

Ministerio de Salud. (2010). *Plan estratégico nacional de salud de las personas adolescentes (PENSPA) 2010-2018*. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud.

Recuperado de: http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/component/docman/doc_view/1040-plan-estrategico-nacional-de-salud-de-las-personas-adolescentes-2010-2018

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Glosario de términos de alcohol y drogas*.

España: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Miranda, H. (2013, octubre 27). Nuevo camino bajó casi a cero la reincidencia. *La Nación*, 17.

Miranda, H. y Quesada, A. (2013, octubre 27). Red de apoyo salva a joven de vida de delincuencia y drogas. *La Nación*, 17.

Müller, M. (2004). *Técnicas de comunicación oral*. (3^{era} Reimpresión). Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.

Muñoz, J. (2011). *Adolescencia y tiempo libre, análisis y propuestas educativas en Salamanca*. España: Universidad Salamanca.

Murillo, L. (2013). El policonsumo de las drogas ilícitas en los adolescentes de Hogares Crea de Barba de Heredia y Cartago. *Revista Electrónica Enfermería Actual en Costa Rica*.(24). Recuperado de:
<http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/8412/7935>

Organización de Estados Americanos/ Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (OEA/CICAD). (2011). *Protocolo de estudio sobre drogas en población adolescente infractora de la ley*. Recuperado de:
http://www.cicad.oas.org/oid/protocols/6_Protocolo_Adolescentes_Infractores_2011.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de:
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). *Social Determinants of Health. The Solid Facts*. World Health Organization. (2^{da} ed.). Dinamarca: OMS. Recuperado de: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington, D.C.: Organización

Panamericana de la Salud. Recuperado de:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, Estados Unidos: OPS. Recuperado de:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Washington, D.C: OPS. Recuperado de:
<http://www.ine.gob.bo/indicadoresddhh/archivos/salud/inter/Atenci%C3%B3n%20Primaria%20Renovada.pdf>

Ortiz, A., Ruiz, M., Ubis, A. y Alonso, I. (2011). *Adicciones*. España: Elsevier. Recuperado de:
http://books.google.co.cr/books?id=mHgqKe5vUD0C&dq=drogas+depresoras&hl=es&source=gbs_navlinks_s

Ortiz, N. y Silva, M.C. (2005). Significado y contradicciones del fenómeno de las drogas: Drogas lícitas e ilícitas en Chile. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 13, 903-911. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea19.pdf>

- PANI-UNICEF. (2009). *Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia*. San José, Costa Rica: PANI-UNICEF. Recuperado de: http://www.unicef.org/costarica/docs/cr_pub_Politica_NNA_CR.pdf
- Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería*. Barcelona, España: Salvat Editores.
- Pita, S. y Pértegas, S. (2002). *Investigación cuantitativa y cualitativa*. Recuperado de: http://www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti_cuali/cuanti_cuali2.pdf
- Pons, J. (2009). *Materiales para la intervención social y educativa ante el consumo de drogas*. España: Editorial Club Universitario. Recuperado de: http://books.google.co.cr/books?id=qF7QKttbM58C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0
- Pontificia Universidad Católica de Chile y Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s.f.). *La dinámica de la violencia*. Material sin publicar (Diplomado Desarrollo y Salud Integral del Adolescente).
- Prichard, J. y Payne, J. (2005). *Alcohol, drugs and crime: a study of juveniles in detention*. Australia: Australian Institute of Criminology. Recuperado de: <http://aic.gov.au/documents/7/E/3/%7B7E372CAE-AD71-4DFF-918B-10DAA8851002%7Drpp67.pdf>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – Universidad de Costa Rica (PNUD-UCR). (2011). *Atlas del Desarrollo Humano Cantonal de Costa Rica 2012*. Costa Rica: PNUD. Recuperado de: <http://www.pnud.or.cr/mapa-cantonal/atlas.pdf>

- Programa Estado de la Nación. (2013). *Décimo noveno informe estado de la nación en desarrollo humano sostenible*. San José, Costa Rica: Programa Estado de la Nación.
- Recuperado de:
http://www.estadonacion.or.cr/estado/Publicaciones/Estado_Nacion/19/index.html
- Redolar, D. (2009). *Cerebro y adicción*. Barcelona, España: UOC.
- Rodríguez, A., Llobet, J., Blandino, M.A. y Rodríguez, C. (2013). *Informe de situación y recomendaciones del diagnóstico del sistema penal juvenil 2012*. San José, Costa Rica.
- Ross, A. (2013, agosto 31). País tiene en abandono salud mental de sus adolescentes. *La Nación*, 4-5
- Saborío, C. y Ugalde, E. (2002). *El cumplimiento de los derechos fundamentales establecidos en el Código de la niñez y la adolescencia de las personas menores de edad privados de libertad*. (Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Derecho). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Sáenz, M., Bejarano, J. y Fonseca, S. (2006). Adolescentes en condición de vulnerabilidad: Consumo de drogas en menores privados de libertad y transgresión de la ley penal. *Ciencias penales. Revista de la Asociación de Ciencias Penales de Costa Rica*.24, 79-88. Recuperado de: <http://www.cienciaspenales.org/REVISTA.24.pdf>
- Sánchez, M.M. (2014). Por qué el respeto a los derechos humanos exige reformas a las políticas de drogas. Human Rights Watch (Eds.). *Informe mundial 2014. Eventos de*

2013 (pp 42-50). Recuperado de:
http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/wr2014sp_web.pdf

Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay. (2010). *La Relación droga y delito en adolescentes infractores de la ley. La experiencia de Bolivia, Chile, Colombia, Perú y Uruguay. Quinto Informe Conjunto.* Recuperado de:
www.unodc.org/documents/peruandecuador/.../La_Relacion_Droga.pdf

Tiffer, C. (2003). Los adolescentes y el delito. *Revista de ciencias jurídicas.* (100), 253-282.

Tiffer, C. (2004). *Ley de Justicia Penal Juvenil: comentada y concordada.* (2^{da} ed.). San José: Juritexto.

Universidad de Ciencias y Humanidades. (2011). *Metodología del cuidado de enfermería: guía del docente.* Lima.

Universidad de Costa Rica. (2013). *Reglamento general del trabajo final de graduación en la Universidad de Costa Rica.* Costa Rica: La Gaceta Universitaria. Recuperado de: <http://www.cu.ucr.ac.cr/gacetas/2013/a08-2013.pdf>

Valenzuela, E. y Larroulet, P. (2010). La relación droga y delito: Una estimación de la fracción atribuible. *Estudios públicos.* (119), 33-62.

Vázquez, E. y Pillón, S. C. (2005). La formación de enfermeras y el fenómeno de las drogas en Colombia: conocimientos, actitudes y creencias. *Revista Latino-*

Americana de Enfermagem. 13, 845-853. Recuperado de:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea12.pdf>

Viner, R.M., Ozer, E.M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A. y Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 379 (9826), 1641-1652. Recuperado de:
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60149-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60149-4/fulltext)

Whitehead, M. (1990). *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: OMS. Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/euro/1993/EUR_ICP_RPD_414.pdf

ANEXO #1: Carta de autorización del trabajo final de graduación

Ministerio de Justicia
Dirección General de Adaptación Social
Instituto Nacional de Criminología
Departamento de Investigación y Estadística

23 de setiembre del 2013
DIE.PU – 119- 2013

MSc. Rebeca Herrera Padilla
Directora Centro de Formación Penal Juvenil Zurquí

Estimada Señora:

Previa coordinación con esa Dirección, de acuerdo a lo establecido en la Circular DG – 05 – 2007, del 13 de julio del 2007, "Disposiciones para el ingreso de estudiantes a los Establecimientos Penales del Sistema Penitenciario Nacional, para la realización de visitas, recopilación de información, prácticas, trabajo comunal y trabajos finales de graduación"; se le solicita autorizar el ingreso a ese centro, de los estudiantes (5) de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, Katherine Johanna Calvo Mata (114280044), Giuliana Isabel Peralta Lobo (113580957), Ileana Carolina Quesada Méndez (304620899), Leonardo Rodríguez Jiménez (208960962) y Michelle Stephenson Guzmán (115090994); con propósitos de Práctica Universitaria (de índole institucional), con la supervisión docente de la Prof. Felicia Arguedas Olsen (1-0449-0629) y general por parte del Dr. Andrés Rodríguez Pérez, encargado por parte del Instituto Costarricense sobre Droga (ICD).

Para dicho Proyecto institucional con soporte académico-universitario, modalidad Investigación, denominada "Relación entre el delito y el consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes infractores de la ley del Centro Penal Juvenil Zurquí, en la adolescencia temprana y media, durante el primer semestre del 2014", visitarán ese centro para la ejecución del Plan propuesto según planteamiento conocido y avalado por Usted¹, destacándose la aplicación de encuestas, proponiéndose el último mes del 2013 y el primer trimestre del 2014, con horario de lunes a viernes de las 09 a las 15 horas.

En la consecución de lo planteado, el funcionario a cargo del estudio coordinará previamente con Usted y con el personal designado, todo lo concerniente al tiempo aproximado requerido, a los horarios pertinentes, el acompañamiento técnico y demás aspectos intervinientes, de acuerdo tanto a los intereses investigativos, como a las condiciones y posibilidades institucionales.

Agradeciendo su atención, suscribe, atentamente,

Departamento de Investigación y Estadística.

Pablo Reiner Artavia Cubero
P / Jefatura

C.I. Dr. Andrés Rodríguez Pérez, UID / ICD
Prof. Felicia Arguedas Olsen, Escuela de Enfermería, UCR
Estudiantes
Archivos DIE / DIE.PU (2)

PRAC (partavia@mj.go.cr)

¹ Versión digital de la Propuesta original previamente reenviada a esa Dirección, mediante nuestro correo electrónico.

Favor velar por la entrega del documento final de la experiencia, digital e impreso, a este Departamento, para su posterior remisión al CEDO de la Escuela de Capacitación Penitenciaria, conjuntamente con el informe escrito a este Departamento sobre la conclusión (resultado) del proceso.

En todo caso en que se requiera participación de Privados(as) de Libertad, el o la estudiante deberá presentar oportunamente el documento de **CONSENTIMIENTO INFORMADO** respectivo de su centro académico.

ANEXO #2: Cuestionario



**SISTEMA INTERAMERICANO DE DATOS UNIFORMES
SOBRE CONSUMO DE DROGAS – SIDUC
OEA/CICAD/OID**

CUESTIONARIO ESTANDARIZADO

INFORMACIÓN GENERAL

1. PAÍS <input type="text" value="Costa Rica"/>	2. PROVINCIA <input type="text" value="Heredia"/>	3. CANTÓN <input type="text" value="Santo Domingo"/>
4. NOMBRE DEL CENTRO <input type="text" value="Centro Penal Juvenil Zurquí"/>	5. CIUDAD/LOCALIDAD <input type="text"/>	6. NÚMERO DE CUESTIONARIO <input type="text"/> <input type="text"/>
7. Sexo del entrevistado <input type="checkbox"/> 1. Hombre <input type="checkbox"/> 2. Mujer	8. Edad en años cumplidos <input type="text"/> Años cumplidos	
9. Tipo de infractor <input type="checkbox"/> 1. Medio Libre <input type="checkbox"/> 2. Medio Cerrado <input type="checkbox"/> 0. Otra situación	10. ¿Cuál es el último año de estudios que aprobaste? <input type="checkbox"/> 1. Primer grado <input type="checkbox"/> 2. Segundo grado <input type="checkbox"/> 3. Tercer grado <input type="checkbox"/> 4. Cuarto grado <input type="checkbox"/> 5. Quinto grado <input type="checkbox"/> 6. Sexto grado <input type="checkbox"/> 7. Primero secundaria (séptimo básico) <input type="checkbox"/> 8. Segundo secundaria (octavo básico) <input type="checkbox"/> 9. Tercero secundaria (noveno básico) <input type="checkbox"/> 10. Cuarto secundaria (décimo básico) <input type="checkbox"/> 11. Quinto secundaria (undécimo básico) <input type="checkbox"/> 12. Sexto secundaria (duodécimo básico) <input type="checkbox"/> 99. Sin Instrucción	
11. ¿Pertenece a alguno de estos pueblos originarios o indígenas? No aplica, “No pertenece” es la opción marcada por default <input checked="" type="checkbox"/> 0. No pertenece	12. ¿Con qué religión o credo te identificas? <input type="checkbox"/> 1. Católica <input type="checkbox"/> 2. Protestante <input type="checkbox"/> 3. Islámica/Musulmana <input type="checkbox"/> 4. Judía <input type="checkbox"/> 5. Agnóstico(a) <input type="checkbox"/> 6. Es Ateo, Ninguna religión <input type="checkbox"/> 0. No sabe/No contesta	

Módulo 1: PRINCIPALES FACTORES ASOCIADOS, MAGNITUD DEL CONSUMO, ABUSO Y DEPENDENCIA A ALCOHOL Y DROGAS ILÍCITAS

PERCEPCIÓN DE RIESGO

13. ¿Cuál crees tú que es el riesgo que corre una persona que hace alguna de las siguientes cosas? MARCAR CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDA EN CADA LINEA.

	1. Ningún riesgo	2. Riesgo Leve	3. Riesgo Moderado	4. Gran riesgo	5. No sé que riesgo corro
1. Fumar cigarrillos frecuentemente					
2. Embriagarse con bebidas alcohólicas					
3. Tomar medicamentos sin prescripción médica frecuentemente					
4. Inhalar pegamentos, pinturas, lacas, desodorantes, gasolina o cosas similares alguna vez					
5. Inhalar pegamentos, pinturas, lacas, desodorantes, gasolina o cosas similares frecuentemente					
6. Fumar marihuana alguna vez					
7. Fumar marihuana frecuentemente					
8. Fumar crack alguna vez					
9. Fumar crack frecuentemente					
10. Esnifar cocaína alguna vez					
11. Esnifar cocaína frecuentemente					
12. Inhalar Popper alguna vez					
13. Inhalar Popper frecuentemente					
14. Usar éxtasis alguna vez					
15. Usar éxtasis frecuentemente					

ACCESO A DROGAS ILÍCITAS Y OFERTA

14. ¿Cuán fácil o difícil te sería conseguir alguna de las siguientes drogas? (Marca con una cruz donde corresponda para cada droga)

	1. Me sería fácil	2. Me sería difícil	3. No podría conseguir	4. No sé si es fácil o difícil
1. Marihuana				
2. Cocaína				
3. Crack				
4. Éxtasis				
5. LSD				
6. Heroína				

15. ¿Cuándo fue la <u>última vez</u> que te ofrecieron alguna de estas drogas, ya sea para comprar o probar? (Marca con una cruz donde corresponda para cada droga)	1. Durante los últimos 30 días	2. Hace más de un mes, pero menos de un año	3. Hace más de un año	4. Nunca me han ofrecido
1. Marihuana				
2. Cocaína				
3. Crack				
4. Éxtasis				
5. LSD				
6. Heroína				

TABACO/ CIGARRILLOS (OPCIONAL)

<p>16a. ¿Has fumado cigarrillos <u>alguna vez</u> en la <u>vida</u>?</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1.SÍ</td> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;">(pase al #17)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2.NO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3.No sabe/No contesta</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1.SÍ	(pase al #17)	<input type="checkbox"/>	2.NO	<input type="checkbox"/>	3.No sabe/No contesta	<p>16b. ¿Qué edad tenías cuando fumaste cigarrillos por primera vez?</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td>Años cumplidos</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	Años cumplidos								
<input type="checkbox"/>	1.SÍ	(pase al #17)																
<input type="checkbox"/>	2.NO																	
<input type="checkbox"/>	3.No sabe/No contesta																	
<input type="text"/>	Años cumplidos																	
<p>16c. ¿Cuándo fue la <u>primera vez</u> que fumaste cigarrillos?</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1. Durante los últimos 30 días</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2. Hace más de 1 mes, pero menos de 1 año</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2. Hace más de 1 año</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>4. No sabe/No contesta</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1. Durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>	2. Hace más de 1 mes, pero menos de 1 año	<input type="checkbox"/>	2. Hace más de 1 año	<input type="checkbox"/>	4. No sabe/No contesta	<p>16d. ¿Has fumado cigarrillos en los <u>últimos 12 meses</u>?</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1.SÍ</td> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;">(pase al #17)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2.NO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3.No sabe/No contesta</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1.SÍ	(pase al #17)	<input type="checkbox"/>	2.NO	<input type="checkbox"/>	3.No sabe/No contesta		
<input type="checkbox"/>	1. Durante los últimos 30 días																	
<input type="checkbox"/>	2. Hace más de 1 mes, pero menos de 1 año																	
<input type="checkbox"/>	2. Hace más de 1 año																	
<input type="checkbox"/>	4. No sabe/No contesta																	
<input type="checkbox"/>	1.SÍ	(pase al #17)																
<input type="checkbox"/>	2.NO																	
<input type="checkbox"/>	3.No sabe/No contesta																	
<p>16e. ¿Has fumado cigarrillos en los <u>últimos 30 días</u>?</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1.SÍ</td> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;">(pase al #17)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2.NO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3.No sabe/No contesta</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1.SÍ	(pase al #17)	<input type="checkbox"/>	2.NO	<input type="checkbox"/>	3.No sabe/No contesta	<p>16f. Aproximadamente ¿cuántos cigarrillos has fumado <u>por día</u> en los <u>últimos 30 días</u>? N° de cigarrillos por día:</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1. De 1 a 5</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2. De 6 a 10</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3. De 11 a 20</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>4. Más de 20</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>5. No sabe/No contesta</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1. De 1 a 5	<input type="checkbox"/>	2. De 6 a 10	<input type="checkbox"/>	3. De 11 a 20	<input type="checkbox"/>	4. Más de 20	<input type="checkbox"/>	5. No sabe/No contesta
<input type="checkbox"/>	1.SÍ	(pase al #17)																
<input type="checkbox"/>	2.NO																	
<input type="checkbox"/>	3.No sabe/No contesta																	
<input type="checkbox"/>	1. De 1 a 5																	
<input type="checkbox"/>	2. De 6 a 10																	
<input type="checkbox"/>	3. De 11 a 20																	
<input type="checkbox"/>	4. Más de 20																	
<input type="checkbox"/>	5. No sabe/No contesta																	
<p>16g. Y ¿Cuántos <u>días</u> fumaste cigarrillos en los <u>últimos 30 días</u>?</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td>N° de días</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>0.No sabe/No contesta</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	N° de días	<input type="checkbox"/>	0.No sabe/No contesta	<p>16h. ¿Por cuántos años has fumado cigarrillos a diario?</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td>N° de años</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	N° de años											
<input type="text"/>	N° de días																	
<input type="checkbox"/>	0.No sabe/No contesta																	
<input type="text"/>	N° de años																	
<p>16i. ¿Has fumado al menos 100 cigarrillos en tu vida?</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1.SÍ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2. NO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>0.No sabe/No contesta</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1.SÍ	<input type="checkbox"/>	2. NO	<input type="checkbox"/>	0.No sabe/No contesta												
<input type="checkbox"/>	1.SÍ																	
<input type="checkbox"/>	2. NO																	
<input type="checkbox"/>	0.No sabe/No contesta																	

ALCOHOL

<p>17a. ¿Has consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida? (Considera vino, cerveza o licores fuertes como Cacique, Ron, Vodka, etc.)</p> <table border="1"> <tr> <td>1.SÍ</td> <td rowspan="3" style="text-align: center;">(pase al #33)</td> </tr> <tr> <td>2.NO</td> </tr> <tr> <td>3.No sabe/No contesta</td> </tr> </table>	1.SÍ	(pase al #33)	2.NO	3.No sabe/No contesta	<p>17b. ¿Qué edad tenías cuando consumiste bebidas alcohólicas por primera vez? (No considere si los padres le dieron a probar un sorbo alguna vez)</p> <table border="1"> <tr> <td style="width: 50px;">Años cumplidos</td> </tr> </table>	Años cumplidos			
1.SÍ	(pase al #33)								
2.NO									
3.No sabe/No contesta									
Años cumplidos									
<p>17c. ¿Cuándo fue la primera vez que consumiste bebidas alcohólicas?</p> <table border="1"> <tr> <td>1. Durante los últimos 30 días</td> </tr> <tr> <td>2. Hace más de 1 mes, pero menos de 1 año</td> </tr> <tr> <td>2. Hace más de 1 año</td> </tr> <tr> <td>4. No sabe/No contesta</td> </tr> </table>	1. Durante los últimos 30 días	2. Hace más de 1 mes, pero menos de 1 año	2. Hace más de 1 año	4. No sabe/No contesta	<p>17d. ¿Has consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses?</p> <table border="1"> <tr> <td>1.SI</td> <td rowspan="3" style="text-align: center;">(pase al #33)</td> </tr> <tr> <td>2.NO</td> </tr> <tr> <td>3.No sabe/No contesta</td> </tr> </table>	1.SI	(pase al #33)	2.NO	3.No sabe/No contesta
1. Durante los últimos 30 días									
2. Hace más de 1 mes, pero menos de 1 año									
2. Hace más de 1 año									
4. No sabe/No contesta									
1.SI	(pase al #33)								
2.NO									
3.No sabe/No contesta									
<p>17e. ¿Has consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días?</p> <table border="1"> <tr> <td>1.SI</td> <td rowspan="3" style="text-align: center;">(pase al #33)</td> </tr> <tr> <td>2.NO</td> </tr> <tr> <td>3.No sabe/No contesta</td> </tr> </table>	1.SI	(pase al #33)	2.NO	3.No sabe/No contesta	<p>17f. Piensa solamente en los últimos 30 días, ¿cuántos días has tomado algún tipo de alcohol durante los últimos 30 días?</p> <table border="1"> <tr> <td style="width: 50px;">N° de días</td> </tr> </table>	N° de días			
1.SI	(pase al #33)								
2.NO									
3.No sabe/No contesta									
N° de días									

CUESTIONARIO AUDIT SOBRE CONSUMO DE ALCOHOL

PIENSA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES					
18. ¿Qué tan seguido tomas alguna bebida alcohólica?	0 Nunca	1 1 vez al mes o menos	2 2 a 4 veces al mes	3 2 a 3 veces a la semana	4 4 o más veces a la semana
19. ¿Cuántos tragos sueles tomar en un día típico de consumo de alcohol? UTILICE ESCALA DE ABAJO PARA ESTIMAR NÚMERO DE TRAGOS	0 0-2	1 3-4	2 5-6	3 7-8	4 9 o más

1 Trago	1 Trago y medio	6 Tragos	18 Tragos
-Una botella o lata individual de cerveza (333 cc.)	Medio litro de cerveza	Una botella de vino (750 cc.)	Una botella de licor (750 cc.)
-Un vaso de vino (140 cc.). -Un trago de licor (40 cc.) (Cacique, ron, vodka, whisky) solo o combinado	3 Tragos	8 Tragos	
	Un litro de cerveza	Una caja de vino (1 litro)	

20. ¿Qué tan seguido tomas 6 o más tragos en una sola ocasión?	0 Nunca	1 Menos de 1 vez al mes	2 Mensualmente	3 Semanalmente	4 Todos o casi todos los días
21. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos doce meses, no pudiste parar de beber una vez que habías empezado?	0 Nunca	1 Menos de 1 vez al mes	2 Mensualmente	3 Semanalmente	4 Todos o casi todos los días
22. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos doce meses, tu consumo de alcohol alteró el desempeño de tus actividades normales?	0 Nunca	1 Menos de 1 vez al mes	2 Mensualmente	3 Semanalmente	4 Todos o casi todos los días
23. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos doce meses, necesitaste beber en la mañana para recuperarte de haber bebido mucho el día anterior?	0 Nunca	1 Menos de 1 vez al mes	2 Mensualmente	3 Semanalmente	4 Todos o casi todos los días
24. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos doce meses, tuviste remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	0 Nunca	1 Menos de 1 vez al mes	2 Mensualmente	3 Semanalmente	4 Todos o casi todos los días
25. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos doce meses, no fuiste capaz de recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?	0 Nunca	1 Menos de 1 vez al mes	2 Mensualmente	3 Semanalmente	4 Todos o casi todos los días
26. ¿Tú o alguna otra persona ha resultado físicamente herida debido a que tú habías bebido alcohol?	0 No		2 Sí, pero no en el último año		4 Sí, en el último año
27. ¿Algún familiar, amigo, médico u otro profesional de la salud ha mostrado preocupación por la forma en que consumes bebidas alcohólicas o te ha sugerido que dejes de beber?	0 No		2 Sí, pero no en el último año		4 Sí, en el último año

CUESTIONARIO DSM-IV PARA MEDIR ABUSO

PIENSA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	1.Sí	2.No	0.Ns/Nc
28. ¿Has tenido algún problema serio en la casa, en el trabajo o donde estudias a causa del alcohol? Como descuidar a los niños, faltar al trabajo o a clases, bajar su rendimiento en el trabajo o en el estudio, o perder el empleo.			

29. ¿Te ha sucedido que a causa del alcohol te hayas expuesto a algún peligro contra tu integridad física? Digamos has estado a punto de chocar en auto o de sufrir cualquier otra clase de accidente.			
30. ¿Has hecho algo bajo los efectos del alcohol que pudiera causarte problemas con la autoridad pública o con la ley? Como conducir vehículos en ese estado, rayar paredes, destruir equipamiento público, molestar a los vecinos, robar o algo parecido.			
31. ¿Has tenido algún problema con la familia o los amigos a causa del alcohol? Como un disgusto o discusión seria que haya resentido esa relación.			
32. ¿Te has visto envuelto en alguna pelea a golpes o has agredido a alguien bajo los efectos del alcohol?			

33. ¿Has consumido alguna de estas sustancias alguna vez en tu vida? MARQUE CON UNA CRUZ DONDE CORRESPONDA PARA CADA UNA DE LAS SUSTANCIAS		34. ¿Qué edad tenías cuando probaste por primera vez?	
	1.NO	2.SÍ	Años
a. Tranquilizantes sin prescripción médica como Alprazolam, Diazepam (Valium), Flunitracepam (Rohipnol), Clordiazepóxico (Librium) o similares.			Años
b. Estimulantes tipo anfetaminas sin prescripción médica como Metilfenidato (Ritalín), Fenmetracina (Preludin o Adepsina), Anfetaminas (Adderall), Dextroanfetamina (Dexedrine, DextroStat), Pemolina (Cylert) o similares.			Años
c. Analgésicos como Codeína, Hidrocodona, Vicodin, Metadona, Morfina, Petidina, Tramal o similares.			Años
d. Inhalables como pegamentos, pinturas, lacas, desodorantes, gasolina, bencina, tolueno o cosas similares			Años
e. Marihuana			Años
f. Hachís			Años
g. Cocaína			Años
h. Pasta base/básica/bazuco			Años
i. Crack			Años
j. Heroína			Años
k. Popper o reventadores (nitritos) tales como Rush, Jolt, Locker Room, Leather Man, etc.			Años
l. Relevón			Años
m. Alucinógenos como LSD, PCP, Peyote o Mescalina y Psilocibina			Años
n. MDMA (Éxtasis, Adam, X-TC)			Años
o. Anfetaminas y/o Metanfetaminas (Hielo, Pepas, Cristal, Pastis, Meta, Speed)			Años
p. GHB (G, Blue Nitro, Cherry Meth, Heroína del pobre, Éxtasis líquido)			Años
q. Ketamina (K o K especial, Vitamina K)			Años
r. Otras drogas: especificar			Años

DROGAS INYECTADAS

35. ¿Alguna vez en su vida te has inyectado alguna de las siguientes sustancias?		36. Y ¿Cuándo fue la última vez que te inyectaste alguna de estas sustancias?		
<input type="checkbox"/> 0. Nunca me he inyectado (pase al #37a)	<input type="checkbox"/> 1. Alcohol	1. Durante los últimos 30 días	2. Hace más de 1 mes, pero menos de un año	Hace más de un año
<input type="checkbox"/> 2. Cocaína	<input type="checkbox"/> 3. Anfetaminas/Metanfetaminas			
<input type="checkbox"/> 4. Heroína	<input type="checkbox"/> 4. Heroína			
<input type="checkbox"/> 5. Morfina, Petidina o Similares	<input type="checkbox"/> 5. Morfina, Petidina o Similares			
<input type="checkbox"/> 6. Otras drogas: especificar.....	<input type="checkbox"/> 6. Otras drogas, especificar.....			
<input type="checkbox"/> 1. Alcohol	<input type="checkbox"/> 1. Alcohol			
<input type="checkbox"/> 2. Cocaína	<input type="checkbox"/> 2. Cocaína			
<input type="checkbox"/> 3. Anfetaminas/Metanfetaminas	<input type="checkbox"/> 3. Anfetaminas/Metanfetaminas			
<input type="checkbox"/> 4. Heroína	<input type="checkbox"/> 4. Heroína			
<input type="checkbox"/> 5. Morfina, Petidina o Similares	<input type="checkbox"/> 5. Morfina, Petidina o Similares			
<input type="checkbox"/> 6. Otras drogas, especificar.....	<input type="checkbox"/> 6. Otras drogas, especificar.....			

INHALABLES. Considere sustancias como pegamentos, pinturas, lacas, desodorantes, éter, tolueno, gasolina/bencina, parafina o cosas similares.

37a. ¿Cuándo fue la <u>primera vez</u> que probaste inhalables?		37b. ¿Has consumido Inhalables alguna vez en los <u>últimos 12 meses</u>?	
<input type="checkbox"/> 0. Nunca he consumido inhalables (Pase al #38a)	<input type="checkbox"/> 1. Durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 1. SÍ	<input type="checkbox"/> 2. NO (Pase al #38a)
<input type="checkbox"/> 2. Hace más de un mes, pero menos de un año	<input type="checkbox"/> 3. Hace más de un año		
<input type="checkbox"/> 3. Hace más de un año			
37c. ¿Con qué frecuencia has usado inhalables?		37d. ¿Has consumido inhalables alguna vez en los <u>últimos 30 días</u>?	
<input type="checkbox"/> 1. Una sola vez	<input type="checkbox"/> 2. Algunas veces durante los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> 1. SÍ	<input type="checkbox"/> 2. NO (Pase al #38a)
<input type="checkbox"/> 3. Algunas veces mensualmente	<input type="checkbox"/> 4. Algunas veces semanalmente		
<input type="checkbox"/> 4. Algunas veces semanalmente	<input type="checkbox"/> 5. Diariamente		
<input type="checkbox"/> 5. Diariamente			

<p>37e. Y esas veces que usaste inhalables en los últimos 30 días con el fin de drogarte ¿Qué tipo de sustancia utilizaste? (Marque todas las que correspondan)</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1. Pegamentos</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2. Pinturas</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3. Desodorantes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4. Tolueno</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>5. Gasolina/Bencina o Parafina</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>6. Éter o acetona</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>7. Líquido para encendedores</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>8. Poppers o reventadores</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>9. Otro ¿Cuál?.....</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1. Pegamentos	<input type="checkbox"/>	2. Pinturas	<input type="checkbox"/>	3. Desodorantes	<input type="checkbox"/>	4. Tolueno	<input type="checkbox"/>	5. Gasolina/Bencina o Parafina	<input type="checkbox"/>	6. Éter o acetona	<input type="checkbox"/>	7. Líquido para encendedores	<input type="checkbox"/>	8. Poppers o reventadores	<input type="checkbox"/>	9. Otro ¿Cuál?.....	<p>37f. Y esas veces que usaste inhalables en los últimos 30 días ¿Dónde los conseguiste? (Marque todas las que correspondan)</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1. En el supermercado/farmacias</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2. En las ferreterías/Bombas bencineras</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3. En el almacén de mi barrio</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4. En la casa</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>5. En el colegio</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>6. En el trabajo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>7. De amigos</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>8. De alguien que no es amigo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>9. En este centro de menores infractores</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1. En el supermercado/farmacias	<input type="checkbox"/>	2. En las ferreterías/Bombas bencineras	<input type="checkbox"/>	3. En el almacén de mi barrio	<input type="checkbox"/>	4. En la casa	<input type="checkbox"/>	5. En el colegio	<input type="checkbox"/>	6. En el trabajo	<input type="checkbox"/>	7. De amigos	<input type="checkbox"/>	8. De alguien que no es amigo	<input type="checkbox"/>	9. En este centro de menores infractores
<input type="checkbox"/>	1. Pegamentos																																				
<input type="checkbox"/>	2. Pinturas																																				
<input type="checkbox"/>	3. Desodorantes																																				
<input type="checkbox"/>	4. Tolueno																																				
<input type="checkbox"/>	5. Gasolina/Bencina o Parafina																																				
<input type="checkbox"/>	6. Éter o acetona																																				
<input type="checkbox"/>	7. Líquido para encendedores																																				
<input type="checkbox"/>	8. Poppers o reventadores																																				
<input type="checkbox"/>	9. Otro ¿Cuál?.....																																				
<input type="checkbox"/>	1. En el supermercado/farmacias																																				
<input type="checkbox"/>	2. En las ferreterías/Bombas bencineras																																				
<input type="checkbox"/>	3. En el almacén de mi barrio																																				
<input type="checkbox"/>	4. En la casa																																				
<input type="checkbox"/>	5. En el colegio																																				
<input type="checkbox"/>	6. En el trabajo																																				
<input type="checkbox"/>	7. De amigos																																				
<input type="checkbox"/>	8. De alguien que no es amigo																																				
<input type="checkbox"/>	9. En este centro de menores infractores																																				

MARIHUANA

<p>38a. ¿Cuándo fue la primera vez que probaste marihuana?</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0. Nunca he consumido marihuana (Pase al #55a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1. Durante los últimos 30 días</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2. Hace más de un mes, pero menos de un año</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3. Hace más de un año</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	0. Nunca he consumido marihuana (Pase al #55a)	<input type="checkbox"/>	1. Durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>	2. Hace más de un mes, pero menos de un año	<input type="checkbox"/>	3. Hace más de un año	<p>38b. ¿Has consumido marihuana alguna vez en los últimos 12 meses?</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1. SÍ</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2. NO (Pase al #55a)</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1. SÍ	<input type="checkbox"/>	2. NO (Pase al #55a)		
<input type="checkbox"/>	0. Nunca he consumido marihuana (Pase al #55a)														
<input type="checkbox"/>	1. Durante los últimos 30 días														
<input type="checkbox"/>	2. Hace más de un mes, pero menos de un año														
<input type="checkbox"/>	3. Hace más de un año														
<input type="checkbox"/>	1. SÍ														
<input type="checkbox"/>	2. NO (Pase al #55a)														
<p>38c. ¿Con qué frecuencia has usado marihuana?</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1. Una sola vez</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2. Algunas veces durante los últimos 12 meses</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3. Algunas veces mensualmente</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4. Algunas veces semanalmente</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>5. Diariamente</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1. Una sola vez	<input type="checkbox"/>	2. Algunas veces durante los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	3. Algunas veces mensualmente	<input type="checkbox"/>	4. Algunas veces semanalmente	<input type="checkbox"/>	5. Diariamente	<p>38d. ¿Has consumido marihuana alguna vez en los últimos 30 días?</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1. SÍ</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2. NO (Pase al #55a)</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1. SÍ	<input type="checkbox"/>	2. NO (Pase al #55a)
<input type="checkbox"/>	1. Una sola vez														
<input type="checkbox"/>	2. Algunas veces durante los últimos 12 meses														
<input type="checkbox"/>	3. Algunas veces mensualmente														
<input type="checkbox"/>	4. Algunas veces semanalmente														
<input type="checkbox"/>	5. Diariamente														
<input type="checkbox"/>	1. SÍ														
<input type="checkbox"/>	2. NO (Pase al #55a)														
<p>38e. Piensa solamente en los últimos 30 días, ¿Cuántos días has consumido marihuana durante los últimos 30 días?</p> <table border="1"> <tr><td><input type="text"/></td><td>N° de días (de 0 a 30)</td></tr> </table>	<input type="text"/>	N° de días (de 0 a 30)	<p>38f. ¿Cuántos cigarros/pitos/pitillos de marihuana consumiste al mes?</p> <table border="1"> <tr><td><input type="text"/></td><td>N° de cigarros/pitos/pitillos</td></tr> </table>	<input type="text"/>	N° de cigarros/pitos/pitillos										
<input type="text"/>	N° de días (de 0 a 30)														
<input type="text"/>	N° de cigarros/pitos/pitillos														

CUESTIONARIO CAST (Mide el consumo problemático de marihuana o bien que implica consecuencias sociales y de salud para el usuario o para otros)

39g. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES ¿Con qué frecuencia te ha ocurrido algo como lo que se describe a continuación?	1. Nunca	2. Rara vez	3. De vez en cuando	4. Bastante a menudo	5. Muy a menudo
a) ¿Has fumado marihuana antes del mediodía?					
b) ¿Has fumado marihuana estando solo/a?					
c) ¿Has tenido problemas de memoria al fumar marihuana?					

d) ¿Te han dicho los amigos o alguien de tu familia que deberías reducir el consumo de marihuana?					
e) ¿Has intentado reducir el consumo de marihuana sin conseguirlo?					
f) ¿Has tenido problemas debido a tu consumo de marihuana? (pelea, accidente, mal resultado académico, etc.)					

CUESTIONARIO CIE-10 PARA MEDIR DEPENDENCIA

PIENSA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	1.Sí	2.No	0.Ns/Nc
40. ¿Consumiste marihuana para eliminar <i>problemas como éstos</i> o para evitar que se presentaran? *UTILICE LISTADO DE ABAJO PARA AYUDARSE			
41. ¿Y has presentado estos problemas cuando suspendías o disminuías el consumo de marihuana? *UTILICE LISTADO DE ABAJO PARA AYUDARSE			
42. ¿Has sentido un deseo tan grande de usar marihuana que no pudiste resistir o pensar en nada más?			
43. ¿Has observado que para obtener el mismo efecto con marihuana has consumido mayor cantidad que antes?			
44. ¿Has notado que la misma cantidad de marihuana tiene menos efecto en ti que antes?			
45. ¿Has consumido marihuana a pesar de que tenías la intención de no hacerlo?			
46. ¿Has terminado consumiendo marihuana en mayores cantidades de lo que pensaste?			
47. ¿Has dejado de hacer o has suspendido actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de marihuana?			
48. ¿Has dedicado más tiempo que antes a conseguir y consumir marihuana, o pasas más tiempo recuperándote de sus efectos?			
49. ¿Has continuado consumiendo marihuana a pesar de que te ocasione problemas de salud física, emocionales o nerviosos?			

*LISTADO

-Ansioso, inquieto, irritable	-Estrés o depresión	-Náuseas, vómitos
-Problemas de concentración	-Tembloroso	-Ver, oír o sentir cosas inexistentes
-Fatigado, somnoliento, débil	-Taquicardia	-Problemas para dormir

CUESTIONARIO DSM-IV PARA MEDIR ABUSO

PIENSA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	1.Sí	2.No	0.Ns/Nc
50. ¿Has tenido algún problema serio en la casa, en el trabajo o donde estudias a causa de la marihuana? Como descuidar a los niños, faltar al trabajo o a clases, bajar tu rendimiento en el trabajo o en el estudio, o perder el empleo.			
51. ¿Te ha sucedido que a causa de la marihuana te hayas expuesto a algún peligro contra tu integridad física? Digamos has estado a punto de chocar en auto o de sufrir cualquier otra clase de accidente.			
52. ¿Has hecho algo bajo los efectos de la marihuana que pudiera causarle problemas con la autoridad pública o con la ley? Como conducir vehículos en ese estado, rayar paredes, destruir equipamiento público, molestar a los vecinos, robar o			

algo parecido.			
53. ¿Has tenido algún problema con la familia o los amigos a causa de la marihuana? Como un disgusto o discusión seria que haya resentido esa relación.			
54. ¿Te has visto envuelto en alguna pelea a golpes o has agredido a alguien bajo los efectos de la marihuana?			

COCAÍNA

55a. ¿Cuándo fue la primera vez que probaste cocaína? <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0. Nunca he consumido cocaína (Pase al #71a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1. Durante los últimos 30 días</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2. Hace más de un mes, pero menos de un año</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3. Hace más de un año</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	0. Nunca he consumido cocaína (Pase al #71a)	<input type="checkbox"/>	1. Durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>	2. Hace más de un mes, pero menos de un año	<input type="checkbox"/>	3. Hace más de un año	55b. ¿Has consumido cocaína alguna vez en los últimos 12 meses? <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1. SÍ</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2. NO (Pase al #71a)</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1. SÍ	<input type="checkbox"/>	2. NO (Pase al #71a)		
<input type="checkbox"/>	0. Nunca he consumido cocaína (Pase al #71a)														
<input type="checkbox"/>	1. Durante los últimos 30 días														
<input type="checkbox"/>	2. Hace más de un mes, pero menos de un año														
<input type="checkbox"/>	3. Hace más de un año														
<input type="checkbox"/>	1. SÍ														
<input type="checkbox"/>	2. NO (Pase al #71a)														
55c. ¿Con qué frecuencia has usado cocaína? <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1. Una sola vez</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2. Algunas veces durante los últimos 12 meses</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3. Algunas veces mensualmente</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4. Algunas veces semanalmente</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>5. Diariamente</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1. Una sola vez	<input type="checkbox"/>	2. Algunas veces durante los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	3. Algunas veces mensualmente	<input type="checkbox"/>	4. Algunas veces semanalmente	<input type="checkbox"/>	5. Diariamente	55d. ¿Has consumido cocaína alguna vez en los últimos 30 días? <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1. SÍ</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2. NO (Pase al #71a)</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1. SÍ	<input type="checkbox"/>	2. NO (Pase al #71a)
<input type="checkbox"/>	1. Una sola vez														
<input type="checkbox"/>	2. Algunas veces durante los últimos 12 meses														
<input type="checkbox"/>	3. Algunas veces mensualmente														
<input type="checkbox"/>	4. Algunas veces semanalmente														
<input type="checkbox"/>	5. Diariamente														
<input type="checkbox"/>	1. SÍ														
<input type="checkbox"/>	2. NO (Pase al #71a)														
55e. Piensa solamente en los últimos 30 días, ¿Cuántos días has consumido cocaína durante los últimos 30 días? <table border="1"> <tr><td><input type="text"/></td><td>N° de días (de 0 a 30)</td></tr> </table>	<input type="text"/>	N° de días (de 0 a 30)	55f. ¿Cuántos gramos de cocaína consumes al mes? <table border="1"> <tr><td><input type="text"/></td><td>N° de gramos</td></tr> </table>	<input type="text"/>	N° de gramos										
<input type="text"/>	N° de días (de 0 a 30)														
<input type="text"/>	N° de gramos														

CUESTIONARIO CIE-10 PARA MEDIR DEPENDENCIA

PIENSA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	1.SÍ	2.No	3.Ns/Nc
56. ¿Consumiste cocaína para eliminar <i>problemas como éstos</i> o para evitar que se presentaran? *UTILICE LISTADO DE ABAJO PARA AYUDARSE			
57. ¿Y has presentado estos problemas cuando suspendías o disminuías el consumo de cocaína? *UTILICE LISTADO DE ABAJO PARA AYUDARSE			
58. ¿Has sentido un deseo tan grande de usar cocaína que no pudiste resistir o pensar en nada más?			
59. ¿Has observado que para obtener el mismo efecto con cocaína has consumido mayor cantidad que antes?			
60. ¿Has notado que la misma cantidad de cocaína tiene menos efecto en ti que antes?			
61. ¿Has consumido cocaína a pesar de que tenías la intención de no hacerlo?			
62. ¿Has terminado consumiendo cocaína en mayores cantidades de lo que pensaste?			
63. ¿Has dejado de hacer o has suspendido actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de cocaína?			
64. ¿Has dedicado más tiempo que antes a conseguir y consumir cocaína, o pasas más tiempo recuperándote de sus efectos?			
65. ¿Has continuado consumiendo cocaína a pesar de que te ocasione problemas de salud física, emocionales o nerviosos?			

***LISTADO**

-Ansioso, inquieto, irritable	-Estrés o depresión	-Náuseas, vómitos
-Problemas de concentración	-Tembloroso	-Ver, oír o sentir cosas inexistentes
-Fatigado, somnoliento, débil	-Taquicardia	-Problemas para dormir

CUESTIONARIO DSM-IV PARA MEDIR ABUSO

PIENSA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	1.SÍ	2.No	3.Ns/Nc
66. ¿Has tenido algún problema serio en la casa, en el trabajo o donde estudias a causa de la cocaína? Como descuidar a los niños, faltar al trabajo o a clases, bajar tu rendimiento en el trabajo o en el estudio, o perder el empleo.			
67. ¿Te ha sucedido que a causa de la cocaína te hayas expuesto a algún peligro contra tu integridad física? Digamos has estado a punto de chocar en auto o de sufrir cualquier otra clase de accidente.			
68. ¿Has hecho algo bajo los efectos de la cocaína que pudiera causarte problemas con la autoridad pública o con la ley? Como conducir vehículos en ese estado, rayar paredes, destruir equipamiento público, molestar a los vecinos, robar o algo parecido.			
69. ¿Has tenido algún problema con la familia o los amigos a causa de la cocaína? Como un disgusto o discusión seria que haya resentido esa relación.			
70. ¿Te has visto envuelto en alguna pelea a golpes o has agredido a alguien bajo los efectos de la cocaína?			

CRACK

<p>71a. ¿Cuándo fue la <u>primera vez</u> que probaste crack?</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0.Nunca he consumido crack (Pase al #87a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1. Durante los últimos 30 días</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2.Hace más de un mes, pero menos de un año</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3.Hace más de un año</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	0.Nunca he consumido crack (Pase al #87a)	<input type="checkbox"/>	1. Durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>	2.Hace más de un mes, pero menos de un año	<input type="checkbox"/>	3.Hace más de un año	<p>71b. ¿Has consumido crack alguna vez en los <u>últimos 12 meses</u>?</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1.SÍ</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2.NO(Pase al #87a)</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1.SÍ	<input type="checkbox"/>	2.NO(Pase al #87a)		
<input type="checkbox"/>	0.Nunca he consumido crack (Pase al #87a)														
<input type="checkbox"/>	1. Durante los últimos 30 días														
<input type="checkbox"/>	2.Hace más de un mes, pero menos de un año														
<input type="checkbox"/>	3.Hace más de un año														
<input type="checkbox"/>	1.SÍ														
<input type="checkbox"/>	2.NO(Pase al #87a)														
<p>71c. ¿Con qué frecuencia has usado crack ?</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1. Una sola vez</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2. Algunas veces durante los últimos 12 meses</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3. Algunas veces mensualmente</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4. Algunas veces semanalmente</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>5. Diariamente</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1. Una sola vez	<input type="checkbox"/>	2. Algunas veces durante los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	3. Algunas veces mensualmente	<input type="checkbox"/>	4. Algunas veces semanalmente	<input type="checkbox"/>	5. Diariamente	<p>71d. ¿Has consumido crack alguna vez en los <u>últimos 30 días</u>?</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1.SÍ</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2.NO(Pase al #87a)</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1.SÍ	<input type="checkbox"/>	2.NO(Pase al #87a)
<input type="checkbox"/>	1. Una sola vez														
<input type="checkbox"/>	2. Algunas veces durante los últimos 12 meses														
<input type="checkbox"/>	3. Algunas veces mensualmente														
<input type="checkbox"/>	4. Algunas veces semanalmente														
<input type="checkbox"/>	5. Diariamente														
<input type="checkbox"/>	1.SÍ														
<input type="checkbox"/>	2.NO(Pase al #87a)														
<p>71e. Piensa solamente en los últimos 30 días, ¿Cuántos días has consumido crack ?</p> <table border="1"> <tr><td><input type="text"/></td><td>N° de días (de 0 a 30)</td></tr> </table>	<input type="text"/>	N° de días (de 0 a 30)	<p>71f.¿Cuántas piedras de crack consumes al mes?</p> <table border="1"> <tr><td><input type="text"/></td><td>N° de piedras</td></tr> </table>	<input type="text"/>	N° de piedras										
<input type="text"/>	N° de días (de 0 a 30)														
<input type="text"/>	N° de piedras														

CUESTIONARIO CIE-10 PARA MEDIR DEPENDENCIA

PIENSA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	1.Sí	2.No	3.Ns/Nc
72. ¿Consumiste Crack para eliminar <i>problemas como éstos</i> o para evitar que se presentaran? *UTILICE LISTADO DE ABAJO PARA AYUDARSE			
73. ¿Y has presentado estos problemas cuando suspendías o disminuías el consumo de crack? *UTILICE LISTADO DE ABAJO PARA AYUDARSE			
74. ¿Has sentido un deseo tan grande de usar crack que no pudiste resistir o pensar en nada más?			
75. ¿Has observado que para obtener el mismo efecto con crack has consumido mayor cantidad que antes?			
76. ¿Has notado que la misma cantidad de crack tiene menos efecto en ti que antes?			
77. ¿Has consumido crack a pesar de que tenías la intención de no hacerlo?			
78. ¿Has terminado consumiendo crack en mayores cantidades de lo que pensaste?			
79. ¿Has dejado de hacer o has suspendido actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de crack?			
80. ¿Has dedicado más tiempo que antes a conseguir y consumir crack, o pasas más tiempo recuperándote de sus efectos?			
81. ¿Has continuado consumiendo crack a pesar de que te ocasione problemas de salud física, emocionales o nerviosos?			

*LISTADO

-Ansioso, inquieto, irritable	-Estrés o depresión	-Náuseas, vómitos
-Problemas de concentración	-Tembloroso	-Ver, oír o sentir cosas inexistentes
-Fatigado, somnoliento, débil	-Taquicardia	-Problemas para dormir

CUESTIONARIO DSM-IV PARA MEDIR ABUSO

PIENSA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	1.Sí	2.No	3.Ns/Nc
82. ¿Has tenido algún problema serio en la casa, en el trabajo o donde estudias a causa del crack? Como descuidar a los niños, faltar al trabajo o a clases, bajar tu rendimiento en el trabajo o en el estudio, o perder el empleo.			
83. ¿Te ha sucedido que a causa del crack te hayas expuesto a algún peligro contra tu integridad física? Digamos has estado a punto de chocar en auto o de sufrir cualquier otra clase de accidente.			
84. ¿Has hecho algo bajo los efectos del crack que pudiera causarte problemas con la autoridad pública o con la ley? Como conducir vehículos en ese estado, rayar paredes, destruir equipamiento público, molestar a los vecinos, robar o algo parecido.			
85. ¿Has tenido algún problema con la familia o los amigos a causa del crack? Como un disgusto o discusión seria que haya resentido esa relación.			
86. ¿Te has visto envuelto en alguna pelea a golpes o has agredido a alguien bajo los efectos del crack?			

MDMA – ÉXTASIS

<p>87a. ¿Cuándo fue la <u>primera vez</u> que probaste éxtasis?</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0. Nunca he consumido éxtasis (Pase al #88)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1. Durante los últimos 30 días</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2. Hace más de un mes, pero menos de un año</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3. Hace más de un año</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	0. Nunca he consumido éxtasis (Pase al #88)	<input type="checkbox"/>	1. Durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>	2. Hace más de un mes, pero menos de un año	<input type="checkbox"/>	3. Hace más de un año	<p>87b. ¿Has consumido éxtasis alguna vez en los <u>últimos 12 meses</u>?</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1. SÍ</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2. NO (Pase al #88)</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1. SÍ	<input type="checkbox"/>	2. NO (Pase al #88)		
<input type="checkbox"/>	0. Nunca he consumido éxtasis (Pase al #88)														
<input type="checkbox"/>	1. Durante los últimos 30 días														
<input type="checkbox"/>	2. Hace más de un mes, pero menos de un año														
<input type="checkbox"/>	3. Hace más de un año														
<input type="checkbox"/>	1. SÍ														
<input type="checkbox"/>	2. NO (Pase al #88)														
<p>87c. ¿Con qué frecuencia has usado éxtasis?</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1. Una sola vez</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2. Algunas veces durante los últimos 12 meses</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3. Algunas veces mensualmente</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4. Algunas veces semanalmente</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>5. Diariamente</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1. Una sola vez	<input type="checkbox"/>	2. Algunas veces durante los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	3. Algunas veces mensualmente	<input type="checkbox"/>	4. Algunas veces semanalmente	<input type="checkbox"/>	5. Diariamente	<p>87d. ¿Has consumido éxtasis alguna vez en los <u>últimos 30 días</u>?</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1. SÍ</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2. NO (Pase al #88)</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1. SÍ	<input type="checkbox"/>	2. NO (Pase al #88)
<input type="checkbox"/>	1. Una sola vez														
<input type="checkbox"/>	2. Algunas veces durante los últimos 12 meses														
<input type="checkbox"/>	3. Algunas veces mensualmente														
<input type="checkbox"/>	4. Algunas veces semanalmente														
<input type="checkbox"/>	5. Diariamente														
<input type="checkbox"/>	1. SÍ														
<input type="checkbox"/>	2. NO (Pase al #88)														
<p>87e. Piensa solamente en los últimos 30 días, ¿Cuántos días has consumido éxtasis durante los últimos 30 días?</p> <table border="1"> <tr><td><input type="text"/></td><td>N° de días (de 0 a 30)</td></tr> </table>	<input type="text"/>	N° de días (de 0 a 30)	<p>87f. ¿Cuántas pastillas de éxtasis llegas a consumir generalmente en una misma noche?</p> <table border="1"> <tr><td><input type="text"/></td><td>N° de pastillas</td></tr> </table>	<input type="text"/>	N° de pastillas										
<input type="text"/>	N° de días (de 0 a 30)														
<input type="text"/>	N° de pastillas														

OTRAS DROGAS SINTÉTICAS

<p>88. ¿Cuál de las siguientes sustancias reconoces como drogas sintéticas? <i>Marca todas las que correspondan</i></p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1. Éxtasis</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2. Anfetaminas o sus derivados</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3. LSD</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4. PCP</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>5. Metanfetaminas</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>6. GHB</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>7. No sabe/No contesta</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1. Éxtasis	<input type="checkbox"/>	2. Anfetaminas o sus derivados	<input type="checkbox"/>	3. LSD	<input type="checkbox"/>	4. PCP	<input type="checkbox"/>	5. Metanfetaminas	<input type="checkbox"/>	6. GHB	<input type="checkbox"/>	7. No sabe/No contesta	<p>89. ¿Alguien que conoces ha consumido alguna de estas drogas? <i>Marca todas las que correspondan</i></p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1. Éxtasis</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2. Anfetaminas o sus derivados</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3. LSD</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4. PCP</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>5. Metanfetaminas</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>6. GHB</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>7. No sabe/No contesta</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1. Éxtasis	<input type="checkbox"/>	2. Anfetaminas o sus derivados	<input type="checkbox"/>	3. LSD	<input type="checkbox"/>	4. PCP	<input type="checkbox"/>	5. Metanfetaminas	<input type="checkbox"/>	6. GHB	<input type="checkbox"/>	7. No sabe/No contesta
<input type="checkbox"/>	1. Éxtasis																												
<input type="checkbox"/>	2. Anfetaminas o sus derivados																												
<input type="checkbox"/>	3. LSD																												
<input type="checkbox"/>	4. PCP																												
<input type="checkbox"/>	5. Metanfetaminas																												
<input type="checkbox"/>	6. GHB																												
<input type="checkbox"/>	7. No sabe/No contesta																												
<input type="checkbox"/>	1. Éxtasis																												
<input type="checkbox"/>	2. Anfetaminas o sus derivados																												
<input type="checkbox"/>	3. LSD																												
<input type="checkbox"/>	4. PCP																												
<input type="checkbox"/>	5. Metanfetaminas																												
<input type="checkbox"/>	6. GHB																												
<input type="checkbox"/>	7. No sabe/No contesta																												

Encuestador: Preguntar a todos.															
90. ¿Qué cosas consumías a los 10 años? (Leer las alternativas y marcar todas las que correspondan)															
¿Y a los 12 años? ¿Y a los 14 años? ¿Y a los 16 años?															
	a)10 años				b)12 años				c)14 años				d)16 años		
	1.Sí	2.No		1.Sí	2.No		1.Sí	2.No		1.Sí	2.No		1.Sí	2.No	
1. Marihuana															
2. Cocaína															
3. Crack															
4. Inhalables															

Módulo 2: CONEXIÓN ALCOHOL/DROGA Y DELITO

91. ¿Alguna vez en la vida has realizado alguna de las siguientes cosas, aún cuando no hayas sido detenido o procesado por hacerlo? (Leer cada situación) Encuestador: preguntar inmediatamente P91 cuando responde “Sí” en P90			92. ¿Qué edad tenías cuando lo hiciste por primera vez?
	1.NO	2.SI	
1. Cometer un hurto o robar a una persona o en algún lugar sin necesidad de ocupar la fuerza (como robar en una tienda o supermercado, robar una bicicleta, etc.)			<input type="text"/> Años
2. Entrar a la fuerza a algún lugar (casa o tienda) para robar algo			<input type="text"/> Años
3. Robar un auto			<input type="text"/> Años
4. Asaltar o robarle a alguien con violencia o intimidación			<input type="text"/> Años
5. Agredir sexualmente a alguien (como violar a alguien)			<input type="text"/> Años
6. Matar o asesinar a alguien			<input type="text"/> Años
7. Traficar o vender drogas			<input type="text"/> Años

93. Cuántas veces has sido detenido por la policía, sin contar los controles de identidad ni detención por rebeldía <input type="text"/> N° de veces	94. ¿Cuántas veces has sido presentado y/o procesado por algún tribunal de justicia bajo algún cargo de infracción a la Ley? <input type="text"/> N° de veces
--	---

95. ¿Cuántas veces has sido derivado por algún tribunal de justicia a un centro de menores, cualquiera sea el régimen cautelar? <input type="text"/> N° de veces	96. ¿Cuántas veces has sido derivado por algún tribunal de justicia a un centro de menores con privación de libertad? <input type="text"/> N° de veces
--	--

97. ¿Cuánto tiempo llevas privado de libertad en un centro de menores?						
<input type="text"/>	Años	<input type="text"/>	Meses	<input type="text"/>	Días	<input type="text"/> No se aplica

98. ¿Cuál fue el último delito por el que te han detenido, procesado o condenado? Encuestador: Esperar respuesta espontánea y clasificar. Habiendo más de un delito, considere el más grave. (Advierta que se le pregunta por el último delito por el cual lo han detenido, procesado o condenado y no necesariamente el último que haya cometido).	
1. Cometer un hurto o robar a una persona o en algún lugar sin necesidad de ocupar la fuerza (como robar en una tienda o supermercado, robar una bicicleta, etc.)	
2. Entrar a la fuerza a algún lugar (casa o tienda) para robar algo	
3. Robar un auto	
4. Asaltar o robarle a alguien con violencia o intimidación	
5. Agredir sexualmente a alguien (como violar a alguien)	
6. Matar o asesinar a alguien	
7. Traficar o vender drogas	
8. Otro (Especificar:)	
Encuestador: Si no reconoce haber cometido algún delito, insista en que su declaración en este estudio no	

tiene ninguna consecuencia de tipo legal. Si vuelve a rehusar, deje en blanco y pase a la pregunta siguiente. Pensando siempre en ese último delito por el que te han detenido, procesado o condenado...					
	1.No	2.Sí		1.No	2.Sí
99. ¿Lo hiciste para comprar o conseguir drogas?					
100. ¿Estabas drogado con marihuana?			100.1 ¿Lo habrías hecho si no hubieses estado drogado con marihuana?		
101. ¿Estabas drogado con cocaína?			101.1 ¿Lo habrías hecho si no hubieses estado drogado con cocaína?		
102. ¿Estabas drogado con Crack?			102.1 ¿Lo habrías hecho si no hubieses estado drogado con crack?		
103. ¿Estabas bajo los efectos del alcohol?			103.1 ¿Lo habrías hecho si no hubieses estado bajo los efectos del alcohol?		
104. ¿Podrías decirme si la víctima estaba bajo la influencia del alcohol o las drogas?			104.1 ¿Lo habrías hecho si la víctima no hubiese estado bajo la influencia del alcohol o de las drogas?		
No hubo víctima presente					
No sabe/No contesta					
105. Podrías decirme si este delito por el que te han detenido, procesado o condenado tuvo que ver con luchas o peleas entre narcotraficantes o entre narcotraficantes y la policía?					

Módulo 3: ABUSO/DEPENDENCIA DE ALCOHOL/DROGAS ASOCIADA AL DELITO

Siempre pensando en ese último delito por el cual has sido detenido, procesado o condenado:					
106. El día que sucedió ¿Habías probado alguna de estas cosas?			107. Un mes antes de que sucediera ¿Consumiste alguna de estas cosas?		
	1.Sí	2.No		1.Sí	2.No
1. Alcohol			1. Alcohol		
2. Marihuana			2. Marihuana		
3. Cocaína			3. Cocaína		
4. Crack			4. Crack		
5. Inhalables			5. Inhalables		
			108. ¿Cuántos días de ese mes consumiste?		
			Anotar N° de días de 1 a 30		
			(Casi todos los días = 30)		
				N° días	
			1. Alcohol		
			2. Marihuana		
3. Cocaína					
4. Crack					
5. Inhalables					

Encuestador: Hacer las siguientes preguntas solamente si se declara consumir marihuana, cocaína o Crack en el último año (preguntas 38b, 55b y 71b). Preguntar primero por marihuana, luego por cocaína y Crack. Reemplazar (drogas) por la droga que corresponda.

¿UN MES ANTES DE QUE OCURRIERA ESE ÚLTIMO DELITO POR EL QUE TE HAN DETENIDO, PROCESADO O CONDENADO?	109. MARIHUANA		110. Crack	
	1.Sí	2.No	1.Sí	2.No
a) ¿Consumiste (drogas) para eliminar <i>problemas como éstos</i> o para evitar que se presentaran? *UTILICE LISTADO DE ABAJO PARA AYUDARSE				
b) ¿Y has presentado estos problemas cuando suspendías o disminuías el consumo de (drogas)? *UTILICE LISTADO DE ABAJO PARA AYUDARSE				
c) ¿Has sentido un deseo tan grande de usar (drogas) que no pudiste resistir o pensar en nada más?				
d) ¿Has observado que para obtener el mismo efecto con (drogas) has consumido mayor cantidad que antes?				
e) ¿Has notado que la misma cantidad de (drogas) tiene menos efecto en ti que antes?				
f) ¿Has consumido (drogas) a pesar de que tenías la intención de no hacerlo?				
g) ¿Has terminado consumiendo (drogas) en mayores cantidades de lo que pensaste?				
h) ¿Has dejado de hacer o has suspendido actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de (drogas)?				
i) ¿Has dedicado más tiempo que antes a conseguir y consumir (drogas), o pasas más tiempo recuperándote de sus efectos?				
j) ¿Has continuado consumiendo (drogas) a pesar de que te ocasione problemas de salud física, emocionales o nerviosos?				

***LISTADO**

-Ansioso, inquieto, irritable	-Estrés o depresión	-Náuseas, vómitos
-Problemas de concentración	-Tembloroso	-Ver, oír o sentir cosas inexistentes
-Fatigado, somnoliento, débil	-Taquicardia	-Problemas para dormir

Módulo 4: TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

<p>111. ¿Has recibido algún tipo de tratamiento para dejar de consumir alcohol o drogas alguna vez en la vida?</p> <table border="1"> <tr> <td>1. Sí, alguna vez, pero no actualmente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Sí, actualmente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. No, nunca he estado en tratamiento</td> <td></td> </tr> </table>	1. Sí, alguna vez, pero no actualmente		2. Sí, actualmente		3. No, nunca he estado en tratamiento		<p>112. Pensando en el último tratamiento que tuviste o en el que tienes ahora,</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1.Sí</th> <th>2.No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ¿Estuviste (o estás) interno en un centro de tratamiento por algún tiempo?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. ¿Había (o hay) médicos, psicólogos u otros especialistas a cargo del programa?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. ¿Tenías (o tienes) contacto frecuente con supervisores, tutores o encargados? (digamos una vez a la semana o más seguido)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. ¿El programa tenía (o tiene) talleres o cursos de capacitación laboral o de nivelación educacional?</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		1.Sí	2.No	1. ¿Estuviste (o estás) interno en un centro de tratamiento por algún tiempo?			2. ¿Había (o hay) médicos, psicólogos u otros especialistas a cargo del programa?			3. ¿Tenías (o tienes) contacto frecuente con supervisores, tutores o encargados? (digamos una vez a la semana o más seguido)			4. ¿El programa tenía (o tiene) talleres o cursos de capacitación laboral o de nivelación educacional?		
1. Sí, alguna vez, pero no actualmente																						
2. Sí, actualmente																						
3. No, nunca he estado en tratamiento																						
	1.Sí	2.No																				
1. ¿Estuviste (o estás) interno en un centro de tratamiento por algún tiempo?																						
2. ¿Había (o hay) médicos, psicólogos u otros especialistas a cargo del programa?																						
3. ¿Tenías (o tienes) contacto frecuente con supervisores, tutores o encargados? (digamos una vez a la semana o más seguido)																						
4. ¿El programa tenía (o tiene) talleres o cursos de capacitación laboral o de nivelación educacional?																						
<p>113. Pensando en el último tratamiento que tuviste o en el que tienes ahora,</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1.Sí</th> <th>2.No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Debido al tratamiento que recibes (o recibiste) ¿Dejaste de consumir alcohol o drogas al menos por un mes?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Debido al tratamiento que recibes (o recibiste) ¿Disminuiste la cantidad de alcohol o drogas que consumías?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Durante el tratamiento ¿Has faltado (o faltabas) con frecuencia a las consultas, sesiones o actividades del programa?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. ¿Dejaste o abandonaste el tratamiento antes de que terminara?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Después de haber terminado el tratamiento ¿Volviste a consumir alcohol o drogas igual que antes?</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				1.Sí	2.No	1. Debido al tratamiento que recibes (o recibiste) ¿Dejaste de consumir alcohol o drogas al menos por un mes?			2. Debido al tratamiento que recibes (o recibiste) ¿Disminuiste la cantidad de alcohol o drogas que consumías?			3. Durante el tratamiento ¿Has faltado (o faltabas) con frecuencia a las consultas, sesiones o actividades del programa?			4. ¿Dejaste o abandonaste el tratamiento antes de que terminara?			5. Después de haber terminado el tratamiento ¿Volviste a consumir alcohol o drogas igual que antes?				
	1.Sí	2.No																				
1. Debido al tratamiento que recibes (o recibiste) ¿Dejaste de consumir alcohol o drogas al menos por un mes?																						
2. Debido al tratamiento que recibes (o recibiste) ¿Disminuiste la cantidad de alcohol o drogas que consumías?																						
3. Durante el tratamiento ¿Has faltado (o faltabas) con frecuencia a las consultas, sesiones o actividades del programa?																						
4. ¿Dejaste o abandonaste el tratamiento antes de que terminara?																						
5. Después de haber terminado el tratamiento ¿Volviste a consumir alcohol o drogas igual que antes?																						
<p>114. ¿Te gustaría recibir ayuda profesional para disminuir o dejar el consumo de alcohol o de drogas?</p> <table border="1"> <tr> <td>1. Sí, definitivamente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Sí, probablemente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. No</td> <td></td> </tr> </table>	1. Sí, definitivamente		2. Sí, probablemente		3. No		<p>115. ¿Estarías dispuesto a internarte durante algún tiempo para recibir ayuda profesional?</p> <table border="1"> <tr> <td>1. Sí, definitivamente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Sí, probablemente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. No</td> <td></td> </tr> </table>	1. Sí, definitivamente		2. Sí, probablemente		3. No										
1. Sí, definitivamente																						
2. Sí, probablemente																						
3. No																						
1. Sí, definitivamente																						
2. Sí, probablemente																						
3. No																						

Módulo 5: DETERMINANTES SOCIALES

116. Lugar de residencia: _____

117. Nacionalidad: _____

118. Caracterización de la familia:

1. ¿Con quiénes vivías en tu casa?

Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación	Ingresos Económicos

118.2. ¿Cuál miembro de tu familia es jefe de hogar?

1. Padre () 2. Madre () 3. Tío/a () 4. Abuelo/a () 5. Hermano/a () 6. Otro (): _____

118.3. ¿Hay antecedentes de drogadicción en tu familia?

1. Sí () 2. No ()

¿Quién? _____

118.5. ¿Algún familiar tuyo ha estado ingresado en un centro penal?

1. Sí () 2. No () ¿Qué relación tiene contigo? _____

118.6. ¿Tienes hijos (as)?

1. Sí () 2. No () (Si la respuesta es negativa pasar a la pregunta 119)

118.7. ¿Actualmente tienes relación con el niño/la niña y/o con la mamá?

1. Sí () 2. No ()

119. ¿Tu grupo de amigos consumía drogas? 1. Sí () 2. No ()

120. ¿Consideras que tu grupo de amigos influyó para que consumieras drogas?

1. Sí () 2. No ()

121. ¿Consideras que tu grupo de amigos influyó en el delito que cometiste?

1. Sí () 2. No ()

122. ¿Has estado internado (a) en algún hospital o centro médico en alguna ocasión?

1. Sí () 2. No ()

Por problemas de drogadicción: _____

Otra causa: _____

123. ¿Cómo ha sido tu estado de salud en general hasta ahora?

1. Excelente () 2. Bueno () 3. Regular () 4. Deficiente () 5. Malo ()

124. ¿Cómo te describes?

ANEXO #3: Memoria del foro sobre relación entre el delito y el consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes infractores de la ley del Centro de Formación Penal Juvenil Zurquí, en la adolescencia tardía, durante el primer semestre de 2014.

Presentación

Preocupa el acelerado incremento de consumo de drogas en niños, niñas y jóvenes a nivel nacional, así como la comisión de delitos por parte de ellos y ellas. ¿Qué interviene en su crecimiento y desarrollo para que recurran al uso de sustancias y a la comisión de delitos?

Este es un fenómeno de interés nacional considerando el alto impacto en la sociedad, en el desarrollo del país, en el sistema judicial y de salud, y por supuesto, la implicación que tiene en la vida de muchas niñas, niños y adolescentes. Siendo los determinantes sociales aquellos factores de diversa índole que influyen en el estado de salud de las personas y en la forma en la que ellas se comportan, es de suma importancia identificar cuáles determinantes están afectando en mayor medida el crecimiento del fenómeno en cuestión y qué medidas se pueden tomar para trabajar en ellos y abordar el problema.

A partir de lo anterior, con el fin de ahondar más en el tema y considerar diversas perspectivas de la temática, para la construcción del análisis de la investigación, se desarrolló este foro en el mes de julio del año 2014 en las instalaciones de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.

Exposición y participantes del foro

El foro contó con la exposición de dos estudiantes de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, que forman parte del grupo de trabajo del Seminario de Graduación que desarrolla la investigación *Relación entre el delito y el consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes infractores de la ley del Centro de Formación Penal Juvenil Zurquí, en la adolescencia tardía, durante el primer semestre de 2014.*

Durante la exposición se realizó una breve introducción a la investigación *Relación entre el delito y el consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes infractores de la ley del Centro de Formación Penal Juvenil Zurquí, en la adolescencia tardía, durante el primer semestre de 2014*, se presentaron los objetivos de la investigación y los aspectos metodológicos del estudio. Posteriormente, se mostraron los primeros resultados que hasta ese momento había arrojado la investigación. Mediante la proyección de gráficos y tablas, los asistentes a la actividad lograron observar datos relevantes sobre la población en estudio, el consumo de drogas y los delitos cometidos por los mismos, así como las características demográficas y aspectos de tipo social que tiene la esta población.

En la actividad participaron 15 personas, entre ellas, se encontraban representantes de instituciones del Estado, como lo son el Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD), el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), el Ministerio de Salud, el Ministerio de Justicia y Paz y la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.

El alto nivel de conocimiento de los participantes en la temática constituyó un eje central para el desenvolvimiento del foro de una forma enriquecedora, donde el intercambio

de comentarios y opiniones con respecto al tema de drogas, delito y adolescencia, permitió de forma fluida el desarrollo de la actividad.

Los nombres completos de los asistentes se encuentran más adelante en la lista de asistencia a la actividad.

Organización del foro

Para la organización de este foro, el grupo de estudiantes contó con el apoyo de la directora del seminario, Felicia Arguedas Olsen, así como con el de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.

El compromiso y el interés por la investigación, motivó en los estudiantes y la directora del trabajo, la planificación de este foro para obtener una visión más amplia del fenómeno en cuestión por parte de personas expertas en la temática y así poder plantear un análisis más profundo en el trabajo de investigación.

La Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, con la misión de *formar profesionales en Enfermería con una perspectiva humanista, con responsabilidad y compromiso en el proceso de construcción de la salud de la sociedad costarricense*, brindando apoyo a los estudiantes facilitó las instalaciones para la realización de la actividad, así como el servicio de mensajería para entregar algunas de las invitaciones a los diferentes invitados.

Discusión base del foro

Como una contribución a la discusión de fondo del foro, por parte del estudiante y las estudiantes del seminario de graduación, con la colaboración de Joaquín Rodríguez,

estudiante de arquitectura, se preparó un vídeo titulado *Encarcelados* el cual presenta imágenes, frases y palabras relacionadas con la situación que viven y enfrentan día a día las adolescentes y los adolescentes en nuestro país, con el fin de abrir un espacio de reflexión y discusión por parte de las personas participantes en el foro.

Conclusiones del foro

No podemos quedarnos solamente en el centro penitenciario donde están las personas adolescentes, hay que analizar los factores protectores y de riesgo que envuelven y contextualizan el fenómeno en el que está involucrada la población adolescente infractora de la ley, por lo tanto hay que ir más allá de lo cuantitativo que muestra esta investigación, ya que si bien los números enmarcan la situación que ocurre, la riqueza cualitativa explica las causas del fenómeno, considerando la importancia que hay que darle al impacto de las drogas en la salud pública y la salud internacional, por esto es de interés nacional abordar esta problemática y analizarla desde muchas vertientes.

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, del riesgo y de conductas problemáticas deben iniciar desde la niñez temprana. Además, se deben potenciar los proyectos y programas de tratamiento existentes, ya que no hay una visualización de los mismos, para lo cual podría aprovecharse la cantidad de medios y recursos informáticos y tecnológicos por los cuales se puede llegar a la población infantil y adolescente.

Por otro lado, es fundamental sensibilizar a la población civil sobre la temática de las drogas, sus causas y efectos, y cómo la sociedad puede contribuir para trabajar esta situación que, directa o indirectamente, nos afecta a todos y todas; sin embargo, no se

puede dejar de lado la falta de aplicación de las leyes en materia juvenil, ya que la importancia no radica en la existencia de una normativa legal, sino en un adecuado cumplimiento de la misma, para esto debe haber voluntad política desde el Gobierno y las instituciones implicadas, así como eliminar la resistencia institucional para lograr una adecuada labor intersectorial.

Un aspecto fundamental que debe ser considerado en la toma de decisiones es la base científica que otorgan las investigaciones de este tipo, en las que se evidencia que la ausencia de políticas públicas y la falta del trabajo intersectorial, aunado al impacto de los determinantes sociales dificultan la situación de las personas, y específicamente, de los niños, niñas y jóvenes, quienes encuentran una serie de impedimentos y falta de oportunidades en su crecimiento y desarrollo.

El futuro de la normativa legal en la población adolescente debe variar, cambiar de un enfoque represivo a un enfoque formador e integral, en el que se vea a la persona desde todas sus dimensiones, se trabaje con las familias, se potencien los factores protectores, las habilidades y las oportunidades en este grupo poblacional.

Agenda

TEMA: RELACIÓN ENTRE EL DELITO Y EL CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS EN ADOLESCENTES INFRACTORES DE LA LEY DEL CENTRO DE FORMACIÓN PENAL JUVENIL ZURQUÍ, EN LA ADOLESCENCIA TARDÍA, DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2014

.....
DÍA: 24.07.2014

Hora: 9: 00 a.m. **Fecha:** 24 de julio 2014

Lugar: Auditorio de la Escuela de Enfermería
.....

Agenda

Hora	Actividad	Encargado
9:30-9:45	Presentación de los estudiantes	Estudiantes
	Presentación de los invitados	Invitados
9:45-9:55	Presentación del tema a discutir	Moderador
	Explicar las reglas del foro	
9:55-10:00	Actividad de interés general: video	Estudiantes
10:00-10:20	Exposición	Expositor
10:20-10:25	Pregunta generadora	Moderador
10:25-11:10	Discusión	Estudiantes
		Invitados
11:10-11:30	Cierre	Moderador
11:30-11:45	Refrigerio	Invitados

.....
*Encargados: Katherine Calvo Mata-Giuliana Peralta
Lobo-Ileana Quesada Méndez-Leonardo Rodríguez
Jiménez-Michelle Stephenson Guzmán*

Lista de participantes

Nombre	Institución
1. Sophia González Zúñiga	Escuela de Enfermería, UCR
2. Jaime Fernández Chaves	Escuela de Enfermería, UCR
3. Dayana Morales Villanueva	Escuela de Enfermería, UCR
4. Flor Sojo Marín	Patronato Nacional de la Infancia (PANI)
5. Fernando Alfaro Araya	Patronato Nacional de la Infancia (PANI)
6. Beatriz Murillo Paz	Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD)
7. Guillermo Araya Camacho	Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD)
8. Carolina Garro	Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD)
9. Rita Porras	Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD)
10. Rocío Barrientos Monge	Escuela de Enfermería, UCR
11. Ligia Murillo Castro	Escuela de Enfermería, UCR
12. Mabel Granados Hernández	Escuela de Enfermería, UCR
13. Gloria Pérez Escobar	Escuela de Enfermería, UCR
14. Nancy Vargas Guevara	Ministerio de Salud
15. Víctor Barrantes Marín	Ministerio de Justicia y Paz

Carta de invitación al foro



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA



08 de julio del 2014
EE-TFG-1042-14

Nombre y grado académico de la persona participante

Cargo

Institución

Estimado señor (a):

Reciba un cordial saludo, a su vez nos complace invitarlo a un conversatorio sobre *Relación entre el delito y el consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes infractores de la ley del Centro de Formación Penal Juvenil Zurquí, en la adolescencia tardía, durante el primer semestre del 2014*, donde presentaremos los principales resultados obtenidos del proceso de investigación de este Trabajo Final de Graduación.

Dicha actividad se llevará a cabo el 24 de julio del presente año, a las 9:00 a.m., en el Auditorio de la Escuela de Enfermería.

Sería muy gratificante contar con su participación en dicha actividad, pues consideramos que sus aportes desde el área profesional en la que usted se desempeña son de suma importancia para complementar el análisis de la investigación.

Agradecemos confirmar su asistencia o la de alguno o alguna de sus representantes a más tardar el día 17 de julio al correo seminario.drogadelito@gmail.com o 8642-7271.

Atentamente,

M.Sc. Felicia Arguedas Olsen
Directora de Tesis
Felicia.arguedas@gmail.com

Katherine Calvo Mata, estudiante

Giuliana Peralta Lobo, estudiante

Ileana Quesada Méndez, estudiante

Leonardo Rodríguez Jiménez, estudiante

Michelle Stephenson Guzmán, estudiante

cc. Archivo

