

# Manual de Intervención

Manual auto instructivo  
sobre intervención de casos  
de violencia familiar  
y consumo de alcohol  
y otras drogas





# Manual de Intervención

Manual auto instructivo  
de intervención de casos  
de violencia familiar  
y consumo de alcohol  
y otras drogas





**Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas**  
**DEVIDA**

Presidente Ejecutivo DEVIDA  
**Luis Alberto Otárola Peñaranda**

Secretaría General DEVIDA  
**Ninoska Mosqueira Cornejo**

Directora de Articulación Territorial  
y Responsable Técnico del Programa  
Presupuestal Prevención  
y Tratamiento del Consumo de  
Drogas DEVIDA  
**Claudett Delgado Llanos**



**Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables**  
**MIMP**

Ministra de la Mujer y Poblaciones Vulnerables  
**Marcela Patricia María Huaita Alegre**

Viceministra de la Mujer  
**Ana María Mendieta Trefogli**

Directora Ejecutiva (e) del Programa Nacional  
contra la Violencia Familiar y sexual  
**Aurora Amparo Muguruza Minaya de Guardia**

Director de la Unidad de Generación de Información  
y Gestión del Conocimiento  
**Luis Rodolfo Chira La Rosa**

---

**Manual de Intervención. Manual autoinstructivo sobre intervención de casos de violencia familiar y consumo de alcohol y otras drogas**

---

Consultoras

**Sabina Deza Villanueva**, Consultora Principal  
**Soledad Vizcardo Salas**, Consultora Asociada

Equipo de Revisión y Acompañamiento

**Flor Ysabel Guillén Yarasca** – PNCVFS

**Raquel Chamorro Menzala** – DEVIDA

Expertos y expertas que validaron el Manual

**Rosario Alarcón Alarcón**

**Edith Aiquipa Limay**

**José Anicama Gómez**

**José Vallejos Saldarriaga**

**Felipe Arturo Jaramillo Delgado**

Editado por:

**Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - MIMP**

**Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual - PNCVFS**

Jr. Camaná N° 616, 9° Piso, Lima - Teléfono 4197260

**Hecho el Depósito en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2015-14209**

Octubre de 2015

Tiraje: 250 ejemplares

Diseño, Diagramación e Impresión:

**Industrias Gráficas Ausangate S.A.C.**

Jr. Lima N° 631, Lima - Perú

Telf.: 433-7054



# Índice

## **PRESENTACIÓN**

## **INTRODUCCIÓN**

## **MARCO POLÍTICO INSTITUCIONAL**

## **DESCRIPCIÓN DEL MANUAL DE ATENCIÓN**

Orientaciones metodológicas

Orientaciones prácticas para el uso del manual

## **CAPÍTULO 1. MARCO CONCEPTUAL ACERCA DE LA VIOLENCIA Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS**

### **Aprendizajes esperados**

#### **1.1. Conceptos básicos sobre género y violencia**

- 1.1.1. Género
- 1.1.2. Violencia
- 1.1.3. Violencia contra la mujer
- 1.1.4. Violencia contra los niños, niñas y adolescentes (NNA)
- 1.1.5. Violencia contra las personas adultas mayores (PAM)
- 1.1.6. Femicidio
- 1.1.7. Violencia sexual

#### **1.2. Conceptos básicos sobre el consumo de alcohol y otras drogas**

- 1.2.1. Definiciones
- 1.2.2. Clasificación de las drogas
- 1.2.3. Características del alcohol y las principales drogas de consumo
- 1.2.4. Evolución del comportamiento del consumo de alcohol y otras Drogas

#### **1.3. Violencia familiar**

- 1.3.1. Concepto de violencia familiar
- 1.3.2. Determinantes de la violencia familiar
- 1.3.3. Enfoques de la violencia familiar
- 1.3.4. Modelos explicativos de la violencia familiar
- 1.3.5. Los factores de riesgo que influyen en la violencia familiar
- 1.3.6. Consecuencias de la violencia familiar
- 1.3.7. Características de la violencia familiar contra las mujeres en el Perú

#### **1.4. Consumo de alcohol y otras drogas**

- 1.4.1. El modelo ecológico del consumo de alcohol y otras drogas
- 1.4.2. Estrategias y enfoques de la prevención
- 1.4.3. Los factores de riesgo y los factores protectores para el consumo de alcohol y otras drogas
- 1.4.4. Consecuencias biopsicosociales del consumo de alcohol y otras drogas
- 1.4.5. Características del consumo de drogas en el Perú

- 1.4.6. Características del consumo de drogas según sexo y edad y procedencia urbana y rural

### **1.5. Violencia familiar asociada al consumo de alcohol y otras drogas**

- 1.5.1. Modelos explicativos de la violencia familiar asociada al consumo de alcohol y otras drogas
- 1.5.2. Factores de riesgo y factores protectores de la violencia familiar asociada al consumo de alcohol y otras drogas
- 1.5.3. Características de la violencia familiar y el consumo de drogas en el Perú

## **CAPÍTULO 2. EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

### **Aprendizajes Esperados**

#### **2.1. Aspectos generales del programa de intervención**

- 2.1.1. Fundamentación
- 2.1.2. Objetivos
- 2.1.3. Modelo y enfoque del programa

#### **2.2. Consejería breve**

- 2.2.1. Consejería en usuarios/as consumidores/as de drogas
- 2.2.2. Las actitudes y habilidades de comunicación de el/la consejero/a

#### **2.3. Modelo transteórico de cambio**

- 2.3.1. Estructura temporal del modelo transteórico de cambio de Prochaska y DiClemente (1992): Los estadios de cambio

#### **2.4. Enfoque de la entrevista motivacional**

- 2.4.1. Principios de la entrevista motivacional
- 2.4.2. Estrategias de la entrevista motivacional
- 2.4.3. Estadios de cambio y tácticas terapéuticas

## **CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN**

### **Aprendizajes Esperados**

#### **3.1. Detección de casos**

#### **3.2. Orientación y consejería (breve)**

#### **3.3. Derivación**

#### **3.4. Retroalimentación**

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

### **ANEXOS**

- Anexo 1: Evaluación de entrada y salida.
- Anexo 2: Información básica (Glosario de términos).
- Anexo 3: Otras técnicas de intervención.
- Anexo 4: Directorio de los CEM a nivel nacional.
- Anexo 5: Directorio de los Módulos de Atención de DEVIDA en la temática de consumo y/o dependencia de drogas a nivel nacional.
- Anexo 6: Directorio de los Centros para la Atención Integral del abuso y dependencia del alcohol y otras drogas.
- Anexo 7: Directorio de los Centros de Atención Especializada.
- Anexo 8: Claves de Respuestas de la Evaluación de Entrada.

# presentación

Las últimas encuestas realizadas a nivel nacional en el Perú, nos muestran que el consumo de drogas según género se está feminizando. Sin embargo; aún no se visibiliza ni se percibe con claridad la severidad del problema en la demanda de atención por esta problemática. Eso lo podemos ver en el número de Centros terapéuticos y el número de atenciones en general de varones versus mujeres. Ello probablemente por el hecho que las mujeres no lo reportan, pues podrían sentirse amenazadas por el carácter ilegal que tiene el consumo y las actitudes de la sociedad frente al consumo femenino, entre otras razones.

En este sentido, la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas -DEVIDA como ente rector frente a la lucha contra las drogas en el país, ha diseñado un “Programa de intervención para personas afectadas por hechos de violencia familiar con problemas de consumo de alcohol y otras drogas” el cual a través de su Convenio con el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) es aplicado por los/las operadores/as de los Centros de Emergencia Mujer (CEM) a nivel nacional.

Los CEM constituyen servicios especializados y gratuitos, de atención integral y multidisciplinaria para personas afectadas por hechos de Violencia Familiar y Sexual (VFS), que se encargan de: en principio, detectar los casos de VFS asociados al consumo de drogas, identificar el tipo de consumidor/a que es, brindar consejería breve y a continuación motivar al cambio de dichas personas mediante una entrevista motivacional para finalmente derivar los casos identificados de consumo de alcohol y otras drogas hacia los servicios, programas o módulos de atención en adicciones.

Cabe señalar que el presente documento es una revisión y actualización del Manual Auto Instructivo sobre intervención de casos de violencia familiar y consumo de alcohol y otras drogas elaborado en el 2013, el cual tomo como base la información del Manual de Intervención del Programa para personas afectadas por hechos de violencia familiar con problemas de consumo de alcohol y otras drogas (DEVIDA, 2010), a fin de fortalecer las capacidades teóricas-prácticas y técnicas de los/as profesionales involucrados en la atención de los CEM, que les permita ejecutar acciones de atención especializada a las personas afectadas por hechos de violencia familiar y sexual con consumo de alcohol u otras drogas, y consiguientemente mejorar su calidad de vida.

# introducción

La Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas – DEVIDA y el Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual del MIMP, han realizado acciones orientadas a abordar la violencia familiar asociada al consumo de alcohol y otras drogas. En ese sentido, se propone el presente Programa de Intervención a fin de identificar y motivar la inserción a tratamiento de las personas afectadas por hechos de violencia familiar con problemas con el consumo de alcohol y otras drogas.

El propósito del Manual que presentamos es ofrecer las herramientas y recursos necesarios a los/as profesionales de los Centros “Emergencia Mujer” a nivel nacional, quienes realizarán las labores de intervención, de consejería breve y derivación en los casos de abuso y dependencia de alcohol y otras drogas, identificados en sus servicios.

El documento incluye una presentación, introducción, el marco político institucional bajo el cual se desarrolla y la descripción del mismo con orientaciones metodológicas y prácticas para su uso.

En el primer capítulo se presenta un detallado marco teórico- conceptual acerca de la Violencia Familiar y Sexual y su relación con el consumo de drogas. En el segundo capítulo, se describen los aspectos generales del Programa de Intervención, que incluye los fundamentos teóricos, los objetivos, el modelo y enfoque del programa. Asimismo en el tercer capítulo se detalla la metodología de intervención a emplearse, que incluye la detección, la orientación-consejería, la derivación y la retroalimentación.

En los anexos se incluye una prueba de entrada, un glosario de términos e información referente a otras técnicas de intervención y algunas lecturas complementarias que se indican durante el desarrollo del Manual. Asimismo, con la finalidad de ofrecer una primera red de derivación a servicios de tratamiento y rehabilitación desde la oferta pública, se anexa el directorio de los Centros de Emergencia Mujer (CEM) a nivel nacional. Se adjunta también, el directorio de la Red nacional de atención por abuso y dependencia de alcohol y otras drogas que se ha fortalecido e implementado entre DEVIDA y el Ministerio de Salud.

Estamos seguros/as que el presente manual fortalecerá las capacidades técnicas de los/as profesionales involucrados en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol y otras drogas y servirá de herramienta de consulta en sus intervenciones.

# MARCO POLÍTICO INSTITUCIONAL

La Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas como ente rector en materia de drogas en el país, ha diseñado una Estrategia Nacional de Lucha Contra las Drogas 2012 - 2016, como respuesta a la compleja dimensión del narcotráfico en el Perú y su presencia a lo largo del territorio. A partir de este marco se establecen los objetivos y estrategias que cubren cuatro ejes estratégicos: (1) el desarrollo alternativo integral y sostenible, (2) la interdicción y sanción, (3) la prevención y rehabilitación; y (4) el compromiso global con enfoque transversal.

El presente manual se enmarca en el tercer eje estratégico acerca de la prevención y rehabilitación del consumo de drogas, que involucra acciones destinadas a evitar el consumo de drogas, especialmente en adolescentes y jóvenes varones y mujeres. Asimismo, las orientadas a la recuperación de la salud de la persona drogodependiente y su reinserción social.

Igualmente, su finalidad es disminuir el consumo de drogas, fortaleciendo e institucionalizando las políticas y programas de prevención y rehabilitación a nivel nacional, implementándose para su logro el Programa de Prevención y Rehabilitación que busca, entre otros objetivos, incrementar y fortalecer programas de atención a personas consumidoras y drogodependientes a nivel nacional, integrándolos al Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

En ese sentido, el Programa Presupuestal de Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas de la Dirección de Promoción y Monitoreo, como órgano de línea de DEVIDA, es responsable de promover el cumplimiento de los objetivos del Programa de Prevención del Consumo de Drogas y Rehabilitación del Drogodependiente, contenidos en la Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas.

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - MIMP, anteriormente denominado Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social - MIMDES, tiene como finalidad diseñar y ejecutar a nivel nacional acciones y políticas de atención, prevención y apoyo a las personas involucradas en hechos de violencia familiar y sexual, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la población.

En este contexto, el MIMP cuenta con el Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual, así también por Decreto Supremo N° 003-2009-MIMDES se aprobó el Plan

Nacional contra la Violencia hacia la Mujer, documento que recoge los aprendizajes de la ejecución del Plan del periodo 2002-2007 busca mejorar la intervención estatal en los niveles de gobierno nacional, regional y local, en estrecha colaboración con la sociedad civil y el sector privado, para enfrentar exitosamente el problema.

El Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015, reconoce la existencia de mujeres peruanas que todavía no gozan de igualdad de derechos, que debido a su condición femenina padecen violencia en las distintas esferas de su vida. Asimismo, reconoce las enormes posibilidades de cambios en los patrones socio-culturales hacia una sociedad inclusiva, democrática, con igualdad de oportunidades para hombres y mujeres, respetuosa de los derechos de las mujeres y sobre todo, libres de violencia.

Asimismo, este Plan es un instrumento de política que implica la acción conjunta del Estado y de la sociedad, en tres ámbitos: i) La implementación de acciones tendientes a garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. ii) El acceso a servicios públicos de calidad y iii) La promoción de cambios de patrones socioculturales hacia nuevas formas de relaciones sociales entre mujeres y hombres, basadas en el respeto pleno de los derechos humanos.

Tiene como finalidad diseñar y ejecutar a nivel nacional acciones y políticas de atención, prevención y apoyo a las personas involucradas en hechos de violencia familiar y sexual, mejorando la calidad de vida de la población.

Los Centros “Emergencia Mujer” que al mes de marzo del 2015 son 226, constituyen servicios especializados y gratuitos, en promoción y atención integral y multidisciplinaria para personas afectadas por hechos de violencia familiar y sexual, brindando la asesoría profesional de un/a admisionista, abogada/o, psicóloga/o trabajador/a social, hasta la resolución del problema.

La intervención interdisciplinaria que se realiza en estos centros, implica que cada profesional comparta información, discuta estrategias y planifique acciones de manera conjunta, para contribuir a la protección, el acceso a la justicia y la recuperación de quién es víctima de violencia familiar.

De este modo, la persona afectada recibe un conjunto de servicios profesionales, que contribuye a:

- a) La recuperación psicológica.
- b) El acceso a la justicia y
- c) El fortalecimiento de la red de apoyo y protección.

Asimismo, la intervención que se realiza en estos centros, considera que si una persona afectada, recibe orientación sobre sus derechos, inicia un proceso legal de protección, emprende acciones para rehabilitarse psicológicamente y además estrecha relaciones con personas e instituciones que la pueden proteger y establecerá un importante nivel de protección, para evitar nuevas agresiones.

Los Centros “Emergencia Mujer” sustentan su intervención en los enfoques de derechos humanos, de género, integralidad, salud pública y de interculturalidad. Así, se postula el principio que tienen las mujeres a los mismos derechos y responsabilidades que los hombres; así como reconocimiento de la existencia de relaciones asimétricas entre hombres y mujeres construidas basándose en las diferencias sexuales.

Se considera también que la violencia hacia la mujer es multicausal, que además tiene graves consecuencias para la salud, constituyendo una seria amenaza para la vida e integridad de quienes la padecen.

El MIMP a través del Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual y la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA vienen articulando las políticas y programas con la finalidad de brindar atención a la población de mujeres víctimas de violencia familiar asociada al consumo de alcohol y otras drogas en los ámbitos de intervención y competencias del MIMP habiendo suscrito un convenio de cooperación interinstitucional entre DEVIDA y el Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual, con la finalidad de coordinar acciones conjuntas para el desarrollo de un programa de intervención con víctimas y personas agresoras consumidoras de alcohol y otras drogas afectadas por violencia familiar.

El MIMP y DEVIDA el 13 de febrero del 2013 suscribieron un nuevo “Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas y el Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, y se actualizó con Adenda el 4 de febrero del 2015, en el Marco del Programa Institucional Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas, para ejecutar acciones con recursos asignados directamente a la Entidad Ejecutora”. A partir del cual se viene desarrollando acciones de planificación, capacitación y atención dirigidas a esta población atendida en los Centros “Emergencia Mujer”.

En este marco, la finalidad del manual es fortalecer las capacidades y los conocimientos de los/las profesionales de los Centros “Emergencia Mujer” en el abordaje de la violencia familiar asociados al consumo de alcohol y otras drogas, con el objetivo de motivar al cambio a las víctimas a través de la consejería breve para que inicien tratamiento en los centros especializados al que son derivadas.

# descripción del MANUAL de prevención

## 1. ORIENTACIONES METODOLÓGICAS

### ¿Cuál es el propósito del manual de Prevención?

Ofrecer las herramientas y recursos necesarios a los/as profesionales de los Centros “Emergencia Mujer” a nivel nacional, quienes realizan las labores de intervención, consejería breve y derivación de los casos de violencia familiar asociados con el consumo de alcohol y otras drogas.

### ¿Qué queremos lograr al usar este manual?

Fortalecer las competencias técnicas de los/as profesionales que atienden en los Centros “Emergencia Mujer” en el abordaje de casos de personas afectadas por hechos de violencia familiar con problemas de consumo de alcohol y otras drogas.

#### PERFIL DE ENTRADA

Los y las profesionales a quienes va dirigido el presente manual de atención, son:

- Especialistas responsables de la atención en la problemática de la violencia familiar y sexual de los Centros “Emergencia Mujer” del PNCVFS a nivel nacional.

#### PERFIL DE SALIDA

Los/as profesionales de los CEM que se capaciten a través del presente manual, serán capaces de:

- Contar con un marco conceptual sobre la violencia familiar y su relación con el consumo de drogas desde la perspectiva del modelo ecológico.
- Aplicar nuevos conocimientos y habilidades sobre detección, orientación y consejería de personas consumidoras y dependientes de drogas que son afectadas por hechos de violencia familiar.
- Utilizar técnicas científicas para la intervención, consejería breve y derivación de casos de personas consumidoras y dependientes de drogas y de codependientes que son afectadas por hechos de violencia familiar.



## 2. ORIENTACIONES PRÁCTICAS PARA EL USO DE ESTE MANUAL



### APRENDIZAJES ESPERADOS

Para señalar los temas, contenidos y la descripción de cada una de las competencias a desarrollar (conocimientos, habilidades y actitudes), antes de los capítulos 1, 2 y 3 de los contenidos.



### OBJETIVOS

Para señalar la acción que debe realizar el/la profesional en cada uno de los capítulos.



### EVALUACIÓN DE ENTRADA

Que recoja los saberes previos de los/las participantes.



### TEMA CENTRAL

Para la introducción a los temas fundamentales del manual.



### LECTURA BÁSICA

Para las lecturas que nos brinden las bases teórico-conceptuales que sustenten cada uno de los temas fundamentales.



### EJEMPLO (CASOS)

Para mostrar una aplicación práctica del tema desarrollado a lo largo de todas las unidades del manual.



### AUTOEVALUACIÓN

Para que el/la aprendiz reflexione sobre su aprendizaje, sepa qué aprendió, cómo lo aprendió y valore la importancia del nuevo aprendizaje (a través de una lista de cotejo con preguntas metacognitivas de respuesta sí o no).



### CONCLUSIONES

Para señalar las ideas centrales desarrolladas al final de cada tema que servirán para el reforzamiento de lo trabajado.



### ACTIVIDAD

Para señalar los ejercicios de reflexión, análisis, aplicación y desarrollo.



### INSTRUMENTOS

Herramientas técnico - metodológicas recomendadas en el proceso de aprendizaje.

### LECTURA COMPLEMENTARIA

Para las lecturas que amplíen los temas fundamentales y den una visión amplia y alternativa de los mismos.





# capítulo 1

---

**marco conceptual acerca  
de la violencia y su relación  
con el consumo de alcohol  
y otras drogas**

---



## MARCO CONCEPTUAL ACERCA DE LA VIOLENCIA Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

### Aprendizajes esperados

TEMA	CONTENIDO	CONOCIMIENTO	HABILIDAD	ACTITUD
<b>CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE GÉNERO Y VIOLENCIA</b>	Sobre Género y Violencia	Define conceptos básicos sobre Género y Violencia	Reconoce a través de la reflexión de su historia personal sobre la construcción sociocultural de Género y Violencia. Analiza con objetividad las fuentes de información sobre la magnitud de este concepto.	Valora la importancia del dominio del concepto sobre Género para una mejor comprensión de este tema.
		Define conceptos básicos sobre Violencia.	Reconoce a través de la reflexión de su historia personal sobre la construcción sociocultural de Violencia. Analiza con objetividad las fuentes de información sobre la magnitud de este concepto.	Valora la importancia del dominio del concepto sobre Violencia para una mejor comprensión de este tema.
<b>CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	Sobre el Consumo de drogas	Define conceptos básicos sobre el consumo de drogas	Clasifica las drogas Caracteriza las drogas Diferencia los tipos de consumo	Valora la importancia del dominio de los conceptos básicos sobre el consumo de drogas para una mejor comprensión de este problema
<b>VIOLENCIA FAMILIAR</b>	Violencia Familiar	Define el concepto y tipos de Violencia Familiar.	Analiza con objetividad las fuentes de información sobre la magnitud de problema	Valora la importancia del dominio de este concepto Comprende la magnitud de la VF en el Perú
	Determinantes de la Violencia familiar	Discrimina los factores determinantes de la VF	Identifica los factores determinantes de la VF en el estudio de un caso	Reflexiona sobre los factores que determinan la VF
	Enfoques de la violencia familiar	Conoce los enfoques de la VF	Identifica la orientación de cada enfoque de la VF Incorpora los enfoques de la VF a su comprensión y para futuras intervenciones	Reconoce la necesidad de orientar su trabajo de intervención a partir de los enfoques de VF
	Modelos explicativos de la violencia familiar	Conoce los modelos teóricos que explican la VF	Explica el porqué de la VF en un caso específico desde diferentes modelos teóricos	Valora con sentido crítico los modelos explicativos de la VF
	Factores de riesgo de la violencia familiar y sexual	Identifica los factores de riesgo de la VFS	Analiza y explica los factores de riesgo de la violencia contra la mujer función de las características de la persona agresora, la víctima y en la relación entre ambos	Reconoce la importancia de detectar los factores de riesgo de la VFS y de la mujer para una intervención preventiva y de atención oportuna
	Consecuencias de la Violencia familiar	Identifica las consecuencias de la VF en los niños, niñas adolescentes y mujeres	Reflexiona sobre las consecuencias de la VF en el desarrollo integral de las personas afectadas	Valora la importancia de identificar las consecuencias de la VF para una intervención preventiva y de atención oportuna
	Características de la violencia familiar contra las mujeres en el Perú	Conoce las características de la VF contra las mujeres	Analiza la magnitud de la VF contra las mujeres	Valora la importancia de conocer las tendencias de la VF contra las mujeres para la atención adecuada de casos

TEMA	CONTENIDO	CONOCIMIENTO	HABILIDAD	ACTITUD
<b>CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS</b>	El modelo ecológico explicativo del consumo de alcohol y otras drogas	Conoce el modelo ecológico explicativo del consumo de alcohol y drogas	Explica los diferentes componentes del modelo ecológico	Reconoce en el modelo ecológico una teoría explicativa integral del consumo de alcohol y otras drogas
	Estrategias y enfoques de la prevención	Conoce las estrategias y enfoques de prevención	Analiza las estrategias y enfoques de prevención	Valora la importancia de contar con estrategias y enfoques de prevención para una intervención oportuna
	Los factores de riesgo y los factores protectores que influyen en el consumo de alcohol y otras drogas	Identifica los factores de riesgo y factores protectores que influyen en el consumo de alcohol y otras drogas	Detecta los factores de riesgo y protectores en casos específicos de consumo de alcohol y otras drogas. Analiza los factores de riesgo y protectores del consumo de alcohol y otras drogas	Reconoce la importancia de detectar los factores de riesgo y factores protectores para una intervención preventiva y de atención oportuna
	Consecuencias biopsicosociales del consumo de alcohol y otras drogas	Identifica las consecuencias biopsicosociales del consumo de alcohol y otras drogas	Analiza las consecuencias biopsicosociales del consumo de alcohol y otras drogas	Valora con sentido crítico las consecuencias biopsicosociales del consumo de alcohol y otras drogas
	Características del consumo de drogas en el Perú	Conoce las características del consumo de drogas en la población general del Perú Conoce las características del consumo de drogas según sexo, edad y procedencia.	Analiza la magnitud del consumo de drogas Caracteriza el consumo de drogas según sexo, edad y procedencia.	Valora la importancia de conocer las tendencias del consumo de drogas según sexo, edad y procedencia para la atención adecuada de casos
<b>VIOLENCIA FAMILIAR ASOCIADA AL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS</b>	Modelos explicativos de la violencia familiar asociada al consumo de alcohol y otras drogas	Conoce los modelos teóricos que explican la VF y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas	Explica el porqué de la VF y su relación con el consumo alcohol y otras drogas desde diferentes modelos teóricos	Valora con sentido crítico los modelos explicativos de la VF y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas
	Factores de riesgo y factores protectores de la violencia familiar asociada al consumo de alcohol y otras drogas	Identifica los factores de riesgo y factores protectores de la VF asociada al consumo de alcohol y otras drogas	Analiza los factores de riesgo y protectores de la VF asociada al consumo de alcohol y otras drogas Realiza el ejercicio de describir las características de una familia sana y sin violencia	Valora la importancia de la identificación de los factores de riesgo y protectores de la VF asociada al consumo de alcohol y otras drogas
	Características de la violencia familiar asociada al consumo de drogas en el Perú	Conoce las características de la VF asociada al consumo de alcohol y otras drogas	Analiza la magnitud de la VF asociada al consumo de alcohol y otras drogas	Valora la importancia de conocer las tendencias de la violencia VF asociada al consumo de alcohol y otras drogas para la atención adecuada de casos

## 1.1 CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE GÉNERO Y VIOLENCIA

### OBJETIVO:



Definir y analizar los principales conceptos relacionados con el Género y la Violencia

### 1.1.1. GÉNERO



Conjunto de rasgos asignados a hombres y mujeres en una sociedad, y que son adquiridos en el proceso de socialización. Son las responsabilidades, pautas de comportamiento, valores, gustos, limitaciones, actividades y expectativas, que la cultura asigna en forma diferenciada a hombres y mujeres. Es el modo de ser hombre o de ser mujer en una cultura determinada.

De ahí se derivan necesidades y demandas diferentes para hombres y mujeres en su desarrollo y realización personal. Se distingue del término “sexo”, pues alude a diferencias socioculturales y no biológicas. Al ser una construcción social está sujeta a modificaciones históricas, culturales y aquellas que derivan de cambios en la organización social. Como categoría de análisis se basa, fundamentalmente, en las relaciones sociales entre hombres y mujeres.

El término “Género” se distingue de término “Sexo”, porque el primero alude a diferencias socioculturales, mientras que el segundo a características biológicas.



#### Sistemas de Género

Conjunto de principios estructurados coordinadamente que la sociedad elabora para legitimar y reproducir las prácticas, representaciones, normas y valores que las sociedades construyen a partir de la diferencia sexual anátomo-fisiológica.



#### Análisis de Género

Proceso teórico/práctico que permite analizar diferencialmente los papeles entre mujeres y hombres, así como los derechos y deberes, el acceso, el uso y el control sobre los recursos, los problemas o las necesidades, propiedades y las oportunidades; con el propósito de planificar el desarrollo con eficiencia y equidad y analizar las diferencias entre hombres y mujeres, tanto como los resultados de estas diferencias.

Este análisis no debe limitarse al papel de las mujeres en la sociedad, sino que implica, necesariamente, estudiar formas de organización y funcionamiento de las sociedades basándose en las relaciones sociales dadas entre mujeres y hombres. Para ello se identifican: trabajo productivo y reproductivo, acceso y control de beneficios, limitaciones y oportunidades y la capacidad de organización de mujeres y hombres para promover la igualdad.



#### Enfoque de Género

Forma de observar la realidad en base a las variables “sexo” y “género” y sus manifestaciones en un contexto geográfico, ético e histórico determinado. El enfoque de género es, básicamente,

la observación analítica de los hechos y procesos sociales con énfasis en asimetrías, desigualdades, inequidades y exclusiones resultantes de concepciones y valores de las condiciones femenina y masculina.

Este enfoque permite visualizar y reconocer la existencia de relaciones de jerarquía y desigualdad entre hombres y mujeres expresadas en opresión, injusticia, subordinación y discriminación, mayoritariamente hacia las mujeres.

El estudio de condicionantes como temperamento, habilidades, papeles sociales, derechos y responsabilidades como productos de la construcción cultural, rebasa las diferencias biológicamente determinadas y genera la posibilidad de que las discrepancias entre ser hombres o mujeres, sean revisadas y modificadas para disminuir inequidades. Pero aún más, permite la ubicación de la identidad de género en una estructura social jerarquizada con predominio masculino que da lugar a la discriminación, opresión y violencia contra las mujeres, para ofrecer alternativas en busca de relaciones más equitativas.



### **Estrategia de Género**

Conjunto de acciones priorizadas y tácticas diseñadas para superar las consecuencias y omisiones que ha producido la discriminación de género con la finalidad de erradicarla.



### **Teoría de Género**

Mediante la utilización de la diferencia entre sexo y género como herramienta heurística central, la teoría de género busca recoger la diversidad en los modos en que se presentan las relaciones de género, al interior de las distintas sociedades y de la misma sociedad y, a la vez, dar cuenta de la identidad genérica, tanto de hombres como de mujeres (Batres, G. 1996)<sup>1</sup>.



### **LECTURA BÁSICA<sup>2</sup>:**

#### **La socialización y los estereotipos de hombres y mujeres**

El primer punto que hemos de abordar en el tema que nos ocupa es el referido a la socialización del género, es decir, el proceso a través del cual a lo largo de nuestro desarrollo social vamos aprendiendo conductas específicas de cada sexo, que están diferenciadas en todas las sociedades, puesto que cada sociedad establece lo que es propio de los niños y lo que es propio de las niñas. Así pues, a medida que vamos creciendo vamos incorporando a nuestro repertorio conductual los denominados roles de género, esto es, patrones de conducta valorados como propios, adecuados y deseables para los niños o como propios, adecuados y deseables para las niñas.

Vivimos, por tanto, en una sociedad donde se aprende a ser y a sentirse mujer y a ser y sentirse hombre. Hombres y mujeres quedan atrapados en un patrón de comportamiento socialmente legitimado y donde el alejamiento de dichos mandatos es socialmente reprobado.

- 
- 1 Batres Gioconda (1996) *Reunión del grupo de consulta sobre el impacto del abuso de drogas en la mujer y la familia* secretaria ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) O.E.A.
  - 2 Rodríguez, V., Sánchez, C. & Alonso, D. (2006). *Creencias de adolescentes y jóvenes en torno a la violencia de género y las relaciones de pareja*. Universidad de Castilla La Mancha.

Es así como los roles de género prescritos se hacen rígidos, y se convierten en estereotipos de roles de género, entendidos éstos como las creencias ampliamente mantenidas sobre las características que se creen apropiadas para hombres y las que se creen apropiadas para las mujeres. Se trataría de concepciones simples y fijas sobre el comportamiento y trato típico de cada sexo (Monjas et al., 2004).

Estas rígidas concepciones están tan extendidas de tal modo que incluso los rasgos de personalidad masculina y femenina están estereotipados, tanto es así que al hombre se le atribuyen unos rasgos y a las mujeres otros.

Los rasgos de los hombres son los denominados instrumentales, que guardan relación con la competencia, la asertividad y la racionalidad y a la mujer se le adjudican rasgos de tipo expresivos que enfatizan la calidez, cuidado y sensibilidad, más relacionados con la afectividad y la emocionalidad.

Los **estereotipos de género** alcanzan también otras dimensiones tales como: las características físicas; las ocupaciones y actividades y conductas (por ejemplo, diestro en reparaciones y líder de grupos para hombres; hábil cuidando niños/as y decorando la casa para mujeres). (Deaux y Lewis, 1984).

Según Berck (1998), los rasgos estereotipados como masculinos y femeninos son:

Rasgos masculinos: Activo, actúa como líder, agresivo, competitivo, dominante, independiente, no se deja influir, duro, ambicioso, confiado en sí mismo, adopta una posición y la mantiene, se siente superior, soporta bien la presión, no abandona fácilmente.

Rasgos femeninos: Consciente de los sentimientos de los otros, se dedica a los otros, llora fácilmente, emocional, exaltada en crisis importantes, se lastiman sus sentimientos con facilidad, dedicada a la casa, amable, le gustan los niños, necesita aprobación, limpia, pasiva, comprende a otros.



## **CONCLUSIÓN:**

### **“El género es el sexo socialmente construido”**

*“Pertener a un género es mucho más que ser diferente, hombre o mujer, es adquirir a priori y de forma involuntaria, una condición para toda la vida”.*

*“Las condiciones de género son diferentes en función de la procedencia y la cultura de origen o el lugar de residencia. Esto hay que tenerlo en cuenta al momento de trabajar con diferentes grupos poblacionales”.*

*La socialización y estereotipos de género establecidos traen como consecuencia que exista desigualdad social, discriminación, desequilibrio de poder, injusticia y la generalización de un modelo masculino “Violencia de género”.*





**ACTIVIDAD 1**  
**Mandatos de Género<sup>3</sup>**

A través de este ejercicio usted podrá reflexionar y reconocer sobre la construcción sociocultural de género que hemos tenido a lo largo de la vida.

**Pasos a seguir:** A partir de su propia vida, haga memoria del recorrido histórico de su propia socialización desde su niñez, pasando por la adolescencia hasta la edad adulta. Recuerde y escriba en la matriz que se encuentra debajo, las asignaciones sociales en forma de mandato, orientaciones, consejos que le fueron dados en su condición de mujer u hombre, tomando en cuenta el ámbito social en el que se produjeron.

ASIGNACIONES SOCIALES DE GÉNERO EN LA SOCIALIZACIÓN (MANDATOS, CONSEJOS, ORIENTACIONES, MODELOS DE CONDUCTA)					
ETAPAS	FAMILIA	EDUCACIÓN	IGLESIA	TRABAJO	MEDIOS DE COMUNICACIÓN
NIÑEZ					
ADOLESCENCIA					
JUVENTUD					
ADULTEZ					

Reflexione con la siguiente pregunta:  
**¿Cuáles de esas asignaciones no ha cumplido y por qué razones?**

---



---



---

<sup>3</sup> Modificado de, Corte Suprema de Justicia: *Manual de postgrado en violencia de género intrafamiliar, sexual y trata de personas*. Managua: Escuela Judicial.

## AUTOEVALUACIÓN:



- ▶ ¿Qué he aprendido en esta sesión?
- ▶ ¿Qué es lo que me ha parecido más difícil de aprender?
- ▶ ¿En qué momento debo realizar la aplicación de estos conceptos?

### 1.1.2. VIOLENCIA



*“Uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones<sup>4</sup>.”*

La inclusión de la palabra “poder”, además de la frase “uso intencional de la fuerza física”, amplía la naturaleza de un acto de violencia así como la comprensión convencional de la violencia para dar cabida a los actos que son el resultado de una relación de poder, incluidas las amenazas y la intimidación.

En este sentido, la violencia en sus múltiples manifestaciones es entendida siempre como una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza (ya sea física, psicológica, económica, etc.). Y debido a la amplitud de este concepto, puede hablarse de violencia de género, violencia a la mujer, violencia familiar, violencia infantil, violencia contra el adulto mayor, violencia sexual, entre otras muchas formas de violencia, en tanto se cumpla con el criterio de que esté se dé en una relación de desequilibrio de poder.



#### **Violencia de Género**

La **violencia de género** es un tipo de violencia física, psicológica o sexual ejercida contra cualquier persona sobre la base de su sexo o género que impacta de manera negativa su identidad y bienestar social, físico o psicológico. De acuerdo a Naciones Unidas, el término es utilizado «para distinguir la violencia común de aquella que se dirige a individuos o grupos sobre la base de su género», enfoque compartido por *Human Rights Watch* en diversos estudios realizados durante los últimos años.<sup>5</sup>

Ésta presenta distintas manifestaciones e incluye, de acuerdo al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, actos que causan sufrimiento o daño, amenazas, coerción u otra privación de libertades. Estos actos se manifiestan en diversos ámbitos de la vida social y política, entre los que se encuentran la propia familia, la escuela, la Iglesia, entre otras.

Dentro de la terminología utilizada para referirse a la violencia contra la mujer, a menudo se utiliza de manera indistinta el término violencia de género; sin embargo, este último presenta diversas características diferentes a otros tipos de violencia interpersonal, por lo que no toda

4 OPS (2002). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*.

5 Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ed.). «Definición de la violencia contra las mujeres y niñas». *Centro Virtual de Conocimiento para Poner Fin a la Violencia contra las Mujeres y Niñas*.

la violencia contra la mujer puede identificarse como violencia de género, ya que de acuerdo a ONU Mujeres, este tipo de violencia «se refiere a aquella dirigida contra una persona en razón del género que él o ella tiene así como de las expectativas sobre el rol que él o ella deba cumplir en una sociedad o cultura» haciendo referencia a aquel tipo de violencia que tiene sus raíces en las relaciones de género dominantes existentes en una sociedad, por lo que es habitual que exista cierta confusión al respecto.

La violencia de género por lo tanto sería un concepto más amplio, dado que incluiría asaltos o violaciones sexuales, prostitución forzada, explotación laboral, el aborto selectivo en función del sexo, violencia física y sexual contra prostitutas, infanticidio femenino, castración parcial o total, ablación de clítoris, tráfico de personas, violaciones sexuales durante período de guerra, patrones de acoso u hostigamiento en organizaciones masculinas, ataques homofóbicos hacia personas o grupos de homosexuales, lesbianas, bisexuales y transgéneros, entre otro.<sup>6</sup>



**CONCLUSIÓN:**

*“La violencia de género se distingue de otras formas de violencia dirigidas hacia los hijos/as, los padres, las madres, los/las hermanos/as o cualquier otro familiar, ya que el término hace referencia a aquel tipo de violencia que tiene sus raíces en las relaciones de género dominantes existentes en una sociedad. Por lo tanto, no todo acto de violencia contra la mujer puede identificarse como violencia de género”.*

**AUTOEVALUACIÓN:**



- ▶ ¿Qué he aprendido en esta sesión?
- ▶ ¿Qué es lo que me ha parecido más difícil de aprender?
- ▶ ¿En qué momento debo realizar la aplicación de estos conceptos?

**1.1.3. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER**

Desde el ámbito internacional, la violencia contra la mujer constituye una violación a sus derechos humanos y libertades fundamentales, además de limitar total o parcialmente el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades. Asimismo, se considera que la violencia contra las mujeres es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres, y la reconocen como una de las más frecuentes, de mayores consecuencias y ante las cuales las mujeres se encuentran en una situación de mayor indefensión.<sup>7</sup>

6 Villacampa Estiarte, Carolina (2008). «La violencia de género: aproximación fenomenológica, conceptual y a los modelos de abordaje normativo». En Villacampa Estiarte, Carolina. *Violencia de género y sistema de justicia penal*.

7 Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belén Do Pará”

En el ámbito nacional y desde la perspectiva del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - MIMP <sup>8</sup>, se entiende por violencia contra la mujer:



*“Cualquier acción o conducta que, basada en su condición de género, cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”.*

La violencia contra la mujer incluye la violencia física, psicológica y sexual:

- que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que la persona agresora comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual;
- que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar.
- que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra”.



#### EJEMPLOS:

- ▶ **Violencia Física:** Si le causa lesiones que pueden ser de leves o graves, como: golpes con partes del cuerpo (manos, patadas, etc.) o con algún objeto (correa, látigo, etc.), hasta el ocasionarle la muerte.
- ▶ **Violencia psicológica:** Si se le impide el arreglo personal, asistir a reuniones sociales/familiares, tener amigos, estudiar, trabajar, si sus opiniones acerca del hogar y la familia no son tomados en cuenta.



#### CONCLUSIÓN:

*“Violencia contra la mujer ejercida por el sólo hecho de ser mujer, la cual puede ser física, psicológica y/o sexual”.*



#### INSTRUMENTOS:

Emplear la siguiente encuesta para verificar cuán implicados estamos en la violencia contra la mujer.

Afirmaciones	Sí	No
Me es indiferente si violentan a una mujer en calle.		
Yo creo que determinadas mujeres se merecen la violencia, especialmente si son consumidoras de alcohol.		
Las mujeres deberían estar subordinadas a los varones.		
Los hombres han nacido con más derechos que las mujeres.		
Se justifica que un hombre obligue a una mujer a tener sexo con él si ya habían tenido sexo en el pasado.		

(Respuesta: Si responde NO a todas las afirmaciones, entonces, no está involucrado (a) o tiene una actitud de rechazo frente a la violencia a la mujer; Si contestó SI a 4 o 5 afirmaciones está completamente involucrado en la violencia contra la mujer.

8 Plan Nacional contra la violencia hacia la mujer 2009 – 2015. (s.f.).



## ACTIVIDAD 2

**¿Yo he vivido y cometido actos de violencia?<sup>9</sup>**

**A través de este ejercicio usted podrá reflexionar desde su historia personal y reconocer si ha vivido o cometido acto(s) de violencia.**

**Pasos a seguir:** En un ambiente de silencio se deberá concentrar en sus pensamientos y de manera individual reflexionar sobre;

**1. ¿Qué tipo de violencia se ha presentado en su historia familiar y a qué la atribuye?**

---



---



---

**2. ¿Cuál ha sido su papel como hombre o como mujer en las situaciones presentadas?**

---



---



---

**3. ¿Tomó algunas medidas para cambiar dicha(s) situación(es) en su papel como víctima o agresor/a?**

---



---



---

**4. ¿Qué tan exitosas fueron las medidas que adoptó?**

---



---



---

### AUTOEVALUACIÓN:



- ▶ ¿Qué he aprendido en esta sesión?
- ▶ ¿Qué es lo que me ha parecido más difícil de aprender?
- ▶ ¿En qué momento debo realizar la aplicación de estos conceptos?

<sup>9</sup> Modificado de, Corte Suprema de Justicia. (2011). *Manual de postgrado en violencia de género intrafamiliar, sexual y trata de personas*. Managua: Escuela Judicial.



### ACTIVIDAD 3

**Analice los casos de violencia contra la mujer a partir de los registros de atenciones de casos de los CEMs a nivel nacional - 2002-2015<sup>10</sup>**

La magnitud de la violencia a la mujer en el Perú, se muestra en las cifras oficiales de casos de mujeres atendidas en los Centros de Emergencia Mujer (CEM) del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), los cuales equivalen al 80 a 90% el promedio por año de todos los casos atendidos entre el 2002 a febrero del 2015.

Años	Total de personas	Mujeres	
		Casos	%
<b>2002-2015</b>	%		
2015 (ene-feb)	9,509	8,126	85
2014 (ene-dic)	50,485	43,810	87
2013 (ene-dic)	49,138	42,887	87
2012 (ene-dic)	42,537	37,677	89
2011 (ene-dic)	41,084	36,219	88
2010 (ene-dic)	43,169	37,693	87
2009 (ene-dic)	40,882	35,749	87
2008 (ene-dic)	45,144	39,423	87
2007 (ene-dic)	33,212	29,328	88
2006 (ene-dic)	29,844	26,726	90
2005 (ene-dic)	28,671	25,863	90
2004 (ene-dic)	30,280	27,902	92
2003 (ene-dic)	28,053	22,964	82
2002 (ene-dic)	29,759	25,835	87

Fuente: Elaboración propia

#### AUTOEVALUACIÓN:



- ▶ ¿Qué he aprendido en esta sesión?
- ▶ ¿Qué es lo que me ha parecido más difícil de aprender?
- ▶ ¿Qué más necesito aprender y modificar en mis actitudes?

10 Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables: *Registro de atenciones de los casos de violencia a la mujer en los CEM a nivel nacional 2012 – 2015*. Lima: MIMP-PNVFS.

### 1.1.4. VIOLENCIA CONTRA LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (NNA)



“Cualquier acción u omisión que ejercida de manera intencional en contra del niño por cualquier adulto que lo tenga a su cargo, le provoque, lesión física o psicológica, o grave riesgo de padecerlo”.

Sin embargo, también, estamos hablando de diferentes clases de malos tratos, cada uno de los cuales es distinto de los demás, tales como: maltrato pre-natal, maltrato psicológico o físico infantil, negligencia psicológica o física infantil, abuso sexual, explotación laboral, entre otros. Ejemplos:

- ▶ **Maltrato Pre-Natal.** Cualquier acción que ponga en riesgo la salud y el desarrollo normal del bebe durante la gestación, tales como: descuido de los controles pre-natales, exposición a situaciones estresantes, consumo de medicamentos no recetados y/o consumo de SPA.
- ▶ **Maltrato Psicológico Infantil.** Hostilidad en forma de insultos, gritos, amenazas, chantajes, desaprobación o desvalorización dirigidos a un menor por cualquier miembro adulto del grupo familiar.
- ▶ **Maltrato Físico Infantil.** Cualquier acción no accidental por parte de los padres y/o tutores que provoque daño físico al menor, incluyendo el castigo físico mediante golpes con partes del cuerpo o con otros objetos, provocación de lesiones, privaciones o expulsiones del hogar.
- ▶ **Negligencia Psicológica Infantil.** La falta de comunicación con el/a menor de 18 años y actitudes que indican poco o ningún interés en informarse acerca de sus necesidades y problemas.
- ▶ **Negligencia Física Infantil.** Situación en la cual no son atendidos en forma temporal o permanente las necesidades de protección física o de atención médica del niño, niña o adolescentes.
- ▶ **Abuso Sexual Infantil.** Cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años, por parte de los progenitores tutores/as, otros familiares, desconocidos/as, etc., desde una posición de poder o autoridad, que puede incluir desde tocamientos hasta relaciones sexuales.
- ▶ **Explotación Laboral Infantil.** Aquella situación en la cual los padres, madres o tutores/as de un niño/a o adolescente varón o mujer le asignan con carácter obligatorio la realización continua de trabajos (domésticos o no) que exceden los límites de lo habitual o deberían ser realizados por personas adultas o que interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y/o escolares del/a menor.



#### LECTURA BÁSICA:

#### Formas de castigo ejercidas por los padres<sup>11</sup>

##### Formas de castigo ejercidas por el padre biológico

La forma de castigo que utilizó el padre biológico para castigar a sus hijas e hijos, en primer lugar fue la reprimenda verbal (77,2 por ciento); esta declaración fue proporcionada en mayor

11 Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014). *Encuesta demográfica y de salud familiar 2013: Violencia contra las mujeres, niñas y niños.*347-394p.

porcentaje por mujeres de 45 a 49 (80,7 por ciento), de 15 a 19 años de edad (80,0 por ciento) y de 30 a 34 años (78,5 por ciento), sin educación (80,8 por ciento) y educación primaria (80,8 por ciento), ubicadas en el quintil inferior de riqueza (80,7 por ciento), residentes en el área rural (81,2 por ciento), región Sierra (82,3 por ciento) y en los departamentos de Puno, Huancavelica y Cusco, (93,1, 92,6 y 91,1 por ciento, respectivamente).

En segundo lugar, fue prohibiéndoles algo que le gusta (36,5 por ciento), declarada generalmente por mujeres de 25 a 29 (40,0 por ciento), 35 a 39 (38,1 por ciento) y de 40 a 44 (38,1 por ciento), con educación superior (51,1 por ciento), situadas en el quintil superior de riqueza (54,1 por ciento) y cuarto quintil (49,0 por ciento), residentes en el ámbito urbano (43,2 por ciento), en Lima Metropolitana (51,7 por ciento) y en los departamentos de Moquegua (58,3 por ciento) y La Libertad (50,4 por ciento).

### **Formas de castigo ejercidas por la madre biológica**

Con mayor frecuencia, la madre biológica utilizó la reprimenda verbal para castigar a sus hijas e hijos (75,2 por ciento); la mayoría de ellas, tenían de 15 a 19 (83,0 por ciento) y de 45 a 49 años de edad (78,3 por ciento), sin nivel de educación y educación primaria (83,4 y 79,8 por ciento, respectivamente), ubicadas en el quintil inferior y segundo quintil de riqueza (81,3 y 78,8 por ciento, correspondientemente); residentes en el área rural (81,4 por ciento), en la Sierra (80,3 por ciento) y en los departamentos de Huancavelica, Cusco y Ucayali (94,6, 87,1 y 87,1 por ciento, respectivamente). Esta forma de castigo fue utilizada tanto por las madres casadas/convivientes (75,8 por ciento) como solteras y divorciadas/separadas o viudas (74,1 y 72,5 por ciento, respectivamente).

En segundo lugar, mencionaron la prohibición de algo que le gusta (45,7 por ciento), forma de castigo utilizada generalmente por mujeres de 35 a 39 y de 30 a 34 años de edad (49,8 y 48,5 por ciento, respectivamente), divorciadas, separadas o viudas (53,7 por ciento), educación superior (60,2 por ciento); en tanto las mujeres sin nivel de educación presentaron menor porcentaje (22,8 por ciento); residentes en el área urbana (52,3 por ciento), casi 2 veces al porcentaje observado en el área rural (26,3 por ciento) y en los departamentos de Moquegua, Lima e Ica (72,9, 58,6 y 55,5 por ciento, respectivamente). Otra forma de castigo empleada por la madre biológica fueron los golpes o castigos físicos (32,2 por ciento), en mayor porcentaje tenían de 30 a 34 (38,1 por ciento) y de 35 a 39 años de edad (34,1 por ciento), casadas o convivientes (33,0 por ciento), sin educación (42,5 por ciento), ubicadas en el quintil inferior de riqueza (44,7 por ciento); residentes en el área rural (42,0 por ciento), Selva (48,2 por ciento) y en los departamentos de Amazonas (56,4 por ciento), Huánuco (55,2 por ciento) y San Martín (53,3 por ciento).

Por otro lado, las palmadas fueron ejercidas frecuentemente por madres de 20 a 24 años de edad (20,9 por ciento), con educación secundaria y superior (12,7 y 12,3 por ciento, respectivamente), residentes en el ámbito urbano (11,9 por ciento), región Resto Costa (14,6 por ciento) y en el departamento de Ica (19,4 por ciento).



### **CONCLUSIÓN:**

*La violencia contra niños, niñas y adolescentes por parte de sus madres y padres es una grave situación que afecta sus derechos humanos y según la gravedad pueden implicar grave riesgo para la salud física y emocional.*





**LECTURA COMPLEMENTARIA:**

Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI (2014). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013 (ENDES), pp. 347-394.



**INSTRUMENTOS:**

Emplear la siguiente encuesta para verificar cuán implicados estamos en la violencia contra los niños, niñas y adolescentes.

Afirmaciones	Sí	No
Los niños/as necesitan de vez en cuando unos cuantos golpes para corregirse		
Hay niños/as que sólo el castigo los puede corregir		
Un adolescente ya sabe lo que hace, por tanto, hay que castigarlo si ha hecho algo indebido		
Los niños varones necesitan mayor castigo que las mujeres, ellos pueden aguantar más, una niña es más sensible		
Los hijos/as de otro compromiso tienen menos derechos que los hijos/as de uno mismo.		

Respuesta: Si responde NO a todas las afirmaciones, entonces, no está involucrado(a) o tiene una actitud negativa, si contestó SI a 4 o 5 afirmaciones está completamente involucrado(a) en la violencia de género.



## ACTIVIDAD 4

### Analice la violencia infantil a nivel nacional<sup>12</sup>

La última encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES – INEI, 2013), describe las formas de castigo ejercidas por los padres y madres:

#### Formas de Castigo ejercidas por los padres 2013

Padres		2010	2013	
		Reprimenda verbal	85,8%	77,2%
	Prohibiendo algo que les gusta	21,8%	36,5%	14,7 puntos porcentuales ↑
	Golpes o castigo físico	41,2%	29,0%	-12,2 puntos porcentuales ↓

Madres		2010	2013	
		Reprimenda verbal	85.0%	75.2%
	Prohibiendo algo que les gusta	28.1%	45.7%	17.6 puntos porcentuales ↑
	Golpes o castigo físico	40.8%	32.2%	-8.6 puntos porcentuales ↓

#### Formas de Castigo ejercidas por los padres 2013

Según ámbito de residencia

Padres		Reprimenda verbal	Prohibiendo algo que le gusta	Golpes o castigo físico
		Urbano	75.5%	43.2%
	Rural	81.2%	21.1%	42.3%

Madres		Reprimenda verbal	Prohibiendo algo que le gusta	Golpes o castigo físico
		Urbano	75.5%	43.2%
	Rural	81.2%	21.1%	42.3%
	Formas de castigo de los padres a la entrevistada	44.8%	22.9%	62.4%

#### AUTOEVALUACIÓN:



- ▶ ¿Qué he aprendido en esta sesión?
- ▶ ¿Qué es lo que me ha parecido más difícil de aprender del castigo a los niños por parte de los adultos?
- ▶ ¿Qué más necesito aprender y modificar en mis actitudes hacia la violencia contra los niños?

12 Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014). Encuesta demográfica y de salud familiar 2012: Violencia contra las Mujeres, Niñas y niños.347-394p.

### 1.1.5. VIOLENCIA CONTRA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES (PAM)

Para fines legales, médicos, económicos y estadísticos se considera (AM) a toda persona de 60 años o más. Sin embargo, dado que la tendencia actual tanto mundial como nacional viene siendo el crecimiento de este segmento poblacional, con un incremento en la esperanza de vida, esta etapa se divide en dos etapas; una primera hasta los 80 años denominada tercera edad, y otra a partir de esta edad en adelante para referirnos a la cuarta, por las características de envejecimiento diferentes y cuidados que se tienen que afrontar.

La norma que contempla la violencia contra las Personas Adultas Mayores esta consignada en la Ley 26260 en términos generales y requiere adaptarse al contexto de maltrato del que son víctimas las personas adultas mayores dentro de sus familias. En este sentido el MIMP, propone la siguiente definición:



*“Toda acción, descuido o negligencia, única o reiterada, por parte de algún miembro de la familia o allegado, que cause daño en la integridad física, psicológica y/o sexual de una persona de 60 años a más”.*



#### EJEMPLO:

*María, es una Adulta Mayor de 83 años que vive sola, sus hijos no viven con ella desde algunos años. Ella vive con un joven de 29 años, quien en realidad es un vecino y quien desde hace un tiempo le insinúa que le gustaría dormir en su propio cuarto con el fin de cuidarla y protegerla; sin embargo, tiene mucho interés en su dinero que lo tiene bien guardado y que sólo ella sabe dónde se encuentra.*



#### LECTURA BÁSICA:

##### Riesgos de no actuar oportunamente<sup>13</sup>

La prevención de la violencia y la promoción de una cultura de paz en las familias constituyen una tarea urgente del Estado y la sociedad en general. (...) La violencia trastorna a la familia y a sus miembros porque destruye el sentido de protección, reciprocidad y confianza representadas en sus vínculos, generando:

- ▶ Perpetuación de la relación violenta con graves consecuencias en la vida y salud de las personas adultas.
- ▶ Exacerbación del maltrato a todo nivel en la medida que el estado y la sociedad no actúen sancionándolo efectivamente.
- ▶ Incrementa la posibilidad de imitación futura de la violencia filial, que los nietos observan, de parte de sus progenitores hacia los abuelos/as.
- ▶ Deterioro de la capacidad funcional de las personas adultas mayores, disminución de productividad y pérdida precoz de la autovalencia.
- ▶ Se inhibe el aporte de las personas adultas mayores al desarrollo humano y social del país.
- ▶ Se deteriora la capacidad de las personas adultas mayores como capital social o “reservas humanas” de afecto y confianza. La experiencia del maltrato genera en las víctimas desconfianza y rencor.

13 Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, (2005). *Violencia Familiar contra la persona adulta mayor*, 84p.

- ▶ Incremento de la demanda de asilos y casas de reposo para personas adultas mayores abandonadas por sus hijos/as.
- ▶ Incapacidad del Estado y la sociedad para cubrir la demanda de institucionalización para personas adultas mayores que son maltratadas o abandonadas por su familia.
- ▶ Aumento de la mendicidad de personas adultas mayores abandonadas o violentadas o despojadas de sus bienes por sus familiares.



### CONCLUSIÓN:

*“La Violencia contra las PAM se presenta como acciones u omisiones que causan daño en la integridad física, psicológica y/o sexual”.*



### LECTURA COMPLEMENTARIA:

*El Plan Nacional de Personal Adultas Mayores 2013 - 2021<sup>14</sup> del Ministerio de la Mujer y poblaciones Vulnerables.*



### INSTRUMENTOS:

*Emplear la siguiente encuesta para verificar cuán implicados estamos en la violencia contra las personas adultas mayores.*

Afirmaciones	Sí	No
Las personas adultas mayores ya no necesitan tanta atención, ya vivieron demasiado		
Para qué gastar en las personas adultas mayores, si ya no van a vivir tanto.		
No se debe gastar tanto dinero en la salud de las personas adultas mayores, no van a ser útiles		
Las personas adultas mayores ya se han acostumbrado a vivir solos/as		
Las personas adultas mayores sólo necesitan un hueco en la casa, ya no hay necesidad de mayores comodidades.		

(Respuesta: Si responde NO a todas las afirmaciones, entonces, no está involucrado (a) o tiene una actitud negativa. Si contestó SI a 4 o 5 afirmaciones está completamente involucrado en la violencia de género)

<sup>14</sup> Plan Nacional para Adultos Mayores 2013-2017.



## ACTIVIDAD 5

### Analice la Violencia contra los Adultos Mayores a través de los registros de atenciones de casos de los CEM a nivel nacional - 2013<sup>15</sup>

El registro de casos atendidos por violencia familiar y sexual en los CEM a nivel Nacional, considerando a personas adultas mayores a quienes tienen de 60 a más años, entre Enero y Agosto del año 2013, presenta a un total de 1377 de víctimas atendidas, siendo el mayor porcentaje el de mujeres con un 79 por ciento equivalente a 1086, y en los hombres en un 21 por ciento equivalente a 291.

De estos casos, se conoce que el tipo de violencia que se presentó en mayor porcentaje fue el de tipo psicológico, con 69 por ciento, seguido por el tipo de violencia física (29 por ciento) y sexual (2 por ciento). En donde los agresores indicados son los siguientes, en cuanto el tipo de violencia psicológica, el 43 por ciento fue victimizado por su hijo/a y por algún miembro de la familia o alguien fuera de su entorno familiar en un 57 por ciento. En violencia física, el 34 por ciento fue indicado al hijo/a y el 66 por ciento a algún otro miembro de la familia o alguna persona fuera del entorno familiar. Y por último en violencia sexual, el 40 por ciento fue violentado por algún familiar, mientras que el 60 por ciento restante, por alguna persona fuera del entorno familiar, como un vecino/a, amigo/a, desconocido/a, entre otros.

Estos resultados estarían de acuerdo en parte con las formas más frecuentes reportadas en los estudios sobre violencia en este grupo poblacional, ya que éstos señalan como primera forma de violencia el abandono y en segundo lugar la violencia psicológica, y finalmente, la violencia física.

#### AUTOEVALUACIÓN:



- ▶ ¿Qué he aprendido en esta sesión?
- ▶ ¿Qué es lo que me ha parecido más difícil de aprender de la violencia contra los adultos mayores?
- ▶ ¿Qué más necesito aprender y modificar en mis actitudes hacia la violencia contra los adultos mayores?

15 MIMP - PNCVFS. Boletines y Resúmenes estadísticos. Casos atendidos por violencia familiar y sexual en los CEM a nivel Nacional. Personas adultas mayores.

### 1.1.6. FEMINICIDIO

En el Perú, el término Femicidio se incorpora por primera vez en el Plan Nacional Contra la Violencia Hacia la Mujer del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2009-2015). En él se le define como<sup>16</sup>:



*“Homicidio de mujeres en condiciones de discriminación y violencia basada en género” cometido por cualquiera de las personas comprendidas en la ley de protección frente a la violencia familiar (26260): por la pareja o ex pareja de la víctima, conviviente, ex conviviente, ascendientes, descendientes, parientes colaterales hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad; quienes habitan en el mismo hogar, siempre que no medien relaciones contractuales o laborales; quienes hayan procreado hijos/as en común, independientemente que convivan o no al momento de producirse la violencia o alguna persona desconocida por la víctima”.*

Al respecto cabe señalar que el concepto fue incorporado en el Código Penal peruano en diciembre del 2011, como un agravante del delito de parricidio. A partir de la Ley N° 29819 que modifica y amplía el artículo 107 del Código Penal, incorporando el delito de Femicidio, como sigue:

#### **Artículo 107. Parricidio / Femicidio**



*“El que, a sabiendas, mata a su ascendiente, descendiente, natural o adoptivo, o a quien es o ha sido su cónyuge, su conviviente, o con quien esté sosteniendo o haya sostenido una relación análoga será reprimido con pena privativa de libertad no menor de quince años. La pena privativa de libertad será no menor de veinticinco años, cuando concurren cualquiera de las circunstancias agravantes previstas en los numerales 1, 2, 3 y 4 del artículo 108. Si la víctima del delito descrito es o ha sido la cónyuge o la conviviente del autor o estuvo ligada a él por una relación análoga, el delito tendrá el nombre de Femicidio”<sup>17</sup>*

Eso significaba que en Perú, “quien a sabiendas, mata... a su cónyuge, su conviviente, o con quien esté sosteniendo o haya sostenido una relación análoga” se enfrenta a una pena mínima de 15 años de cárcel, es decir, la Ley 29819 solo tipificaba como Femicidio el asesinato de una mujer por parte de su esposo, pareja o ex pareja.

#### **Artículo 108-B. Código Penal- Femicidio**



*Será reprimido con pena privativa de libertad no menor de quince años el que mata a una mujer por su condición de tal, en cualquiera de los siguientes contextos:*

1. *Violencia familiar;*
2. *Coacción, hostigamiento o acoso sexual;*
3. *Abuso de poder, confianza o de cualquier otra posición o relación que le confiera autoridad al agente;*
4. *Cualquier forma de discriminación contra la mujer, independientemente de que exista o haya existido una relación conyugal o de convivencia con el agente.*

*La pena privativa de libertad será no menor de veinticinco años, cuando concurren cualquiera de las siguientes circunstancias agravantes:*

1. *Si la víctima era menor de edad;*
2. *Si la víctima se encontraba en estado de gestación;*

16 Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables. *Plan Nacional contra la Violencia hacia la mujer 2009 – 2015: Femicidio.*

17 Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables-Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual Intervención Profesional frente al Femicidio. *Aportes desde los CEM para la atención y prevención.* Lima: MIMP-PNVFS.

3. Si la víctima se encontraba bajo cuidado o responsabilidad del agente;
4. Si la víctima fue sometida previamente a violación sexual o actos de mutilación;
5. Si al momento de cometerse el delito, la víctima padeciera cualquier tipo de discapacidad;
6. Si la víctima fue sometida para fines de trata de personas;
7. Cuando hubiera concurrido cualquiera de las circunstancias agravantes establecidas en el artículo 108.

La pena será de cadena perpetua cuando concurren dos o más circunstancias agravantes.

Asimismo y gracias a los cambios normativos que contribuyen a mejorar el acceso a la justicia de las mujeres, el 18 de julio del 2013, se aprobó la Ley N° 30068, que modifica el artículo 107 del Código Penal e incorpora el delito de feminicidio como delito autónomo en el artículo 108-B, agravando las penas por ese delito. Así, se incorpora el homicidio de mujeres incluso cuando el autor no sea el esposo o pareja de la víctima.

Como instrumento que permite contabilizar y visibilizar las muertes de las mujeres en contextos de violencia familiar, violencia sexual y discriminación, desde el 2009, se cuenta con el Registro de Feminicidio (MIMP), y el Registro de Feminicidio del Observatorio de la Criminalidad del Ministerio Público.



**CONCLUSIÓN:**

El Feminicidio se refiere al “homicidio de mujeres en condición de discriminación y violencia basados en el género” representa la manifestación más cruel que adopta violencia contra la mujer y constituye un grave problema psicosocial.



**LECTURA COMPLEMENTARIA:**

Feminicidio bajo la lupa<sup>18</sup>.



**INSTRUMENTOS:**

Emplear la siguiente encuesta para evaluar nuestras actitudes hacia el Feminicidio:

Afirmaciones	Sí	No
Si ha ocurrido un Feminicidio es porque la mujer lo ha buscado.		
Una más que matan, qué importa.		
Con seguridad ella ha tenido que ver en que lo ha provocado.		
Como es un Feminicidio de una anciana, es posible que necesitara su dinero.		
Seguro que la adolescente dormía desnuda y lo provocó, no se dejó y la mató		

(Respuesta: Si responde NO a todas las afirmaciones, entonces, no está involucrado (a) o tiene una actitud negativa, si contestó SI a 4 o 5 afirmaciones presenta una actitud “blanda” frente al Feminicidio).

18 Bardales, O. y Vásquez, H. (2012). *Feminicidio bajo la lupa*. Lima: MIMP, 138p.



## ACTIVIDAD 6

### Analice los casos de Femicidio y Tentativa de Femicidio través de los registros de atenciones de los CEM a nivel nacional 2009-2015<sup>19</sup>

Los registros de mujeres víctimas de Femicidio y tentativas registrados por los CEM del MIMP, considerando como tentativa a las mujeres sobrevivientes al Femicidio, muestran que en el año 2009, se registraron un total de 203 casos (139 de Femicidio y 64 de tentativa); en el 2010 un total de 168 casos (121 de Femicidio y 47 de tentativa); en el 2011 un total de 159 casos (93 de Femicidio y 66 de tentativas); en el 2012 un total de 174 casos (83 de Femicidio y 91 de tentativas); en el 2013 un total de 282 casos (131 de Femicidio y 151 de tentativas); en el 2014 un total de 282 casos también (96 de Femicidio y 186 de tentativas), notándose en estos dos últimos años un aumento de aproximadamente 100 casos en comparación a los años anteriores. Por su parte, de lo que va entre enero a febrero del 2015, ya se tienen registrados 42 casos (17 casos de Femicidio y 25 de tentativas).

Las regiones con mayor número de casos de Femicidio y/o tentativas acumulado del 2009 al 2015, son: Lima, Ancash, Ayacucho, Cajamarca y Junín. Así mismo, se observa un porcentaje muy superior de casos provenientes de la zona urbana.

A continuación, las características encontradas en las víctimas y agresores de los casos de Femicidio y tentativa de enero a diciembre del 2014, así como los motivos expresados por los agresores. Llama la atención como los celos más la infidelidad, son las situaciones que mayormente motivaron a cometer estos actos, lo cual también se detectó en años anteriores.

### PERFIL DE LAS VÍCTIMAS Y LOS AGRESORES

De casos de Femicidio y tentativa (Ene-Dic. 2014)

#### PERFIL DE LAS VÍCTIMAS

- 88% Mujer adulta.
- 61% adultas entre 18 a 35 años.
- 73% de 1 a 3 hijos con el agresor.
- 4% estaba embarazada.
- 56% es pareja y 27% ex pareja del agresor.
- 69% proceden de zona urbana.

#### PERFIL DE LOS AGRESORES

- 89% Hombre adulto.
- 79% entre 18 a 45 años.
- Conducta violenta.
- Justifican su accionar principalmente por celos 51%.
- 57% planeó el ataque.
- 55% lo hizo con crueldad.
- 63% empleo la modalidad de golpes y 35% la asfixia.

19 MIMP - PNCVFS (2015). Estadísticas sobre Femicidio. *Resumen estadístico de Casos de Femicidio y Tentativa de Femicidio a nivel nacional.*



**CASOS DE FEMINICIDIO Y TENTATIVAS DE FEMINICIDIO**

Según motivo (Enero a Diciembre, 2014)

Motivo	Feminicidio	Tentativa		%
Celos	36	109	145	51%
Infidelidad víctima	4	16	20	7%
Decide separarse	30	76	106	38%
Rechazo/Negación a ser pareja	4	25	29	10%
Venganza	2	5	7	2%
Víctima lo demanda o denuncia	4	11	15	5%
Víctima que se va de la casa	1	3	4	1%
Víctima inicia nueva relación	1	3	4	1%
Otros	40	36	76	27
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>186</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>

Fuente: Registro de Feminicidio y tentativas MIMP (Enero a Diciembre 2014)

\*Puede haber más de un motivo por parte de la persona agresora en el ataque.

**AUTOEVALUACIÓN:**



- ▶ ¿Cuál es su análisis respecto al perfil de las víctimas de Feminicidio y tentativa de Feminicidio?
- ▶ ¿Cuál es su análisis respecto al perfil de los agresores de Feminicidio y tentativa de Feminicidio?
- ▶ ¿Cuál es su análisis respecto a los motivos de Feminicidio y tentativa de Feminicidio?

### 1.1.7. VIOLENCIA SEXUAL



Según el concepto estructurado por el Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual PNCVFS del MIMP, la violencia sexual se define como:

*“La acción que obliga a una persona a mantener contacto sexualizado físico o verbal, a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considera violencia sexual la obligación de realizar alguno de estos actos con terceras personas”.*

*Incluye las siguientes formas<sup>20</sup>: Acoso sexual, violación (acceso carnal por vía vaginal, anal, bucal o introducción de objetos o partes del cuerpo), ofensas al pudor (exhibiciones, gestos o miradas obscenas), actos contra el pudor (realizar u obligar a personar a efectuar sobre si misma o tercero tocamientos, explotación sexual (proxenetismo, ESCI, turismo sexual, pornografía).*



#### **CONCLUSIÓN:**

*“Nos referimos a la violencia sexual, cuando una persona es obligada a mantener contacto sexualizado, físico o verbal”.*



#### **LECTURA COMPLEMENTARIA:**

*Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual. Estadísticas sobre Violencia. Resumen Estadístico de Casos de Violencia Sexual a nivel Nacional, 2013-2014.*

---

<sup>20</sup> Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. *Ficha de registro de casos del centro emergencia mujer.* Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual. Lima: PNCVFS.



### ACTIVIDAD 7

**Analice los registros de atenciones de los casos de Violencia Sexual de los CEM a nivel nacional, 2013-2014<sup>21</sup>**

El número de casos en el 2013, atendidos en los CEM por violencia sexual, suman un total de 5,550. Dentro de la población afectada 4,265 fueron niños/as y adolescentes varones y mujeres entre los 0 a 17 años, 1,245 fueron personas adultas entre 18 y 59 años y 40 fueron personas adultas mayores. Así mismo, del total de los casos, 3,140 fueron víctimas de violación sexual y 40 de explotación sexual (Proxenetismo).

Por su parte, durante el año 2014 se registraron 5,727 casos por violencia sexual equivalentes al 11 por ciento del total de casos de violencia atendidos. De éstos, 3,149 han sido por violaciones sexuales y 33 por explotación sexual (Proxenetismo). Cabe destacar lo doloroso que resulta la violación sexual de niños, niñas y adolescentes (0 a 17 años) representa un 78% del total de todos estos casos de violencia sexual.

#### NÚMERO DE CASOS NUEVOS Y REINCIDENTES DE VIOLENCIA SEXUAL

Según edad, 2014

Total	0-5	6-11	12-17	18-25	26-35	36-45	46-59	60 +
5,727	337	1,514	2,631	630	304	181	91	39

#### NÚMERO DE CASOS NUEVOS Y REINCIDENTES DE VIOLENCIA SEXUAL Y ESTADO DE LA PERSONA AGRESORA EN LA ÚLTIMA AGRESIÓN, 2014

Total	Sobrio	Efectos de Alcohol	Efectos de Drogas	Ambos	Otro	N/E
5,727	4,837	804	27	19	14	26

#### AUTOEVALUACIÓN:



- ▶ ¿A qué reflexión le lleva las cifras de violación sexual de niñas, niños y adolescentes en el Perú, registradas en el presente año?
- ▶ ¿A qué reflexión le lleva las cifras de violación sexual de personas adultas mayores en el Perú?
- ▶ ¿Qué más necesito aprender para fortalecer mis conceptos, habilidades y capacidades para prevenir la violencia sexual?

21 Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual. Estadísticas sobre Violencia Sexual. Resumen Estadístico de Casos de Violencia Sexual a nivel nacional, 2013-2014.

## 1.2 CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS<sup>22</sup>

### OBJETIVO:



Definir los conceptos básicos sobre el consumo de drogas

### 1.2.1. DEFINICIONES



#### ¿QUÉ SON LAS DROGAS?

Toda sustancia que introducida al organismo vivo puede modificar una o más de las funciones de éste y es capaz de generar dependencia. Dentro de este concepto amplio se incluyen las sustancias socialmente aceptadas, las ilícitas, las folklóricas y los productos industriales.



#### ¿QUÉ SON SUSTANCIAS PSICOACTIVAS?

Un grupo específico de sustancias, llamadas así por sus efectos inmediatos y mediatos sobre el sistema nervioso central. Como consecuencia de estos efectos pueden ser estimulantes, depresores o distorsionadores de las funciones cerebrales.



#### ¿QUÉ ES LA TOLERANCIA?

Se refiere a la necesidad de aumentar la cantidad de droga consumida para obtener los mismos efectos. Es cuando la persona debe incrementar la dosis para conseguir la misma sensación deseada, con mayor probabilidad de generar dependencia.



#### ¿QUÉ ES LA DEPENDENCIA?

Es la relación que se establece entre el individuo y la sustancia que lo lleva a desencadenar un impulso incontrolable por consumir determinada sustancia, en forma continua y periódica. En general se señalan 4 etapas que seguiría el proceso de la dependencia: experimental, ocasional/social, habitual y compulsiva.



#### ¿QUÉ ES LA DEPENDENCIA FÍSICA?

Se refiere a la necesidad de droga del usuario para continuar tomando la droga ya que parar de hacerlo abruptamente ocasiona el establecimiento de ciertos síntomas adversos. Al dejar la heroína por ejemplo, tales síntomas incluye náuseas y vómitos, calambre, diarrea, dolor de los músculos y articulaciones, fiebre, escalofrío, y una sensación general de malestar corporal. En otras palabras, la dependencia física refleja la necesidad del individuo por una droga lo y que evite dejarla.



#### ¿QUÉ ES LA DEPENDENCIA PSICOLÓGICA?

Es comúnmente referida a las conductas complejas y motivaciones psicológicas de individuos quienes continúan buscando la droga. Para los/as usuarios/as de cocaína, por ejemplo, la dependencia psicológica puede ser vista en las conductas asociadas con ubicar un abastecedor y estar seguro de tener un abastecedor a la mano. Para personas adictas a las benzodiazepinas (p.e., valium), tal dependencia puede ser manifestada en la creencia que no están listos para funcionar a menos que ingieran la droga. Aquellas drogas que tienen altas cualidades reforzantes experimentadas por el usuario, son aquellas que producen la más alta dependencia psicológica. Además, ésta dependencia es asociada con la frecuencia

<sup>22</sup> Adaptado del manual de intervención (DEVIDA, 2010)

o regularidad del uso de la droga, en otras palabras existe mucha conducta ritualista inherente al uso de la droga (Ray & Ksir, 1989).



**¿QUÉ ES EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA?**

Conjunto de síntomas y signos de naturaleza psíquica y física que emerge después de la interrupción del consumo y que son característicos para cada tipo de droga.



**¿QUÉ ES LA CONDUCTA ADICTIVA?**

Caracterizada por un fuerte deseo o compulsión para una conducta, asociado a un menoscabo en el control y la persistencia del comportamiento, a pesar de existir claras evidencias.



**¿QUÉ ES LA APETENCIA?**

Deseo de experimentar los efectos de una SPA, previamente probada.



**¿QUÉ ES EL FLASHBACK?**

Pensamientos y/o recuerdos fugaces vinculados al consumo de sustancias psicoactivas y que en algunos casos va acompañado de intensa emoción.



**¿QUÉ ES EL CRAVING?**

Respuesta fisiológica intensa emergente desde el cese del consumo de la sustancia psicoactiva.



**¿QUÉ ES EL POLICONSUMO?**

Uso combinado de distintas drogas durante un mismo período de tiempo. Esta pauta multiplica los riesgos asociados al consumo de diversas sustancias.



**¿QUÉ ES EL USO DE DROGAS?**

Es aquella relación con las drogas en la que, tanto por su cantidad, como por su frecuencia y por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se producen consecuencias negativas, sobre el consumidor ni sobre su entorno.



**¿QUÉ ES EL ABUSO DE DROGAS?**

Es el uso excesivo o repetido de una sustancia, convirtiéndose en un patrón patológico de consumo manifestado por consecuencias significativas y recurrentes, poniendo en peligro la salud de la persona en cualquiera de sus aspectos físicos, psicológico, familiar y laboral.



**¿QUÉ ES LA DROGODEPENDENCIA?**

Es un síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento, en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes.



**¿QUÉ ES LA COADICCIÓN O CODEPENDENCIA?<sup>23</sup>**

Significa ser adicto al adicto, es decir, que la vida emocional de el/la coadicto/a depende de las oscilaciones emocionales de el/la adicto/a. Si él está bien, yo estoy bien, pero si está mal... no puedo pensar en otra cosa que en intentar ayudarlo.

Por eso los familiares se pasan años intentando portarse bien, cuidar, mimar y adaptarse al adicto, porque interiormente creen ser los culpables de la situación, sobre todo los niños/as y los cónyuges.

**CARACTERÍSTICAS DE EL/LA COADICTO/A<sup>24</sup>**

**a. Permisividad**

Facilita la adicción, proveyendo de dinero, disculpando, rompiendo reglas, perdonando, manipulando, justificando y mintiendo para proteger al adicto.

23 Coadicción o codependencia. (s.f.)

24 Contradrogas. (1999). *Programa de Capacitación para comunidades terapéuticas*. Lima: Fondo Editorial Contradrogas.

### **b. Ignorancia**

Desconoce la naturaleza de la enfermedad y al creer que se trata de un vicio se siente culpable y quiere ayudar a cambiar la situación.

### **c. Pobre autoimagen**

Su estado de ánimo depende de lo que pueda hacer o no por el adicto, en si puede controlarlo o no, dejando de lado sus gustos, deseos y necesidades personales. Vive por el otro, descuidándose de sí misma. Además puede acostumbrarse a las altas y bajas emocionales diarias, que puede resultarle difícil vivir una vida emocional sana que lo impulsan en ocasiones a boicotear los intentos de cambio de el/la adicto/a.

### **d. Propensión a padecer enfermedades relacionadas al estrés**

Padece de dolores de cabeza, migrañas, úlceras, presión alta, depresión, trastornos del sueño, desconfían, se sienten culpables, se irritan y tienen miedo.

## **INDICADORES DE EL/LA COADICTO/A**

1. Invierte tiempo y energías intentando controlar las conductas del adicto, frustrándose al obtener resultados adversos.
2. No busca tratamiento ni apoyo, permaneciendo durante periodos largos de tiempo (más de un año) en relación íntima con el adicto.
3. Posterga sus propias necesidades y deseos para atender los de la persona adicta.
4. No presenta patología específica, pero si trastornos de afectividad, ansiedad, pánico y rasgos obsesivos compulsivos.
5. Después de estar tres o más meses con la persona adicta, presenta por lo menos cinco de las siguientes características:
  - ▶ Trastorno en el sueño, en alimentación y estado de ánimo.
  - ▶ Asume las responsabilidades por la persona adicta.
  - ▶ Encubre y protege.
  - ▶ Controla y esconde el dinero, las bebidas alcohólicas y a tener vida sexual con la persona adicta.
  - ▶ Demanda y exige al adicto para que disminuya o pare su comportamiento, a pesar de las claras evidencias de fracaso.
  - ▶ Se siente herido, deprimido, solo, enojado, frustrado y con culpa.
  - ▶ Se incrementan y agravan sus problemas físicos y/o psicossomáticos previos, como los dolores de cabeza, tensiones musculares, trastornos gástricos, hipertensión arterial, etc.
  - ▶ Se aleja de sus amistades y entorno social por temor, vergüenza.
  - ▶ Situaciones similares ocurridas con sus padres.
  - ▶ Tolera abusos físicos y emocionales provenientes de la persona adicta.

## **AUTOEVALUACIÓN:**



- ▶ ¿Qué he aprendido en esta sesión?
- ▶ ¿Qué es lo que me ha parecido más difícil de aprender?
- ▶ ¿En qué momento debo realizar la aplicación de estos conceptos?

### 1.2.2. CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS



Por su aceptación o prohibición en la sociedad se clasifican en:

**A. Drogas legales:** Son las aceptadas y permitidas socialmente como;

- ▶ Alcohol
- ▶ Tabaco
- ▶ Café
- ▶ Té

**B. Drogas ilegales:** Son las no permitidas socialmente como;

- ▶ Marihuana
- ▶ Pasta Básica de Cocaína
- ▶ Clorhidrato de Cocaína
- ▶ Heroína
- ▶ Drogas de diseño (entre ellas el éxtasis)

**C. Drogas folklóricas:** Son aquellas cuyo uso es cultural en determinados grupos étnicos y se utilizan con fines curativos, mágicos y religiosos.

- ▶ San Pedro
- ▶ Ayahuasca
- ▶ Hoja de Coca

**D. Productos industriales:** Son sustancias utilizadas para uso médico, industrial o doméstico, pudiendo ser clasificadas en inhalantes y medicamentos.

- ▶ **Inhalantes.** Elementos que al ser inhalados o absorbidos llegan a los pulmones, afectando también al Sistema Nervioso Central. Entre ellos tenemos: pegamentos (terokal), gasolina, kerosene, lejía, pinturas, etc.
- ▶ **Medicamentos.** Estos al ser usados indiscriminadamente, sin receta médica, pueden ser peligrosos para la salud. Pueden ocasionar intoxicación, sobredosis y otras consecuencias negativas en el organismo, pudiendo generar dependencia por ejemplo las anfetaminas, benzodiacepinas, etc.



Por sus efectos sobre el sistema nervioso se pueden clasificar en<sup>25</sup>:

Drogas Estimulantes (aumentan la sensibilidad del sistema nervioso)	Drogas Depresoras (insensibilizan el sistema nervioso)	Drogas Perturbadoras o Alucinógenas
<p><b>Estimulantes mayores:</b> cocaína PBC anfetaminas broncodilatadores</p> <p><b>Estimulantes menores:</b> nicotina cafeína</p>	<p>Alcohol.</p> <p><b>Inhalantes:</b> Terokal, gasolina, bencina</p> <p><b>Tranquilizantes:</b> pastillas para calmar la ansiedad.</p> <p><b>Hipnóticos (Sedantes):</b> pastillas para dormir.</p> <p><b>Anestésicos:</b> pastillas para calmar el dolor o malestar</p> <p><b>Opiáceos:</b> heroína, morfina, metadona, etc.</p>	<p><b>Derivados del cannabis:</b> hachís, marihuana, etc.</p> <p>LSD</p> <p>Ayahuasca</p> <p><b>Drogas de síntesis:</b> éxtasis, etc.</p>

25 Guía de las Drogas y sus Efectos. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. España: PND.

**CONCLUSIÓN:**

*“Se han clasificado las drogas según la codificación sociocultural de consumo y según los efectos que produce en el sistema nervioso. Es importante conocer y manejar dichas clasificaciones para poder identificar y determinar en los casos el tipo de droga consumida, según los efectos que se presentan en el consumidor”.*

**EJEMPLO:**

*“A los 16 años me relacioné a través de la música con chicos que se drogaban y me invitaban a que lo hiciera. “Ven y fuma me decían” y por primera vez la probé. Recuerdo que reía y reía, después caí en depresión y paranoia, imaginando que ellos me iban a violar, me fui corriendo drogada a mi casa”<sup>26</sup>*

**LECTURA COMPLEMENTARIA:**

*Las drogas y el Sistema Nervioso Central<sup>27</sup>*

---

26 Testimonios sobre el mundo de las drogas. (s.f.).

27 Información básica sobre drogas. (s.f.).





### ACTIVIDAD 8

¿Cuánto conozco sobre la clasificación de las drogas?

1. Esquematice la clasificación de las drogas por su aceptación o prohibición en la sociedad.

LEGALES	ILEGALES	FOLKLÓRICAS	INDUSTRIALES

2. Investigue y desarrolle el siguiente esquema:

DROGAS	DEFINICIÓN	SEÑALES DE SU USO	EFFECTOS A LARGO PLAZO
¿Qué son drogas ESTIMULANTES?			
¿Qué son drogas DEPRESORES?			
¿Qué son drogas PERTURBADORAS?			

#### AUTOEVALUACIÓN:



- ▶ ¿Clasifico las principales drogas por su aceptación o prohibición en la sociedad?
- ▶ ¿Clasifico las drogas por sus efectos en el sistema nervioso central?
- ▶ ¿Valoro lo aprendido porque me ayuda a tener una mejor comprensión del consumo de drogas?

### 1.2.3 CARACTERÍSTICAS DEL ALCOHOL Y LAS PRINCIPALES DROGAS DE CONSUMO



#### ¿Qué es el ALCOHOL?

El alcohol etílico o etanol es una droga depresora del sistema nervioso central, que produce diferentes grados de afectación en el organismo, de acuerdo a una serie de variables: concentración de la misma, cantidad ingerida, tiempo de consumo, características personales biológicas y psicológicas de quien la consume, entre otras. Por ser legal, es la droga más usada en nuestro país y su consumo abusivo o dependiente es un serio problema de salud pública.

Los **EFFECTOS** dependen de diversos factores:<sup>28</sup>

- ▶ La edad (beber alcohol mientras el organismo todavía se encuentra madurando es especialmente nocivo).
- ▶ El peso (afecta de modo más severo a las personas con menor masa corporal).
- ▶ El sexo (por factores fisiológicos, la tolerancia femenina es, en general, menor que la masculina).
- ▶ La cantidad y rapidez de la ingesta (a más alcohol en menos tiempo, mayor intoxicación).
- ▶ La combinación con bebidas carbónicas (tónica, coca-cola, etc.), que aceleran la intoxicación.

#### Alcohol ¿Cuándo es demasiado?

Es conocido a nivel internacional, y nuestro país no escapa a esta realidad, que como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 50% de la morbilidad vinculada a los accidentes de tránsito está asociada al consumo de alcohol.

El alcohol hace que quien conduce deteriore marcadamente su función psicomotora y la capacidad para conducir con seguridad, ya que disminuyen las funciones cognitivas, perceptivas y motoras de manera que en cuanto mayor es el consumo, mayor es la pérdida de estas funciones. Se dispone de gran cantidad de datos e investigaciones sobre la pérdida de habilidad motora bajo la influencia del alcohol.

Según la OMS, no hay una cantidad por debajo de la cual no existan riesgos; por eso recomienda: Alcohol cuanto menos mejor.

Tipo de bebida	Porcentaje de alcohol en las bebidas alcohólicas
Cerveza	4 a 5%
Vino	11 a 14%
Pisco	38 a 45%
Ron, tequila y Vodka	35 a 45%
Coñac, whisky y Gin	40 a 45%

Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud sostiene que un conductor que bebe antes de manejar, tiene 17 veces más riesgo de tener un choque fatal.

En el Perú<sup>29</sup> el límite del consumo de alcohol permitido es de **0,25 gramos por litro** para conductores/as de transporte público de pasajeros/asL, mercancías o cargas y de **0,5 m/g gramos por litro** de sangre en el caso de vehículos particulares, lo que equivale a una copa de vino o tres vasos de cerveza.

28 *Guía las Drogas y sus Efectos*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. España: PND.

29 El Comercio.pe. Reducen límite permitido de alcohol para conductores de transporte público

Sin embargo, no debemos olvidar que estas cifras dependen de la masa corporal, peso, sexo, edad y estado de salud de la persona, por tanto no es confiable y es mejor evitar el alcohol por completo si va a manejar. De hecho con niveles de **0.15-0.2 gramos por litro** de alcohol en la sangre ya empieza a observarse deterioro de la función psicomotora, y existe un mayor riesgo de accidente.

Los efectos dependen de la cantidad de alcohol presente en la sangre (tasa de alcoholemia, medida en gramos por litros de sangre):<sup>30</sup>

- ▶ 0,5 g/l: euforia, sobrevaloración de facultades y disminución de reflejos.
- ▶ 1 g/l: desinhibición y dificultades para hablar y coordinar movimientos.
- ▶ 1,5g/l: embriaguez, con pérdida del control de las facultades superiores.
- ▶ g/l: descoordinación del habla y de la marcha, y visión doble.
- ▶ g/l: estado de apatía y somnolencia.
- ▶ g/l: coma.
- ▶ g/l: muerte por parálisis de los centros respiratorios y vasomotores.

### ¿Qué daños físicos y psicológicos inmediatos puede causar?

#### **Aparato Digestivo**

- Irritación de la mucosa digestiva
- Gastritis aguda y crónica (a veces hemorrágica)
- Inflamación del hígado

#### **Aparato Cardiovascular**

- Hipertensión arterial, arritmias, taquicardia, ahogos y puede llevar a la muerte.

#### **Sistema Nervioso Central**

- Inhibe centros funcionales, afectando el comportamiento habitual de la persona.

#### **Efectos psicológicos:**

- Al inicio euforia y desinhibición
- Dificultad para hablar
- Torpeza en los movimientos y descoordinación
- Somnolencia y tristeza proclive al llanto
- Juicio alterado y pérdida del autocontrol
- Visión doble y confusión

### ¿Qué daños físicos y psicológicos inmediatos puede causar?

#### **Sistema Nervioso y trastornos psiquiátricos:**

- Encefalopatías (hemorragias, atrofia cerebral, parálisis, alteraciones de conciencia y demencia).
- Neuropatías, ataques epilépticos
- Intoxicación etílica
- Depresión mayor
- Alucinosis alcohólica y psicosis paranoide
- Delirium tremens

#### **Aparato Reproductor:**

- Infertilidad, disminución del impulso sexual, impotencia
- Atrofia testicular
- Alteración hormonal (obesidad y envejecimiento precoz)

30 *Guía las Drogas y sus Efectos*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. España: PND.

**Aparato Digestivo:**

- Cánceres de colon, recto y gástrico.
- Hepatitis aguda, cirrosis hepática, hígado graso, cáncer del hígado.
- Pancreatitis aguda y crónica.
- Úlcera gastro duodenal.

**Sistema Cardiovascular:**

- Agrava enfermedades cardiovasculares (insuficiencia cardiaca, enfermedad coronaria, entre otros).
- Miocardiopatía alcohólica (corazón grande).

**Daños durante el embarazo:**

- Retraso mental, hiperactividad.
- Malformaciones cerebrales (cabeza grande o pequeña), de la cara, corazón, huesos, columna vertebral, etc. Esto se conoce como Síndrome alcohólico fetal.
- Aborto espontáneo, muerte intrauterina, retardo de crecimiento pre/post natal, entre otros.

**Efectos psicológicos:**

- Trastornos de conducta.
- Deterioro de la memoria, presentando lagunas mentales por ejemplo: no recuerda algunas situaciones o cómo llegó a casa.
- Insomnio.
- Conducta suspicaz y persecutoria.

**Otras consecuencias:**

- Maltrato a cónyuge e hijos/as.
- Ruptura de pareja y familia.
- Manifestación de conductas de riesgo sexual (adquisición de ETS VIH/SIDA).
- Distracción de compañeros de labores.
- Alteraciones de roles y funciones en casa.
- Ausentismo y pérdida del empleo.
- Menor rendimiento y productividad.
- Accidentes de tránsito y otros.
- Alteración de relaciones con los compañeros.
- Violencia.
- Actos delictivos y alteración del orden.
- Menor participación en actividades sociales.

**¿Qué es el TABACO?**

Es una planta (*Nicotiana tabacum*) cuyo componente adictivo más importante es la nicotina. La nicotina es un alcaloide que actúa sobre el sistema nervioso central, produciendo efectos estimulantes y relajantes. La nicotina es considerada como la segunda droga más consumida en nuestro país y como una de las drogas que más muerte y costo social genera. Se presenta en diferentes variedades: cigarrillos, puros, pipas.

**¿Qué daños físicos y psicológicos inmediatos puede causar?****Sistema Nervioso Central:**

- Estimulación del SNC.
- Genera una sobrecarga de la capacidad de respuestas de las células nerviosas.
- Dolor de cabeza.

**Aparato Cardiovascular:**

- Incremento de la presión arterial y frecuencia cardiaca.

**Aparato Respiratorio:**

- Tos y disminución en la resistencia física.
- Expectoraciones y mal aliento.

**Aparato Digestivo**

- Acidez, ardores, gastritis.

**¿Qué daños físicos y psicológicos a largo plazo puede causar?**

**Sistema Digestivo:**

- Úlcera de estómago.
- Cáncer de boca, laringe, esófago.

**Aparato Cardiovascular:**

- Trombosis.
- Angina de pecho.
- Infartos.
- Insuficiencia cardiaca.

**Sistema Respiratorio:**

- Asma.
- Disminución de capacidad pulmonar.
- Bronquitis crónica.
- Enfisema pulmonar.
- Cáncer a los bronquios y pulmón.

**Otros efectos:**

- Riesgo de aborto espontáneo y mortalidad perinatal.
- Insomnio.
- Disminución del sentido del olfato y gusto.
- Cáncer de vejiga.
- Irritabilidad.
- Mala circulación sanguínea.
- Debilitamiento de los huesos (mayor riesgo de fracturas).
- Reducción del deseo sexual.



**¿Qué es la MARIHUANA?**

La marihuana es una planta (*cannabis sativa*) cuyo componente adictivo más importante es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), que pertenece al grupo de las drogas psicodélicas. A dosis baja y moderada, actúa como sedativo hipnótico, parecido al alcohol y a las benzodiazepinas y a dosis alta genera euforia y efectos alucinógenos. Los efectos de la droga dependen de la concentración de THC, la cual determina la potencia de la marihuana que es la droga ilegal más consumida en nuestro país.

**¿Qué daños físicos y psicológicos inmediatos puede causar?**

**Sistema Nervioso Central:**

- Depresión de la corteza cerebral.
- Interferencias en coordinación motora y equilibrio.
- Reflejos lentos y disminución para medir distancia y profundidad.

**Aparato Cardiovascular:**

- Aumento de la presión arterial y frecuencia cardíaca.
- Congestión de la conjuntiva, enrojecimiento y lagrimeo de los ojos.
- Dilatación pupilar.

**Efectos psicológicos:**

- Deterioro de la memoria.
- Pensamiento confuso.
- Distorsión de la percepción de los sonidos y colores.
- Alteración de la dimensión tempo-espacial.
- Sueño y relajación.
- Lagunas mentales.
- Risa inmotivada.

**¿Qué daños físicos y psicológicos a largo plazo puede causar?****Sistema Nervioso:**

- Disminución de la capacidad de reacción y concentración.
- Alteración de la sensopercepción (visión, audición y tacto) y el aprendizaje.

**Aparato Respiratorio:**

- Bronquitis crónica, cáncer y enfisema pulmonar.
- Faringitis, sinusitis y aumenta el riesgo de cáncer en boca, faringe y esófago.

**Trastornos endocrinológicos:**

- Inhibición sexual e infertilidad.
- Aumento del apetito.
- Disminución de la producción de espermatozoides.

**Sistema Inmunitario:**

- Disminuye la capacidad de formar defensas, lo que predispone mayor incidencia de infecciones.

**Daños durante el embarazo:**

- Bajo peso en el recién nacido.
- Malformaciones congénitas (defectos físicos).

**Efectos psicológicos:**

- Síndrome amotivacional (desinterés por la vida, apatía, lentitud en movimientos, sin energías, pensamiento confuso, etc.).
- Trastornos severos de comportamiento.
- Depresión.
- Reacción de pánico.
- Ideas de persecución.
- Alucinaciones auditivas.

**¿Qué es la PASTA BÁSICA DE COCAÍNA (P.B.C)?**

Es un producto intermedio en la elaboración del clorhidrato de cocaína. Es un alcaloide impuro extraído de la hoja de coca (*erythroxylum coca*), que contiene muchos tóxicos dañinos para el organismo, ya que para su elaboración se utilizan sustancias como el kerosene y ácido sulfúrico, entre otros. Esta droga clasificada como estimulante del sistema nervioso central, tiene un alto potencial adictivo. Los/as consumidores/as de PBC la fuman mezclada con tabaco o marihuana.

**¿Qué daños físicos y psicológicos inmediatos puede causar?**

**Aparato Cardiovascular:**

- Aumento de la presión arterial, taquicardia.
- Palidez.

**Aparato Digestivo:**

- Disminución del apetito y pérdida de peso.
- Excesiva necesidad de orinar y defecar.

**Aparato Respiratorio:**

- Aumento del ritmo respiratorio.

**Efectos psicológicos:**

- Alteración de la percepción de las distancias y del tiempo.
- Sensación de claridad mental y ligereza física.
- Aceleración del pensamiento.
- Agitación motora.
- Ideas de persecución.

**¿Qué daños físicos y psicológicos a largo plazo puede causar?**

**Aparato Cardiovascular:**

- Muerte por paro cardíaco.
- Lesión del corazón.

**Aparato Respiratorio:**

- Broncoespasmos.
- Paro respiratorio.

**Sistema Nervioso Central:**

- Infarto cerebral.
- Lesión orgánica irreversible.

**Efectos Psicológicos:**

- Alucinaciones visuales, auditivas, cutáneas, olfativas.
- Disminución de la memoria y capacidad de concentración.
- Desorientación y confusión.
- Pensamiento y lenguaje incoherente.
- Manifestación de conductas agresivas y violentas.
- Sensación de angustia y ansiedad.
- Depresión.
- Pérdida del deseo sexual.

**Otros efectos:**

- Insomnio
- Excesiva necesidad de orinar y defecar.
- Debilidad muscular.
- Sudoración o escalofríos.
- Inmunodeficiencias y enfermedades infecciosas.
- Desnutrición y deterioro físico.
- Actos violentos y delictivos.
- Mayor riesgo de accidentes.



### ¿Qué es el CLORHIDRATO DE COCAÍNA?

Es un alcaloide que se obtiene de la planta de coca (*Erythroxylum coca*). Es un potente estimulante del sistema nervioso central. La cocaína es también una droga altamente adictiva que origina una intensa euforia y sensación de energía breve, disminuyendo la sensación de cansancio y apetito. Estas sensaciones van seguidas por una profunda depresión y un sentimiento de vacío, lo cual impulsa a que los/as consumidores/as deseen otra “subida” (sentir intensa energía y euforia) generando una intensa compulsión a continuar el consumo. Las formas de uso de esta droga son: la inhalación por vía nasal (aspirándola), la inhalación por vía pulmonar (fumándola mezclada con tabaco, marihuana o pura como “crack”) y por vía intravenosa.

### ¿Qué daños físicos y psicológicos inmediatos puede causar?

#### **Sistema Nervioso Central:**

- Estimulante del SNC generando lesiones orgánicas irreversibles.
- Inquietud y agitación.
- Convulsiones.

#### **Aparato Cardiovascular:**

- Aumento de la presión arterial, arritmia.
- Aumento de la temperatura basal.
- Midriasis (dilatación de la pupila y mayor sensibilidad a la luz).

#### **Aparato Respiratorio:**

- Tos, disnea, edema agudo del pulmón, hemoptisis.
- Aumento del ritmo respiratorio llegando al paro respiratorio por sobredosis.

#### **Efectos psicológicos:**

- Euforia.
- Aparente sensación de lucidez intelectual.
- Alucinaciones visuales, auditivas y táctiles.
- Agitación motora.
- Disminución de la fatiga.
- Aceleración del pensamiento.

### ¿Qué daños físicos y psicológicos a largo plazo puede causar?

#### **Aparato Cardiovascular:**

- Cardiopatía isquémica.
- Infarto al miocardio, colapsos cardio circulatorios.
- Necrosis y perforación del tabique nasal.

#### **Sistema Nervioso:**

- Daño cerebral irreversible.

#### **Daño en el embarazo:**

- Malformación congénita.
- Recién nacido prematuro.
- Retardo en el crecimiento intrauterino.

#### **Efectos psicológicos:**

- Desgano, cansancio.
- Alteraciones de la percepción y el juicio.
- Depresión.



- Irritabilidad e intranquilidad.
- Comete agresiones y delitos.
- Disminución del deseo sexual e impotencia.
- Manifestaciones de conductas violentas y agresivas
- Paranoia (obsesión de estar vigilado y perseguido)

**Otros efectos:**

- Disminución del hambre y sueño
- Erosiones y úlceras en la mucosa nasal
- Bajo peso



**¿Qué es la HEROÍNA?**

Es un derivado semisintético del opio (*Papaver somniferum*). Es un poderoso analgésico narcótico, clasificado dentro de los depresores del sistema nervioso central. Esta droga tiene un gran poder adictivo, cuyo efecto es sedativo aliviando la tensión, ocasionando adormecimiento, sensación de bienestar y calma. La forma de consumo puede ser inyectada, fumada o inhalada.

**¿Qué daños físicos y psicológicos inmediatos puede causar?**

**Aparato Digestivo:**

- Estreñimiento, náuseas, alteración del ciclo del hambre

**Aparato Cardiovascular:**

- Tensión arterial
- Aumento de la vasodilatación periférica
- Midriasis (dilatación de las pupilas)

**Aparato Respiratorio:**

- Depresión respiratoria por dosis elevadas
- Colapso cardiorespiratorio

**Sistema Nervioso Central:**

- Disminución de las funciones

**Daño en el embarazo:**

- Riesgo de aborto
- Embarazo prematuro

**Efectos psicológicos:**

- Trastornos de memoria y atención
- Irritabilidad
- Apatía, depresión
- Sensación de tranquilidad, calma
- Disforia
- Sensación de distanciamiento de la realidad

**Otros efectos:**

- Somnolencia
- Desinterés en la actividad sexual
- Dificultad para miccionar
- Estados de coma
- Adelgazamiento



### ¿Qué es el ÉXTASIS?

Es una droga sintética con propiedades estimulantes del sistema nervioso central. Es químicamente similar al estimulante metanfetamina y al alucinógeno mezcalina. Es la droga de diseño más consumida en nuestro país. Los especialistas la conocen por sus siglas MDMA (3-4 metilendioximetanfetamina).

Produce sensación de gran energía física, con aumento de la actividad motora (hiperactividad), bienestar general y euforia. La “subida” se manifiesta en forma de oleadas con sensaciones de euforia, alegría, felicidad, empatía *in crescendo* y de una sensación de ligereza mental y física. La MDMA se toma por vía oral en forma de cápsula o pastilla.

#### **Efectos psicológicos más frecuentes:**

- Incremento de la “locuacidad”
- Sociabilidad
- Percepción de aceptación
- Euforia
- Despreocupación

#### **Efectos secundarios más frecuentes:**

- Pérdida del apetito
- Sequedad de la boca
- Taquicardia
- Rigidez y “tensión” en la mandíbula
- Temblor mandibular
- Insomnio
- Disminución de la concentración
- Sensaciones (flashes) de frío y calor
- Interna sudoración palmar

En altas dosis, el éxtasis altera la capacidad del organismo para regular la temperatura, llevando a un aumento súbito (hipertermia), provocando fallos en el funcionamiento del riñón, hígado y corazón.

Un aspecto relevante a considerar es que el éxtasis produce efectos significativos sobre el cerebro, influyendo en su funcionamiento. Ocasiona una serie de alteraciones sobre diversos sistemas y procesos cerebrales involucrados en el origen de diversos trastornos mentales, por ejemplo: depresión, ansiedad y psicosis. No se descarta que haya una asociación entre el uso del éxtasis y posterior desarrollo de trastornos psiquiátricos. Los síntomas psiquiátricos relacionados al uso de éxtasis pueden incluir:

#### **Síntomas psicóticos:**

- Delirios de persecución/celos/percepción de cambios corporales
- Alucinaciones auditivas en forma de segunda y tercera persona
- Transmisión/eco del pensamiento

#### **Síntomas afectivos:**

- Depresión/manía
- Ideas suicidas
- Delirios de culpa/de grandeza
- Labilidad emocional
- Irritabilidad

**Síntomas ansiosos:**

- Obsesiones y rituales
- Ataques de pánico
- Despersonalización
- Irritabilidad

Existe evidencia de que el consumo de éxtasis afecta la memoria. Asimismo, su uso se vincula a situaciones específicas como fiestas, ubicándola como una “droga de fin de semana”. Esta visión “recreativa” de la sustancia puede ocasionar consumos riesgosos, debido a que cada pastilla varía en ingredientes.



**¿Qué son las ANFETAMINAS?**

son potentes estimulantes del sistema nervioso central. Son utilizadas para pasar largas noches sin dormir y los efectos van desde euforia, visión borrosa y energía no habitual a sudoración, vómitos y ataques de ansiedad. Los/as consumidores/as pueden pasar varios días consecutivos sin dormir, con el consecuente cansancio psíquico que deriva, a veces, en crisis de paranoia y ansiedad.

Las anfetaminas producen un síndrome denominado psicosis anfetamínica muy parecida a la psicosis cocaínica o la esquizofrenia paranoide. Puede ser administrada por vía oral como tabletas, inhalada por vía nasal como polvo o fumadas en pipas (hielo).

**¿Qué daños físicos y psicológicos inmediatos puede causar?**

**Aparato Cardiovascular:**

- Taquicardias
- Pupilas dilatadas

**Aparato Respiratorio:**

- Incremento de la respiración

**Aparato Digestivo:**

- Pérdida del apetito, adelgazamiento

**Efectos psicológicos:**

- Euforia
- Angustia
- Disminución del juicio y desinhibición conductual
- Disminución de la fatiga
- Pensamiento acelerado
- Sensación de potencia física
- Aceleración psicomotora

**¿Qué efectos físicos y psicológicos a largo plazo puede causar?**

**Aparato Cardiovascular:**

- Miocardiopatías, infarto
- Hipertensión arterial

**Efectos psicológicos:**

- Irritabilidad y hostilidad
- Agresividad, violencia
- Disminución de la atención y concentración
- Deterioro de la memoria

- Ideación paranoide.
- Alucinaciones visuales, auditivas y táctiles.
- Falta de impulso sexual.

**Otros efectos:**

- Aumento de la tensión muscular.
- Dolor de cabeza.
- Insomnio.
- Desnutrición.



**¿Qué son la BENZODIACEPINAS?**

Grupo de medicamentos o drogas clasificadas como depresores del sistema nervioso central. Son ampliamente usadas por su efecto ansiolítico, sedante y anticonvulsivante. El grado de depresión en el sistema nervioso varía de acuerdo a la potencia de la benzodiacepina usada y a la dosis empleada. Sus efectos fluctúan desde una leve sensación de tranquilidad hasta el sueño profundo o el coma.

Son más consumidas por mujeres que varones y los grupos de mayor riesgo lo inician por lo general como automedicación y los individuos más predispuestos son aquellos con problemas de ansiedad crónica, insomnio crónico, problemas psicósomáticos con fuertes síntomas de ansiedad, problemas de sueño entre otros, ingiriéndolas para contrarrestarlos.

**¿Qué daños físicos y psicológicos puede causar?**

- Dependencia.
- Somnolencia durante el día.
- Reflejos lentos.
- Torpeza de la coordinación de movimientos y equilibrio.
- Disminución de la memoria, atención y concentración.
- Mayor riesgo de accidentes (manejo de autos, maquinarias, etc.).
- Manifestación de reacciones agresivas.
- Psicosis.



**¿Qué son los INHALANTES?**

Son productos químicos volátiles. En este grupo se incluyen sustancias con diversas aplicaciones industriales y domésticas, que al ser inhaladas o absorbidas disminuyen el funcionamiento del sistema nervioso central, produciendo humor exaltado, alucinaciones de corta duración o provocando graves lesiones neurológicas irreversibles.

Los productos químicos llegan a los pulmones desde donde ingresan a la sangre, distribuyéndose por todo el organismo, pudiendo causar graves daños físicos. Esta clasificación comprende a los pegamentos (terokal, colas), gasolina, kerosene, lejía, tiner, quitamanchas, lacas, pinturas, entre otras.

**¿Qué daños físicos y psicológicos inmediatos puede causar?**

**Sistema Nervioso Central:**

- Depresor del SNC.
- Hipersensibilidad a la luz.

**Aparato Cardiovascular:**

- Palidez.
- Arritmias.
- Irritación de ojos.

**Respiratorio:**

- Tos.
- Edemas pulmonares agudos.

**Aparato Digestivo:**

- Náuseas, vómitos.
- Pérdida del apetito.
- Sensación de alegría.
- Agitación y torpeza motora.
- Estado de relajación.
- Pensamiento angustioso.
- Dificultad para pensar coherentemente.
- Alteración de la percepción espacio temporal.

**¿Qué daños físicos y psicológicos a largo plazo puede causar?**

**Aparato Digestivo:**

- Anomalías hepáticas (inflamación y cirrosis).
- Pérdida de peso.
- Anemia.

**Sistema Nervioso Central:**

- Encefalitis crónica y neuropatías.
- Espasmos bronquiales.

**Aparato Excretor:**

- Insuficiencia renal crónica.

**Efectos psicológicos:**

- Anorexia.
- Problemas de aprendizaje.
- Disminución de la memoria y de la concentración.
- Depresión.
- Irritabilidad.
- Alucinaciones visuales.
- Fantasías negativas y angustiosas.
- Pérdida de control emocional: conducta agresiva y violenta.
- Deterioro mental.

**Otros efectos:**

- Disminuye la sensación de frío.
- Secreción nasal.
- Zumbido de oídos.
- Torpeza de movimientos, lentitud de los reflejos.
- Trastornos del equilibrio.
- Úlceras dentro de la nariz y/o boca.
- Decaimiento y fatiga.



## CUADRO RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS DROGAS

DROGA	DEFINICIÓN	SEÑALES DE SU USO	EFFECTOS A LARGO PLAZO
<b>ALCOHOL</b>	Es una sustancia obtenida de la mezcla de azúcar y levadura.	Pérdida de la coordinación, confusión y dificultad para concentrarse. Conducta violenta o depresiva.	Lesiones del cerebro, páncreas y riñones. Presión sanguínea alta, Hepatitis alcohólica y cirrosis del hígado. Úlcera duodenal y estomacal. Colitis, color irritable, impotencia, esterilidad y vejez prematura.
<b>TABACO</b>	Hojas de una planta que contiene nicotina. El humo contiene 4,000 tipos de sustancias químicas, la más poderosa de ellas es la nicotina y esta es altamente adictiva.	Conductas nuevas o extrañas, exceso de uso de perfumes, enjuagues bucales, chicles o mentas en exceso.	Alza de la presión sanguínea, mal aliento y manchas en los dientes. Disminuye los sentidos del gusto y del olfato, daños en el músculo cardíaco o pulmonar, cáncer de pulmón, boca o garganta.
<b>MARIHUANA</b>	Es una combinación de flores y hojas de la planta de cáñamo también conocida como Cannabis Sativa.	Ojos enrojecidos, cambios bruscos de humor y comportamiento. Hostilidad, irritabilidad. Baja en rendimiento escolar. Mensajes o símbolos relacionados con drogas en las pertenencias. Uso de gotas oftálmicas. Aumento del apetito.	Súbita pérdida de peso. Arritmia cardíaca o latidos irregulares del corazón. Dificultad al respirar. Ansiedad severa, ataques de pánico, alucinaciones, daño del corazón y pulmones, cáncer al pulmón, dificultades de memoria, disminuye la cantidad y movilidad de esperma en los hombres, trastornos del período menstrual y la ovulación en las mujeres.
<b>INHALANTES</b>	Son sustancias químicas que al producir vapores e inhalarlos, actúa en el cerebro y provocan un efecto psicoactivo o un estado de alteración mental.	Sensación de mareo, dolores de cabeza, comportamiento extraño (como "elevándose"), percepción del tiempo y espacio alterados, somnolencia, olores químicos en el aliento o ropa, dificultad al hablar, náuseas o falta de apetito, manchas de pintura u otras sustancias en la casa, manos y ropa.	Puede causar daño cerebral, pérdida de peso, debilidad muscular, desorientación, irritabilidad y depresión, comportamiento violento, pérdida del conocimiento, daño permanente en el sistema nervioso central o muerte.
<b>PASTA BÁSICA DE COCAÍNA</b>	Es un derivado químico que disminuye la actividad funcional. Se usan como sedantes y tranquilizantes.	Problemas para dormir, disminución del apetito, locuacidad.	Ronquera, bronquitis y otros problemas respiratorios.

<b>CLORHIDRATO DE COCAÍNA</b>	Sustancia química extraída de la hoja de coca. Es un polvo blanco que se inhala o se calienta y se mezcla con éter y bicarbonato de sodio para ser inyectado.	Problemas para dormir, goteo o sangrado nasal, disminución del apetito, locuacidad, aumento de la presión arterial y de la euforia. La persona permanece despierta por largos períodos de tiempo para después dormir mucho tiempo. Pérdida del apetito.	Agitación, aumento de la temperatura, alucinaciones generalmente auditivas, convulsiones, posiblemente por paro cardíaco o falla respiratoria, intranquilidad, irritabilidad, ansiedad y paranoia.
<b>HEROÍNA</b>	Es una sustancia derivada de la morfina y esta a su vez del opio. Es un polvo amargo de color blanco o marrón oscuro.	Euforia, somnolencia, depresión respiratoria, pupilas constreñidas y náuseas.	Problemas físicos y psicológicos (respiración superficial, náusea, pánico, insomnio)
<b>ÉXTASIS</b>	Es una sustancia derivada de las anfetaminas y derivados de los alucinógenos.	Hiperactividad, ansiedad, pérdida de peso, alucinaciones, paro.	Dstrucción de las funciones de la neurona, con graves alteraciones del comportamiento.



**LECTURA COMPLEMENTARIA:**  
 “Conociendo las drogas I y II”<sup>31</sup>

**AUTOEVALUACIÓN:**



- ▶ ¿Caracterizo las principales drogas por sus efectos físicos y psicológicos inmediatos?
- ▶ ¿Caracterizo las principales drogas por sus efectos físicos y psicológicos a largo plazo?
- ▶ ¿Valoro lo aprendido porque me ayuda a tener una mejor comprensión del consumo de drogas?

31 Ministerio de Educación (2004) Cartillas Auto instructivas para padres de familia. *Conociendo a las drogas I y II*. Cartillas 4 y 5.



## ACTIVIDAD 9

### ¿Cuánto sabes sobre las drogas?

A continuación te proponemos un breve test para que tú mismo evalúes tus conocimientos sobre las drogas: solo tienes que responder si las siguientes afirmaciones son verdaderas “V” o falsas “F”.

Afirmaciones	V	F
1. El Alcohol es la droga más usada en el Perú.		
2. La tolerancia femenina al alcohol es, en general, menor que la masculina.		
3. El tabaco es un depresor del sistema nervioso central.		
4. El consumo de tabaco produce debilitamiento de los huesos.		
5. El consumo de marihuana en dosis bajas genera euforia y efectos alucinógenos.		
6. La motivación y la energía son efectos psicológicos del consumo de marihuana.		
7. La cocaína es estimulante y hace que te mantengas despierto.		
8. Si solo se consume cocaína los fines de semana no da problema.		
9. El consumo de cocaína produce actos violentos y delictivos.		
10. La heroína es un poderoso estimulante del sistema nervioso central.		
11. El consumo de heroína tiene un gran poder adictivo.		
12. El éxtasis en altas dosis aumenta la temperatura del cuerpo y daña el funcionamiento del riñón, hígado, corazón.		
13. Cuando pasan los efectos del éxtasis se puede producir cansancio y depresión.		
14. Las anfetaminas disminuyen el impulso sexual.		
15. Las anfetaminas ayudan a retener la información.		
16. El consumo de las benzodiazepinas producen torpeza en la coordinación de movimientos y equilibrio.		
17. Las benzodiazepinas son más consumidas por hombres que mujeres.		
18. Los inhalantes activan el sistema nervioso central y ayudan al aprendizaje.		
19. El consumo de inhalantes producen alucinaciones de corta duración y lesiones neurológicas irreversibles		
20. El consumo de la PBC disminuye el apetito y produce pérdida de peso.		

Respuestas: 1V, 2V, 3F, 4V, 5F, 6F, 7V, 8F, 9V, 10F, 11V, 12V, 13V, 14V, 15F, 16V, 17F, 18F, 19F, 20V

### 1.2.4 EVOLUCIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), distingue las siguientes formas de consumo de drogas:

**a.- Consumidor Experimental.-** Es aquella persona que ha probado la droga **POR PRIMERA VEZ** una o más sustancias por razones como: curiosidad, imitación, deseo por experimentar, etc. pudiendo seguir o abandonar el consumo. Muchas personas se quedan en esta etapa, debido a que no les gustó; o por otros motivos.

**b.- Consumo Ocasional o Social.-** La persona usa en forma ocasional o durante reuniones sociales. Consume de manera intermitente sin ninguna periodicidad fija. Se establece



de manera incipiente un consumo. No hay conciencia de riesgo. Asociado a situaciones placenteras, hedonísticas gratificantes. Difícil de detectar por ser funcional. Generalmente se da de manera grupal y la relación que se produce es sujeto-grupo (Vacca, 1986). Las razones para el consumo son por factores asociados a presión de los amigos, facilitar la comunicación, relajación, búsqueda de diversión, disponibilidad de la droga, etc.

**c.- Consumo Habitual:** Corresponde al consumo frecuente o en otras palabras la persona tiene ya el hábito de consumir, produciendo dependencia psicológica a la sustancia. Continúa consumiendo sustancias **A PESAR DE LAS CONSECUENCIAS** que le trae dicho consumo: problemas médicos, legales, educativos, familiares, entre otros. Existen diversas razones para mantener el consumo como: intensificar las sensaciones de placer, potenciar los efectos de otras drogas, mitigar el hambre, el frío, la soledad, el aburrimiento, la ansiedad, necesidad de pertenencia del grupo, etc. Asimismo, el consumidor exterioriza conductas antisociales, evidenciándose un deterioro de su repertorio de comportamientos sociales a consecuencia de la pérdida de autocontrol del uso y detener el consumo en determinado momento. Se establece un patrón de consumo.

**d.- Consumo Compulsivo o Dependiente.** Se caracteriza porque el consumo **CONSTITUYE LO MÁS IMPORTANTE QUE REALIZA**. Su pensamiento diario, en gran parte, gira en función del consumo. En esta etapa se dan los *Síndromes*, *Apetencia*, “gusano”, “dengue”, lo mismo que los pensamientos de consumo irresistibles y conducta compulsiva. Como consecuencia trae complicaciones físicas, psicológicas y de conducta. Pierde los valores, cambian patrones de conducta, las normas sociales, etc., buscando adquirir la sustancia de manera lícita o ilícita. Este tipo de consumidores/as experimenta síndrome de abstinencia ante la supresión o disminución de la sustancia, así como conducta compulsiva.



**EJEMPLO:**

*“A los 16 probó la cocaína y le gustó. Al principio lo hacía esporádicamente. Luego con más frecuencia. A los 18 se dio cuenta que la mayor parte del tiempo lo dedicaba para conseguir la droga. Sus conductas empezaron a cambiar y ahora es capaz de hacer cualquier cosa para conseguirla”<sup>32</sup>*



**CONCLUSIÓN:**

*“Los tipos de consumo nos muestran como de manera progresiva las personas suelen pasar de un tipo de consumo experimental, a un ocasional o social, luego a un consumo habitual hasta finalmente llegar a desarrollar un consumo compulsivo, llegando así a desarrollar lo que se conoce como adicción”.*

**AUTOEVALUACIÓN:**



- ▶ ¿Conozco los tipos de consumo que llevan a la dependencia a las drogas?
- ▶ ¿Identifico cuál de ellos es el problemático desde el punto de vista social y familiar?
- ▶ ¿Valoro lo aprendido porque me ayudara a identificar el tipo de usuario/a consumidor/a?

32 Berra, J. (2000). *Tiempos de drogas, hijos en riesgo*. Buenos Aires: Ediciones Paulinas.



## HOJA DE RESPUESTA ACTIVIDAD 8

### ¿Cuánto conozco sobre la clasificación de las drogas?

1. Esquematice la clasificación de las drogas por su aceptación o prohibición en la sociedad:

Legales	Illegales	Folclóricas	Industriales
Alcohol Tabaco Café Te	Marihuana PBC Cocaína Heroína Drogas de diseño (éxtasis)	San Pedro Ayahuasca Hoja de Coca Floripondio	<b>Inhalantes:</b> pegamentos (terokal), gasolina, kerosene, lejía, pinturas, etc. <b>Medicamentos:</b> las anfetaminas, benzodiacepinas, etc.

2. Investigue más sobre la clasificación de las drogas por sus efectos en el sistema nervioso central y desarrolle el siguiente esquema:

DROGAS	DEFINICIÓN	SEÑALES DE SU USO	EFFECTOS A LARGO PLAZO
¿Qué son drogas ESTIMULANTES?	Son productos químicos que aceleran la actividad del sistema nervioso central. Se prescriben para tratar la depresión, la obesidad, el exceso de sueño y la hiperactividad en niños/as.	Hiperactividad, irritabilidad y ansiedad. Largos períodos sin dormir o sin tomar alimentos, euforia, excesivo deseo de hablar.	Aumento del ritmo cardíaco y respiratorio, pérdida de peso, psicosis de dependencia y adicción (paranoia, alucinaciones, trastornos del humor), aumento de la presión arterial, daño cerebral, convulsiones y muerte.
¿Qué son drogas DEPRESORES?	Sustancias químicas que disminuyen la actividad funcional, se usan como sedantes y tranquilizantes	Confusión, desorientación, temblores, contracción de las pupilas, disminución de la presión sanguínea y la respiración.	Inhibe la actividad cerebral, pérdida del control motor, parálisis de los controles vitales, coma y posible muerte.
¿Qué son drogas PERTURBADORAS?	Trastocan el funcionamiento del cerebro, dando lugar a distorsiones perceptivas, alucinaciones, etc.	Deshidratación, ralentización motora y de pensamiento, algunas alteraciones perceptivas, hilaridad, apetito desmedido, sequedad bucal, sueño o sudoración.	Dificultad de concentración, memoria, afecta de manera permanente el estado de ánimo, incapacidad de relación y en el rendimiento en la ejecución de tareas.

### 1.3. VIOLENCIA FAMILIAR

#### OBJETIVO:



Definir y analizar el concepto de Violencia Familiar (VF)

#### 1.3.1 CONCEPTO DE VIOLENCIA FAMILIAR

La violencia familiar es un tipo de agresión que se da generalmente en la mujer, por parte de su conyugue o un familiar allegado. Está tipificada en la Ley N° 26260, Ley de Protección frente a la Violencia Familiar y su modificatoria Ley N° 27306, que definen la violencia familiar como:<sup>33</sup>



*“Cualquier acción u omisión que cause daño físico o psicológico, maltrato sin lesión, inclusive amenaza o coacción graves reiteradas, así como violencia sexual, que se produzca entre conyugue, ex conyugue, conviviente, ex convivientes, ascendientes, descendientes, parientes colaterales hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad; quienes habitan en el mismo hogar, siempre que no medien relaciones contractuales o laborales; quienes hayan procreado hijos/as en común, independientemente que convivan o no al momento de producirse la violencia”.*

En conformidad a la Ley de Protección frente a la Violencia Familiar y su aplicación en los CEM, se diferencian tres tipos de violencia, psicológica, física y sexual en modalidad de omisión o acción.<sup>34</sup>

**Violencia psicológica.** Maltrato psicológico en modo de acción u omisión, que recibe el adulto mayor por parte de familiares o allegados (especificados en la ley 26260). Como: insultos, humillación, burlas, rechazo, amenazas de botar de la casa, de daño o muerte, descuido e indiferencia a sus necesidades, abandono, entre otras.

**Violencia física.** Maltrato físico en acción u omisión, que recibe el adulto mayor por parte de familiares o allegados (especificados en la ley 26260), entre ellas: agresiones físicas al cuerpo como arañazos, mordeduras, rodillazos, cabezazos, pisotones entre otros. Empujones, patadas, puñetazos, bofetadas, jalones de cabello, golpes con leñas, maderas, bastones, ahorcamiento o intento de asfixia, correazos, latigazos, herir con armas punzocortantes o de fuego, golpes con otros objetos contundentes (piedras, fierros, botellas, herramientas) y negligencia que produzca daño o lesión física.

**Violencia sexual.** Se considera como la obligación a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que pase por encima de la voluntad de una persona, además de la obligación a realizar con terceras personas algunos de los actos mencionados anteriormente. Entre ellos: el chantaje emocional, violación sexual (incluye todo tipo de penetración), sexo oral, tocamientos, sexo interfemoral o coito seco no consentidos, además de exhibición de genitales o de actos masturbatorios, explotación sexual, entre otros.

33 Congreso de la República. Ley 27306: Ley que modifica el Texto Único Ordenado de la Ley de Protección Frente a la Violencia Familiar.

34 Viviano, T. (2007). *Maltrato en el hogar a las personas adultas mayores: Estadísticas para la reflexión y pautas para promover el buen trato*. Lima: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES)



### CONCLUSIÓN:

La violencia familiar en términos prácticos se refiere a “los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños/as, mujeres y personas adultas mayores”.

Este tipo de violencia tiene diferentes formas, puede ser física, psicológica o sexual, puede ser activa o pasiva (ser testigo de violencia también es una forma de ser víctima de violencia). Dentro de violencia familiar distinguimos violencia a la mujer, violencia infantil, violencia al adulto mayor, etc.



### LECTURA COMPLEMENTARIA:

El Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017<sup>35</sup>, es un instrumento de política pública para implementar lo dispuesto por la Ley de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres; en general para dar cumplimiento a los mandatos nacionales e internacionales en materia de igualdad y no discriminación por género.



### ACTIVIDAD 10

#### Analice la violencia familiar a nivel nacional en el Perú<sup>36</sup>

La última encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES – INEI), realizada en el 2014 a una muestra de 29 mil 941 viviendas del país, en las que se entrevistó a más de 24 mil 800 mujeres entre 15 a 49 años, revela un promedio de violencia familiar del 72% a nivel nacional, destacando entre las regiones con mayor prevalencia: Junín, Huancavelica, Apurímac, Arequipa y Loreto. Asimismo, este promedio nacional estaría incluyendo diversos tipos de violencia, entre los cuales destaca la violencia psicológica en un 69%, seguida de la violencia física en un 32% y de violencia sexual en un 8% de casos.

Entre otros datos, cabe destacar los indicadores de formas de agresión física y/o sexual en los últimos 12 meses que las mujeres sufrieron por parte del esposo que alcanza al 13%, siendo las formas más frecuentes los empujones, sacudidas o que le tiró algo (11,9%), las bofetadas, torceduras de brazo (6,4%), los golpes con el puño o con algo que pudo dañarlas (5,3%) y las patadas, arrastre (3,1%)

Los resultados de los episodios de violencia indican que el 65% sufrió moretones y dolores, el 14% heridas o lesiones, huesos o dientes rotos, quemaduras y el 14,0% de casos fue necesario ir al médico. Por otro lado, las prevalencias de violencia familiar a nivel nacional por regiones del Perú, son: 73,9% de casos corresponden a la región de la Sierra, 72,5% a la región Selva, 69,9% al Resto de la Costa y 72,8% a Lima Metropolitana. Es de destacar que la mayor prevalencia se da en Lima Metropolitana. El estudio reporta además agresión física contra el esposo o compañero en un 11,5% de prevalencia de vida (alguna vez) y un 4,8% de prevalencia reciente (últimos 12 meses).

Igualmente, las prevalencias de agresión física al esposo o compañero a nivel nacional por regiones del Perú, son: 18,7% de casos corresponde a Lima Metropolitana, 9,5% al Resto de

35 Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017.

36 Instituto Nacional de Estadística e Informática (2012). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014.

la Costa, 6,0% a la región de la Selva y 3,9% a la región de la Sierra. Es decir, las tendencias siguen un sentido inverso en comparación con la agresión que sufren las mujeres, siendo en estos casos, la mayor prevalencia en Lima Metropolitana.

### AUTOEVALUACIÓN:



- ▶ ¿Valora la importancia de dominar el concepto de Violencia Familiar?
- ▶ ¿Qué tipo de violencia familiar en el Perú tiene mayor prevalencia?
- ▶ ¿Cuál es la forma de violencia física de mayor prevalencia?
- ▶ ¿Cuál es la región con mayor prevalencia de violencia familiar?
- ▶ ¿Comprende la magnitud de la violencia familiar en el Perú?

### 1.3.2. DETERMINANTES DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

#### OBJETIVO:



Discriminar los factores determinantes de la V.F.

La comprensión de este problema requiere considerar los distintos contextos en el que se desarrollan las personas que viven la situación de violencia, dado que este no es un problema individual, ni de pareja, sino un problema psicosocial, en el cual intervienen diferentes factores:



**Factores Personales:** *Biológicos (sexo, edad, etnias), hereditarios (discapacidad,...), son los menos susceptibles de modificación que los demás factores.*

**Factores Conductuales:** *Tienen que ver con los estilos de vida de las personas (actividades que realizan consumo de alcohol o drogas, etc.)*

**Medio ambiente:** *Físico, cultural, social, educativo, laboral.*

Respecto a los determinantes de la violencia en el Perú, los factores que han tenido una asociación estadísticamente significativa con la violencia contra la mujer son propios del hogar<sup>37</sup>. Además también, de factores biológicos o de la historia personal, como una baja tolerancia a la frustración, historia de violencia en el hogar, nivel mínimo de ingresos, enfermedad, carencia de una vivienda, factores psicológicos como el consumo de drogas, inmadurez emocional y psicológica, sentimientos de inferioridad, descontrol de impulsos, factores socioculturales, como las diferencias sociales y culturales existentes, el autoritarismo y abuso de poder en la familia.



#### CONCLUSIÓN:

*“No existe un solo factor determinante, sino más bien una combinación de éstos, lo que hace necesario que toda propuesta de políticas para abordar la problemática de la violencia familiar/género, considere a la persona en su contexto social inmediato y cultural”.*

37 Díaz, R. y Miranda, J. (2010). *Aproximación del Costo Económico y Determinantes de la Violencia Doméstica en el Perú*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.



## ACTIVIDAD 11

### Determinantes de la Violencia Familiar

Identifique los factores determinantes de la VF en el siguiente caso:

*“La señora Angélica, tiene 32 años acude a consulta después de 3 años de maltrato y violencia por parte de su esposo. Expresa que su esposo siempre fue autoritario y machista, pero ella lo aceptaba porque en su casa le enseñaron a respetar al hombre como la cabeza de la familia. A partir de las dificultades económicas que empezaron a tener hace algunos años, esta característica se hizo un problema, la primera vez que la golpeó fue a raíz de un reclamo que ella le hizo por gastarse a menudo el dinero de la semana en alcohol.*

*Ella nunca antes había recurrido a pedir ayuda, porque no quería que sus hijos e hijas vieran a su padre en la cárcel, además que no sabía cómo iba a mantenerlos, ya que su esposo era quien mantenía la familia. Lo que le motivo a pedir ayuda fue que la última vez que su esposo la golpeo también lo hizo a sus hijos/as porque se metieron a defenderla”.*

#### Factores Determinantes de la Violencia Familiar identificados en el caso

- ✓ \_\_\_\_\_
- ✓ \_\_\_\_\_
- ✓ \_\_\_\_\_

#### AUTOEVALUACIÓN:



- ▶ ¿Discrimino como factores determinantes aquellos que en conjunto se presentan en la mayoría de casos de VF?
- ▶ ¿Identifico los factores determinantes de la VF en el estudio de un caso específico?
- ▶ ¿Reconozco la necesidad de orientar el trabajo de intervención a partir de los enfoques de VF?

### 1.3.3. ENFOQUES PARA LA INTERVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

#### OBJETIVO:



Conocer los enfoques de la V.F.

Enfoques de la violencia familiar que debemos incorporar en la intervención:



#### a. Enfoque de derechos humanos

*“Se deriva del principio de igualdad en el ejercicio de derechos, responsabilidades y oportunidades para hombres y mujeres, sin admitir ninguna diferenciación. Además del reconocimiento al carácter universal pero interdependiente de sus derechos civiles, sociales, políticos y económicos”.*

Desde este enfoque se incide en la promoción y protección de los derechos de las mujeres, identificando los derechos vulnerados y las barreras sociales, económicas, culturales e institucionales que reducen el debido cumplimiento.



**b.- Enfoque de género**

*“Parte del reconocimiento de la existencia de relaciones desiguales entre hombres y mujeres, basadas en diferencias sexuales y que originan la violencia hacia las mujeres”.*

Este enfoque permite diseñar estrategias de intervención para el logro de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.



**c.- Ciclo vital intergeneracional**

*“Parte del principio que la familia y el individuo evolucionan y la violencia se presenta de manera diferenciada en cada etapa del ciclo vital.*

Este enfoque permite diseñar estrategias de intervención en función de grupos atareos respetando sus diferentes necesidades.



**d.- Enfoque de Integralidad**

*“Enfoque que parte del reconocimiento de la multicausalidad de la violencia contra la mujer, en donde contribuyen además, factores a nivel individual, familiar, comunitario y estructural”.*

Este enfoque recoge la necesidad de establecer intervenciones desde las distintas disciplinas, en los diferentes niveles en donde se desenvuelven las personas.



**e.- Enfoque de interculturalidad**

*“Parte del reconocimiento de que nuestro país es multicultural y los servicios de atención y prevención a la violencia tienen que adaptarse y respetar la diversidad”.*

Este enfoque está orientado a generar actitudes de respeto en las relaciones interculturales. Conlleva a brindar la posibilidad de diálogo entre distintas culturas, con el fin de recuperar de aquellos contextos culturales, las expresiones desarrolladas a partir del respeto al otro(a).



**f.- Salud pública**

*“Entiende que la violencia familiar constituye un problema de salud pública, por sus efectos y magnitudes epidemiológicas”.*

Desde este enfoque nos queda desterrar de nuestra sociedad estereotipos sociales que consideran que “la violencia familiar por el ámbito de ocurrencia, es un problema privado” o expresiones (refranes, dichos populares, etc.) que de algún modo justifican o minimizan la violencia contra las mujeres. En este sentido, este enfoque se orienta a desarrollar políticas públicas a fin de proteger y brindar a las víctimas la atención de salud que necesitan.



**g.- Seguridad ciudadana**

*“Reconoce que el estado tiene la responsabilidad de proteger la seguridad personal, también dentro del ámbito privado del hogar”.*

Este enfoque permite diseñar estrategias de intervención en los problemas de violencia familiar a fin de dar protección a las víctimas y hacer respetar sus derechos como ciudadano(a).



**CONCLUSIÓN:**

*“Los diferentes enfoques permiten conceptualizar a la violencia familiar dentro de una realidad esperada, del respeto a los derechos humanos, a la igualdad de género, a las diferencias intergeneracionales, interculturales y multicausales de la problemática de la violencia familiar y establecer lineamientos de intervención desde la percepción de la salud pública y la seguridad ciudadana”.*



## ACTIVIDAD 12

### Identifica los enfoques de la VF<sup>38</sup>

Identifica los enfoques de la V.F. a los cuales corresponden los siguientes enunciados:

1. "La violencia atraviesa de manera diferenciada todas las edades de la vida de las personas".
2. "La violencia genera problemas de salud física y mental a las personas".
3. "La violencia familiar se manifiesta de diferentes maneras de acuerdo al contexto socio cultural e histórico".
4. "En la violencia Familiar se trasgreden una serie de derechos fundamentales de todo ser humano, incluidos en este derechos ciudadanos y los, derechos sexuales y reproductivos".
5. "Las diferencias de acuerdo al género establecen relaciones de poder, condicionan hechos de violencia familiar y sexual".
6. "La violencia Familiar genera amenazas de nuestra seguridad para el ejercicio de nuestros derechos ciudadanos, entre ellos la seguridad personal".

Respuestas: (1) Intergeneracional, (2) Salud Pública, (3) Interculturalidad, (4) Derechos humanos, (5) Género y (6) Seguridad

### AUTOEVALUACIÓN: (para responder SÍ o NO)



- ▶ ¿Conozco los enfoques de la VF?
- ▶ ¿Conozco la estrategia de intervención que busca diseñar cada uno de ellos?
- ▶ ¿Incorporo los enfoques de la VF a su comprensión y para futuras intervenciones?
- ▶ ¿Reconozco la necesidad de orientar su trabajo de intervención a partir de los enfoques de VF?

38 MIMP-PNCVFS. *Lineamientos para las acciones preventivas promocionales de los CEM*. Unidad Gerencial de prevención y Desarrollo de Capacidades. Lima: MIMP.



## 1.3.4. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

## OBJETIVO:

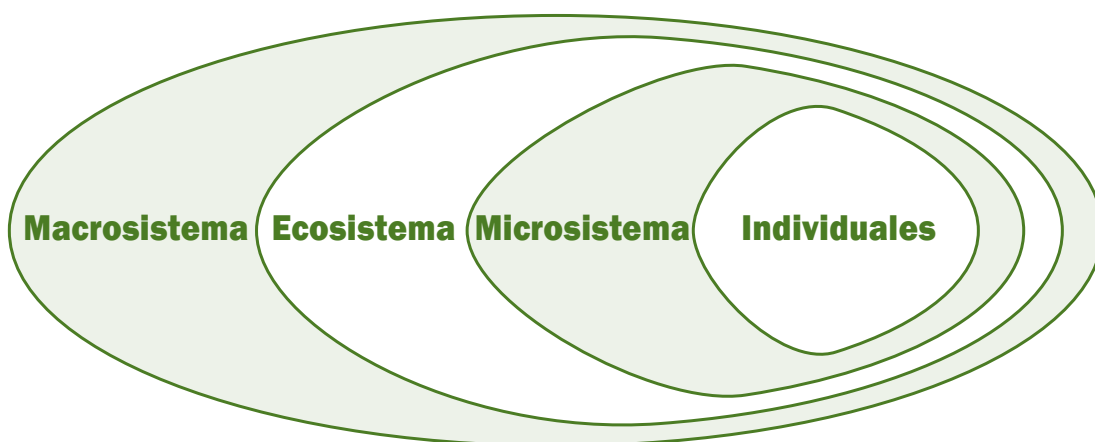


Conocer los modelos teóricos que explican la V.F.



## a.- El Modelo Ecológico

“El modelo ecológico conceptualiza la violencia como un fenómeno multifacético basado en la interacción de factores personales, coyunturales y socioculturales”.

Modelo Ecológico de HEISE (1998)<sup>39</sup>

Este modelo explicativo de la VF, es una adaptación del modelo del desarrollo humano de Bronfenbrenner (1987)<sup>40</sup>, realizada por Heise para explicar el problema de la violencia familiar. Generalmente, se suele representar como 4 círculos concéntricos. **El primer círculo** empezando desde el centro, representa los factores de la historia personal que cada individuo trae a su comportamiento y relaciones. **El segundo círculo**, el microsistema, representa el contexto inmediato en que ocurre el maltrato (con frecuencia la familia u otra relación íntima). **El tercer círculo**, el ecosistema, abarca las instituciones y las estructuras sociales formales e informales en que está inserto el microsistema, como: el mundo laboral, el vecindario, las redes sociales. Finalmente, el **cuarto círculo**, el macrosistema, representa los criterios y las actitudes generales que impregnan la cultura general.

Heise<sup>41</sup>, refiere que la violencia ejercida hacia la mujer, no puede atribuirse a una sola causa ya que obedece a factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y hasta legales, que pertenecen a los diferentes contextos en los que se desenvuelve una persona.

39 Secretaría de Salud del Estado de Veracruz - México: *Modelo ecológico ayuda a la comprensión integral del Problema de la violencia*.

40 Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.

41 Heise, L. (1998) Violence against women: and integrated ecological framework. *Violence Against Women*.

- ▶ **Nivel individual:** Incluye los antecedentes que influyen en el comportamiento de la persona y en sus relaciones. Dentro de estas pueden estar; baja autoestima, experiencias de maltrato vividas en la niñez, el haber estado expuesto y haber presenciado situaciones de violencia, el aprendizaje de la resolución de conflictos por medio de la violencia, entre otros.
- ▶ **Nivel familiar:** Con frecuencia la familia u otras relaciones de trato íntimo, como la pareja y amistades, son las relaciones más cercanas del individuo en el que el abuso se presenta. Entre ellas, las relaciones autoritarias en la familia expresados en control y dominio del hombre sobre los bienes y decisiones de la familia y conflictos conyugales.
- ▶ **Nivel Comunidad:** Se encuentran las estructuras e instituciones en donde se desarrollan las relaciones sociales y las características que aumentan el riesgo de ocurrencia de actos violentos. Ya que son el medio en donde se reproducen las creencias, los valores, las costumbres, normas y los estereotipos de ser hombre o mujer.

Se añade además, la pobreza, el desempleo como factores que favorecen a la incidencia de la violencia. Y el aislamiento de la comunidad y de la familia de las mujeres violentadas y de la impunidad de las personas agresoras.

- ▶ **Nivel Sociedad:** Referido a los factores relacionados al medio económico y social, a las formas de organización de la sociedad, las normas culturales y a las creencias que configuran un clima favorable que propicia o impide la violencia. Dentro de este nivel se encuentran las políticas públicas que mantienen la desigualdad entre los grupos de la sociedad.

#### **b.- El Modelo Duluth o Rueda del Poder y el Control<sup>42</sup>**

Ellen Pence y Michael Paymar (1993), formularon este modelo explicativo como resultado de un análisis de las conductas de hombres agresores de sus parejas o ex parejas.

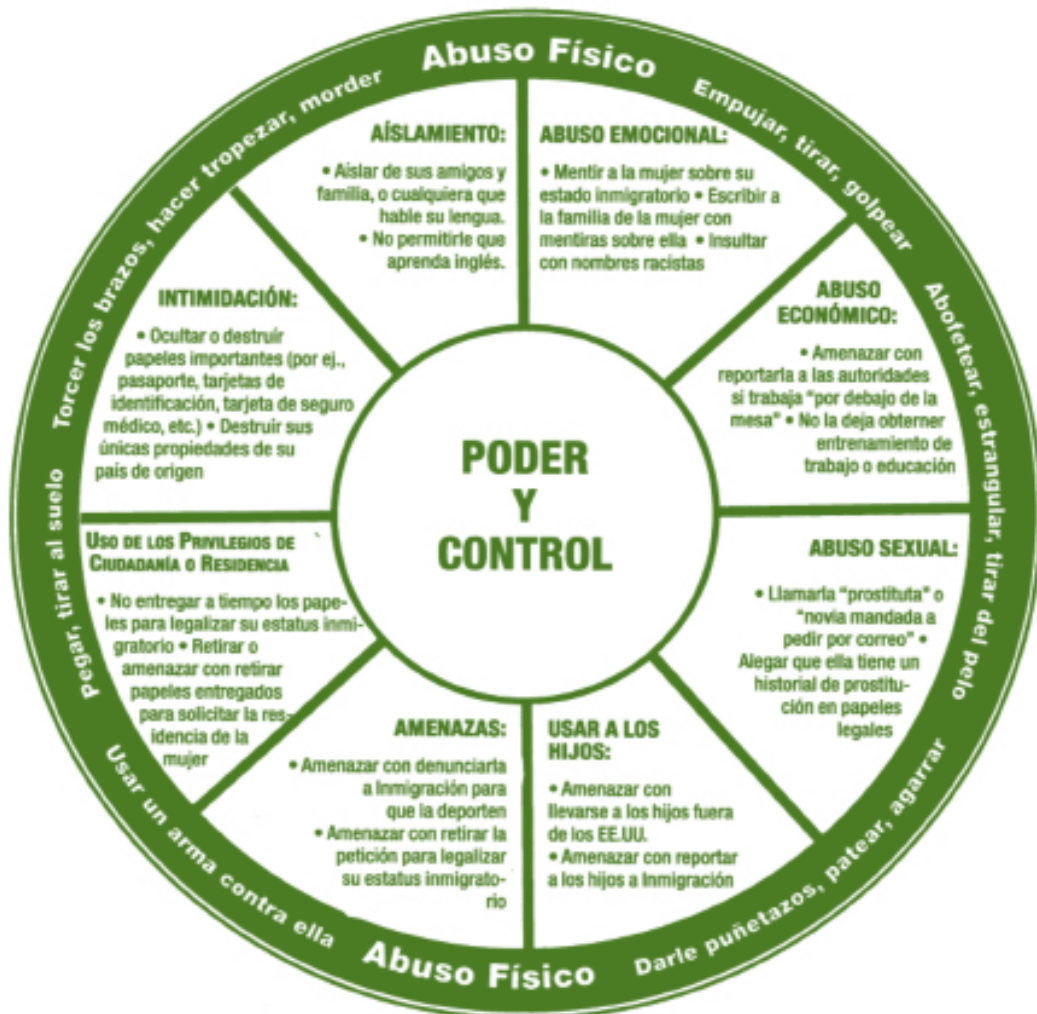


*“Este modelo destaca las conductas de control que suelen presentar las personas agresores para demostrar el poder sobre sus parejas. Entre ellas: la intimidación, el abuso emocional, aislamiento de la mujer, minimización, culpabilidad, utilización de los/las hijos/as, el abuso económico, el abuso sexual y la utilización de los privilegios masculinos; que ayuda a la aparición de formas de violencia física y sexual más graves”.*

Estas formas de violencia que van desde violencia psicológica, física y sexual contra la mujer en la pareja, no ocurren de forma aislada sino simultáneamente, no ocurren al azar o arbitrariamente, sino que tiene un propósito y es sistemático. Son tácticas que emplea la persona agresora quién tiene como meta ejercer control sobre sus parejas. Esta meta es un reflejo de la creencia, de que tienen el derecho y el privilegio de controlar a sus parejas íntimas.

<sup>42</sup> Lila, M., García, A & Lorenzo, M. (2011). *Manual de intervención con maltratadores*.

Modelo Duluth o Rueda del Poder y el Control<sup>43</sup>



**c.- El Modelo de la Escalada de la violencia<sup>44</sup>**



“Se presenta en relación al tipo de violencia ejercida, empezando de la psicológica hacia la violencia física. Y en relación a la intensidad, tipo de artefactos empleados, recurrencia a la violencia sexual, la extensión de la agresión hacia otra personas, la escalada de emociones y a la geo espacialidad. A medida que se avanza en este espiral se hace cada vez más cercana el desenlace terrible del homicidio”.

- **Escalada de la violencia psicológica:** Puede iniciar con recriminaciones, indagaciones acusatorias, hasta ofensas verbales. La agresividad va en aumento en relación al contenido de lo que expresa el agresor, afirmando infidelidad, insultando y hasta amenazar de daño y muerte a familiares y a la misma pareja.

43 “Domestic Abuse Intervention Project” (Proyecto de Intervención Contra la Violencia Doméstica) de Duluth, Minnesota.

44 Modelo de la escalada de la violencia en contexto conyugal. Aporte desde el trabajo social forense.

En cuanto la agredida, muchas veces reacciona también con amenazas hacia el compañero, pero que no se efectúan por el reconocimiento de su condición en comparación con la del hombre agresor.

- ▶ **Escalada de Violencia psicológica a física:** Se puede pasar de una a la otra sin que la primera desaparezca.
- ▶ **Escalada en situación de violencia física:** Desarrollándose una escalada mediante el uso del cuerpo, en diferentes grados de lesión mediante uso de manos, a través de por ejemplo, puñetes, cachetadas; de pies a través de patadas y la cabeza, a través de cabezazos., dichas manifestaciones se pueden dar en situaciones diferentes como también se pueden generar en un solo evento.
- ▶ **Escalada en situación de violencia física: del uso del cuerpo al uso de artefacto:** Iniciando con instrumentos que representan un cierto nivel de riesgo, hasta aquellos que representan un alto nivel de riesgo para la vida e integridad de la agredida. Utilizando, cuchillos, destornilladores, palos, machetes, armas de fuego, entre otros.
- ▶ **Escalada Sexual:** Se puede dar desde los actos sexuales en contexto de violencia hasta la realización de relaciones sexuales sin voluntad de la mujer.
- ▶ **Escalada frente a las personas:** Pasando de una violencia ejercida a nivel unidireccional a una violencia bidireccional. Esto como consecuencia al aumento de reactividad de la víctima. La bidireccionalidad, generalmente está relacionada con el involucramiento de otras personas, se ha identificado que se tiende involucrar a los/las hijos/as y familiares de la víctima, debido principalmente a que estos defienden a la agredida o como medio para producir sufrimiento.
- ▶ **Escalada en las emociones:** Si bien depende de los recursos individuales de las personas, se encuentra que pueden experimentar temor a las represalias, deterioro del auto concepto, conciencia del peligro de muerte, e ideación suicida.
- ▶ **Escalada en la geo espacialidad:** Referido a los lugares en donde ocurren los hechos, pasando de lugares privados, como la casa a espacios públicos como el centro de trabajo y vía pública.

#### d.- El Modelo del Ciclo de la Violencia<sup>45</sup>

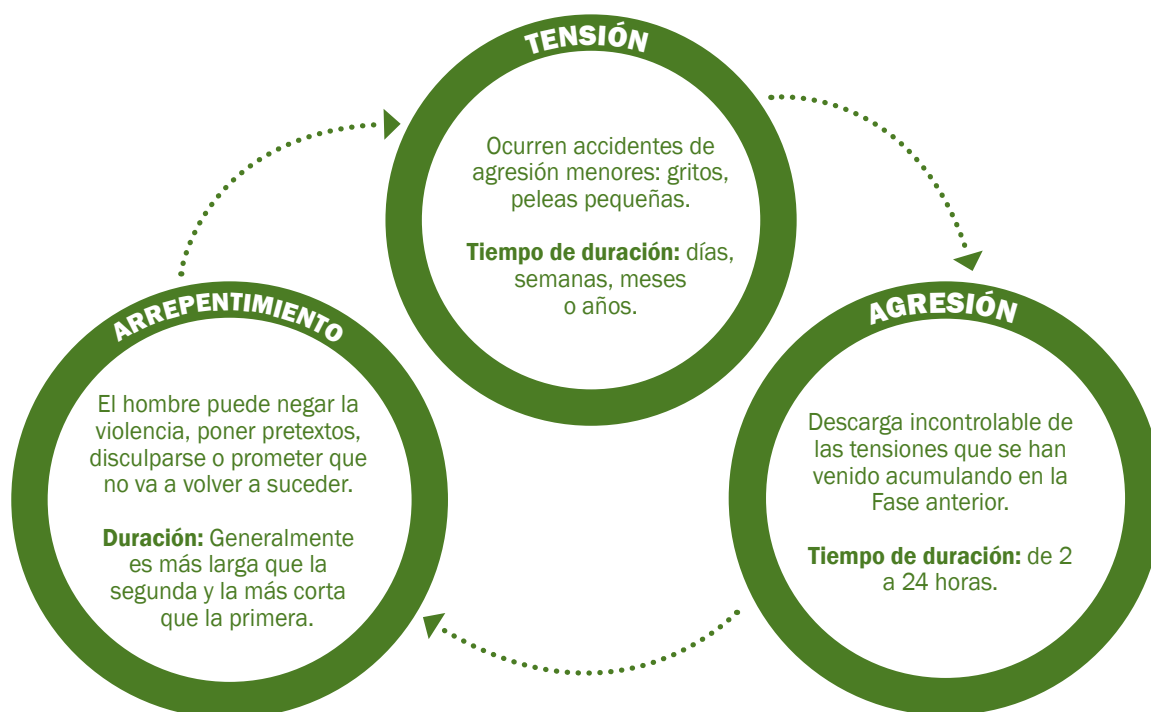


*“Explica la permanencia de la mujer en la violencia señalando que esta se desarrolla en una dinámica en la que la pareja se encuentra atrapada en un patrón de comportamiento cíclico”.*

Leonore Walker (1979), establece que la violencia familiar se da en tres fases que se repiten en forma de espiral, debido a que la fase de arrepentimiento generalmente dura muy poco. El ciclo empeora con el paso del tiempo, ocasionando que la fase de arrepentimiento se valla acortando cada vez más y que la fase de explosión sea cada vez más violenta y cruel.

45 Lila, M., García, A. & Lorenzo, M. (2011). *Manual de intervención con maltratadores*.

Modelo Walker, L. (1987)<sup>46</sup>



- ▶ **Fase de aumento de tensión:** Las agresiones son de poca gravedad o leves y poco frecuentes. La víctima genera estrategias para evadir la agresividad de la pareja, lo cual es interpretado por el hombre como una aceptación de su autoridad. Generalmente las estrategias no funcionan y generan en la víctima trastornos psicológicos como la ansiedad, depresión, insomnio, etc.
- ▶ **Explosión o incidente agudo de agresión:** Hacia el final de la fase anterior, ocurre una pérdida de control de la situación que da paso a un incidente agudo de agresión física, psicológica o sexual. Los episodios de violencia se hacen constantes y la mujer al entrar en un proceso de indefensión aprendida, además de seguir siendo expuesta y sometida con continuidad, queda sin “poder” para superar el problema.
- ▶ **Arrepentimiento:** Fase también llamada “Luna de Miel”. Al sentir miedo por la posibilidad de perder a la víctima, la persona agresora expresa su arrepentimiento y comienza a actuar de manera cariñosa y amable. Pide perdón, promete cambiar, llora, además trata de compensar a la víctima haciéndole regalos, tratándole muchas veces con extrema consideración.



**LECTURA BÁSICA:**

Características de cada una de las fases de la teoría del ciclo de la violencia.

<sup>46</sup> Adaptado de S. Deza (2012). ¿Por qué las mujeres permanecen en relaciones de violencia? Av. Psicol. 20(1) 2012, Pág. 50.

## **FASE 1: AUMENTO DE LA TENSION**

Tiempo de duración: días, semanas, meses o años.

Ocurren incidentes de agresión menores: gritos, peleas pequeñas.

### **La mujer:**

- ▶ Trata generalmente de calmar al agresor: es condescendiente, se anticipa a cada capricho, permanece “fuera del camino” de él.
- ▶ “Acepta” sus abusos como legítimamente dirigidos hacia ella: piensa que ella puede merecer ese comportamiento agresivo.
- ▶ Trata desesperadamente de evitar que él la lastime más.
- ▶ Se niega a sí misma que está enojada por ser lastimada psicológicamente y físicamente.
- ▶ Busca excusas: “tal vez yo merecía esa agresión”, “no tenía la comida a tiempo”, “no planché bien la ropa”, “salí sin decirle hacia donde iba”, “estoy ganando más que él”, “la comunidad me quiere más, etc.
- ▶ Tiende a minimizar los incidentes al saber que la persona agresora es capaz de mucho más: “no fue para tanto”, “pudo haber sido peor”, etc.
- ▶ Tiende a echar la culpa a determinada situación: “tuvo un mal día de trabajo”, “no tiene dinero”, “estaba borracho”, “está muy tenso”, etc.
- ▶ Tiene esperanza en que con el tiempo todo cambiará: “pronto pasará”
- ▶ Niega psicológicamente el terror por la inevitable Segunda Fase que se aproxima.
- ▶ Aumenta el enojo “no reconocido” y conforme avanza esta Fase ella pierde rápidamente el poco control que tenía de la situación.
- ▶ Las mujeres que ya conocen el ciclo, muchas veces “aceleran” la llegada de la Segunda Fase: “si inevitablemente ésta llegará, entonces en mejor que llegue pronto y pase”.
- ▶ Ella encubre al agresor como una manera de impedir más incidentes de agresión: lo encubre con otros/as miembros/as de la familia, da excusas de su comportamiento, aleja a las personas que quieren y podrían ayudar.
- ▶ Es incapaz de lograr el restablecimiento del aparente equilibrio en la relación.
- ▶ Evita al agresor temiendo una explosión de agresión.
- ▶ La tensión llega a ser insostenible.
- ▶ Se produce el incidente de agresión aguda.

### **El hombre:**

- ▶ Se enoja por cosas insignificantes: por la comida, por la bulla que provocan los niños y las niñas, porque su esposa o compañera no está cuando la necesita para algo, etc.
- ▶ Está sumamente sensible (todo le molesta).
- ▶ Está cada vez más tenso e irritado.
- ▶ Cada vez se vuelve más violento, más celoso; aumenta sus amenazas e incrementa las humillaciones en contra de la víctima.

## **FASE 2: INCIDENTE AGUDO DE AGRESIÓN**

Tiempo de duración: de 2 a 24 horas

Descarga incontrolable de las tensiones que se han venido acumulando en la Fase anterior.

- ▶ Hay falta de control y destructividad total.
- ▶ Ella acepta el hecho de que la ira del agresor está fuera de control.
- ▶ Ella es gravemente golpeada.
- ▶ Ella sufre tensión psicológica severa, expresada en insomnio, pérdida de peso, fatiga constante, ansiedad, etc.

- ▶ Él es el único que puede detener esta fase.
- ▶ Ella, como única opción, buscará un lugar seguro para esconderse.
- ▶ Ella obtiene la golpiza sin importar cuál sea su respuesta.
- ▶ Ella espera que pase el ataque: considera inútil tratar de escapar.
- ▶ Cuando el ataque termina hay negociación, incredulidad de que realmente ha ocurrido, racionalización de la seriedad de los ataques, ella tiende a minimizar las heridas físicas y, generalmente, no busca ayuda.
- ▶ Ella tiende a permanecer aislada. Psicológicamente funciona así: “Si no lo cuento es como si no hubiera pasado”. Experimenta indiferencia, depresión, sentimientos de impotencia.
- ▶ En esta fase es en donde alguien puede llamar a la policía. Una vez que éstos se han ido, aumenta la agresión contra la mujer.

### FASE 3: ARREPENTIMIENTO Y COMPORTAMIENTO CARIÑOSO

Tiempo de duración: generalmente es más larga que la segunda y más corta que la primera.

- ▶ Fase bienvenida por ambas partes.
- ▶ Se caracteriza por un comportamiento extremadamente cariñoso, amable y de arrepentimiento por parte de la persona agresora.
- ▶ Trae un inusual período de calma.
- ▶ La tensión acumulada en la fase uno y liberada en la fase dos ha desaparecido.
- ▶ La persona agresora generalmente se siente arrepentido, suplica perdón y promete que no lo hará nunca más. Cree que puede controlarse y cree que ella ha aprendido la lección. Utiliza a otros miembros de la familia para convencerla.
- ▶ Inicia acciones para mostrar su arrepentimiento: le da regalos, le ayuda en las labores de la casa, la lleva a pasear, etc.
- ▶ Ella se siente feliz, confiada y cariñosa.
- ▶ Ella puede pensar: “el matrimonio es una cruz para siempre” y esta Fase le da esperanza de que no todo es malo en su relación.
- ▶ Ella cree que, quedándose con él, éste tendrá la ayuda que necesita.
- ▶ Ella quiere creer que no tendrá que sufrir abusos nunca más.
- ▶ Ella cree que el agresor es, en realidad, el tipo de persona que se muestra en esta Fase.
- ▶ Se estrecha la relación de dependencia víctima-agresor.
- ▶ Antes de que ella se dé cuenta, el cariño y la calma dan lugar otra vez a los incidentes pequeños de la Primera Fase.

Después de la Tercera Fase, la primera vuelve a aparecer. Algunas mujeres pueden matar a quienes las agreden cuando inician nuevamente la Primera Fase, porque sienten que ya no soportarán una agresión más.



### CONCLUSIÓN:

*“Los modelos explicativos tomados en cuenta, permiten la comprensión del proceso en que se genera la violencia, las características en la persona agresora y dicha violencia, el cómo se mantiene, y agrava cada vez más. El modelo ecológico, identifica factores, causas e influencias relacionados a cada uno de los niveles en el que se desenvuelve una persona (individual, familiar, comunidad y social). El modelo Duluth o de la Rueda, explica y organiza las conductas que presentan las personas agresoras para demostrar poder sobre su pareja. El modelo de Escalada, presenta el avance o desarrollo que tiene la violencia familiar, aumento en intensidad y gravedad. Por último, el modelo del Ciclo de la Violencia explica por qué las mujeres violentadas permanecen en una relación de violencia”.*



## ACTIVIDAD 13

### La V.F. desde diferentes modelos teóricos

Explica el porqué de la V.F. en el siguiente caso y desde los diferentes modelos teóricos.

#### CASO Vilma

Afectada de Lima: 35 años, casada, 3 hijos/as, secundaria incompleta, ama de casa

*Mi esposo dice que cuando él era chico, él veía que su papá le pegaba a su mamá, tenían pleitos, y le pegaba duro, y a veces a él también le golpeaba bastante, sobre todo cuando se metía a defender a su mamá.*

*En mi caso, mis padres también tenían muchos problemas pero mi madre me decía que los problemas siempre existen en toda relación de pareja y que hay que aprender a sobrellevarlos, yo creo que es así pero es muy duro a veces.*

*Casi al año después que me case... en casa, cuando teníamos un pleito con mi esposo, yo ya tenía a mi hijo mayor, él desfogaba su cólera hablando todo lo que no había dicho antes: que estaba cansado, que él tenía que trabajar solo para nosotros... más que nada era agresivo verbalmente, aunque a veces sí se molesta peor ya no se controla. Conmigo más se desquitaba, más cuando no tenía trabajo y a veces no teníamos plata, o si no le salían los trabajos, entonces andaba requintado de cualquier cosa.*

*Para que no haya tanto lío en la casa yo me quedaba callada o no le decía o hacía algo para que él no se altere o requinte. Así hasta que tuve mis 2 hijas, entonces ya vivíamos casi siempre separados, porque cuando empezaba con sus problemas, yo cargaba a mis hijos y me iba donde mi mamá. Así, se calmaba un poco aunque después de vuelta empezaban los líos.*

*Sin embargo, ya hace un buen tiempo que él anda tomando mucho y llega siempre mareado, me grita y dice que está hartó, que no me va a dar ni un centavo, que solo ando en la calle, que él se ocupa de llevar el dinero y que mi obligación es ocuparme de la casa, que no tengo para que salir... cuando quiero escapar ya no me deja ni salir, me golpea mucho y hasta me obliga a estar con él. Claro después él se arrepiente y me dice que ya no volverá a pasar, que no lo quiso hacer, que no entiende porque lo hace... yo pienso que son los traumas de su infancia, creo que mi obligación es entenderlo y lo perdono, pero al poco tiempo nuevamente vuelve con lo mismo.*

*Yo he pensado a veces dejarlo pero también tengo miedo de quedarme sola, como haría para mantener a mis hijos, no tengo a donde ir, ni quién me apoye, mis padres no aprueban el divorcio y me dicen que debo aguantarme, que es la cruz que me tocó cargar y yo también lo creo, además sé que él no me va a dejar, me amenaza siempre diciendo que si lo dejo, no veré más a mis hijos, que no me dará ni un centavo y que por último nos mata a todos. También pienso que tal vez pueda hacer algo más bien para que el cambie, pero no sé qué...*

**Desde la perspectiva del Modelo ecológico** identifica factores, causas e influencias de la VF relacionados a cada uno de los niveles en el que se desenvuelve la persona.

**Desde la perspectiva del Modelo Duluth o Rueda del Poder y el Control**, señala las tácticas que emplea el esposo para ejercer control sobre la víctima, producto de sus creencias y experiencias de vida.

**Desde el Modelo de la Escala de la violencia** señala el avance o desarrollo que tiene la VF.

**Desde la perspectiva del ciclo la violencia** explica por qué la víctima permanece en esa relación de violencia.



Vilma se encuentra atrapada en el siguiente círculo de la violencia.

Tensión	Agresión	Arrepentimiento

**AUTOEVALUACIÓN: (para responder SÍ o NO)**



- ▶ ¿Conozco los modelos explicativos de la V.F.?
- ▶ ¿Explico el porqué de la V.F. en un caso específico desde los diferentes modelos teóricos?
- ▶ ¿Valoro con sentido crítico los modelos explicativos de la V.F.?

**1.3.5. LOS FACTORES DE RIESGO DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL**

**OBJETIVO:**



Identificar los factores de riesgo de la V.F.S.

**¿Cómo debemos entender el concepto de factores de riesgo?**

**LOS FACTORES DE RIESGO**

- No constituyen causas determinantes de la violencia, sino elementos asociados.
- Su identificación ayuda a la prevención e intervención de la violencia familiar y sexual.
- La presencia de estos factores, indica una mayor probabilidad de que exista violencia familiar y sexual.
- Facilitan la instalación de la violencia.



“Los factores de riesgo que se identifican se presentan en tres ejes que incluyen las características de la agredida, las características de la persona agresora y las características de la relación, que claramente aumentan la posibilidad de la ocurrencia de los actos de violencia familiar”.



**LECTURA BÁSICA:**

Los factores de riesgo en la Violencia Familiar y Sexual<sup>47</sup>

**Los Factores de riesgo que facilitan la instalación de la violencia conyugal**

- ▶ Mayor estatus del varón sobre la mujer - machismo
- ▶ Bajo nivel educativo de la mujer
- ▶ Historia de violencia familiar y sexual en la niñez
- ▶ Tener hijos/as no deseados
- ▶ Limitada autonomía en las decisiones reproductivas

47 Viviano, T. (2008). *Taller para trabajadores sociales-Factores de riesgo en la violencia familiar y social.*

- ▶ Dinámica familiar conflictiva.
- ▶ Trabajo no remunerado.
- ▶ Relación conyugal deteriorada.
- ▶ Altos niveles de estrés.
- ▶ Dificultades económicas.
- ▶ Baja autoestima.
- ▶ Baja tolerancia a la frustración.
- ▶ Tensiones psicológicas, presiones familiares.
- ▶ Exposición permanente a imágenes violentas, video juegos, películas y televisión.
- ▶ **Alcoholismo y drogadicción.**
- ▶ Exposición a la violencia en la niñez (Bronfenbrenner, 1987)<sup>48</sup>.
- ▶ Tener una actitud favorable a la violencia.
- ▶ Ser menor de 45 años.
- ▶ Menor nivel de ingreso mensual familiar.

#### **Factores de riesgo que facilitan la instalación del abuso sexual**

- ▶ Experiencia previa de abuso sexual en la niñez en los/as cuidadores/as.
- ▶ Relaciones autoritarias entre padres, madres e hijos/as.
- ▶ Niños/as no tienen habitaciones propias.
- ▶ Presencia de adolescentes mujeres.
- ▶ Tenencia de material pornográfico.
- ▶ Exposición continua a imágenes de contenido sexual.
- ▶ Sumisión, pasividad y actitud negligente de la madre.
- ▶ Hogares reconstruidos.
- ▶ Hogares donde viven otros varones adultos o adolescentes mayores varones y mujeres.
- ▶ Niños, niñas, adolescentes que viven con sus tíos/as, padrinos, madrinas o empleadores/as.
- ▶ Violencia conyugal.
- ▶ Violencia sexual.
- ▶ **Alcoholismo y drogadicción.**

#### **Factores de riesgo que favorecen la continuidad de la violencia familiar y sexual**

- ▶ Riesgosa condiciones de habitabilidad (colecho).
- ▶ Inseguridad de la vivienda.
- ▶ Dependencia económica.
- ▶ Dependencia afectiva.
- ▶ Problemas de colopatía.
- ▶ Falta de apoyo familiar.
- ▶ Vivienda de propiedad exclusiva de la persona agresora.
- ▶ Falta de información.
- ▶ Ausencia de servicios.
- ▶ Servicios inoperantes.
- ▶ Respuesta lenta de las fuerzas de seguridad o justicia.
- ▶ Insolidaridad social.
- ▶ Baja autoestima de la persona afectada.
- ▶ Deterioro de la salud física y mental de la víctima.
- ▶ Hijos/as no deseados, embarazos durante la violencia.
- ▶ Alcoholismo y drogadicción.

48 Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.



**ACTIVIDAD 14**

**Analice los factores de riesgo de la violencia contra la mujer**

El siguiente gráfico propone organizar los factores de riesgo específicamente hacia la mujer en función de tres ejes: las características de la persona agresora, las características de la víctima y las características de la relación que existe entre ambos. Analice cada uno de ellos y responda a las siguientes preguntas;



1.- ¿Analice y explique los factores de riesgo para la violencia contra la mujer a partir de las características de la víctima?

---



---



---



---

2.- ¿Analice y explique los factores de riesgo para la violencia contra la mujer a partir de las características de la persona agresora?

---



---



---



---

3.- ¿Analice y explique los factores de riesgo para la violencia contra la mujer a partir de las características de la relación de pareja?

---

---

---

---



#### **LECTURA BÁSICA:**

*Factores de riesgo específicamente hacia la mujer en función de tres ejes: las características de la persona agresora, las características de la víctima y las características de la relación que existe entre ambos.*



#### **CONCLUSIÓN:**

*“La identificación de los factores de riesgo de la V.F. simplifica el análisis de aquellos que facilitan la instalación de la violencia conyugal, los que facilitan la instalación del abuso sexual y los que favorecen la continuidad de la violencia familiar y sexual. Por su parte, los factores de riesgo de la violencia contra la mujer se pueden identificar a partir de las características de la persona agresora, de las características de la víctima y de la relación entre ambos”.*

#### **AUTOEVALUACIÓN: (para responder SÍ o NO)**



- ▶ ¿Identifico los factores de riesgo de la V.F.S.?
- ▶ ¿Analizo y explico los factores de riesgo de la violencia hacia la mujer en función de las características del agresor, la víctima y en la relación entre ambos?
- ▶ ¿Reconozco la importancia de detectar factores de riesgo de la V.F. y hacia la mujer para una intervención preventiva y de atención oportuna?

### 1.3.6. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

**OBJETIVO:**



Identifica las consecuencias de la V.F.



**Consecuencias de la violencia familiar en niñas y adolescentes pueden ser:**

- ▶ Baja autoestima
- ▶ Pocos/as amigos/as
- ▶ Comportamientos agresivos y violentos
- ▶ Desesperanza
- ▶ Culpabilidad por la situación
- ▶ Miedo, ansiedad e inseguridad
- ▶ Poco control de sí mismos
- ▶ Dificultad para concentrarse
- ▶ Bajo aprovechamiento escolar
- ▶ Dependencia
- ▶ Abandono del hogar siendo jóvenes
- ▶ Propensión a la adicción a drogas y alcohol
- ▶ Comportamiento sexual prematuro
- ▶ Ideas o intentos de suicidio



**Consecuencias de la violencia familiar en las mujeres son:**

- ▶ Baja autoestima
- ▶ Sentido de impotencia y desvalidez
- ▶ Temor en la toma de decisiones
- ▶ Enfermedades ocasionadas por la tensión
- ▶ Insomnio
- ▶ Pérdida de apetito
- ▶ Ser complaciente en extremo
- ▶ Sentido de culpabilidad por la situación
- ▶ Aislamiento
- ▶ Miedo paralizador



**Consecuencias para la salud de la mujer**

- ▶ Muerte (por homicidio, suicidio, etc.)
- ▶ Consecuencias en la salud física
- ▶ Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras... que pueden producir discapacidad.
- ▶ Deterioro funcional
- ▶ Síntomas físicos inespecíficos (por ejemplo cefaleas)
- ▶ Peor salud



**Consecuencias en condiciones crónicas de salud**

- ▶ Dolor crónico
- ▶ Síndrome del intestino irritable
- ▶ Otros trastornos gastrointestinales
- ▶ Quejas somáticas



**Consecuencias en salud sexual y reproductiva**

- ▶ Por relaciones sexuales forzadas.
- ▶ Pérdida de deseo sexual

- ▶ Trastornos menstruales
- ▶ Infecciones de transmisión sexual incluida el VIH/SIDA
- ▶ Sangrado y fibrosis vaginal
- ▶ Dispareunia
- ▶ Dolor pélvico crónico
- ▶ Infección urinaria
- ▶ Embarazo no deseado



#### **Por maltrato durante el embarazo**

- ▶ Hemorragia vaginal
- ▶ Amenaza de aborto
- ▶ Muerte fetal
- ▶ Parto prematuro
- ▶ Bajo peso al nacer



#### **Consecuencias en la salud psíquica**

- ▶ Depresión
- ▶ Ansiedad
- ▶ Trastornos del sueño
- ▶ Trastorno por estrés postraumático
- ▶ Trastornos de la conducta alimentaria
- ▶ Intento de suicidio
- ▶ Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos.



#### **Consecuencias en la salud social**

- ▶ Aislamiento social.
- ▶ Pérdida de empleo.
- ▶ Absentismo laboral.
- ▶ Disminución del número de días de vida saludable.
- ▶ Consecuencias en la salud de hijas, hijos y convivientes.
- ▶ Riesgo de alteración de su desarrollo integral.
- ▶ Sentimientos de amenaza.
- ▶ Dificultades de aprendizaje y socialización.
- ▶ Adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras.
- ▶ Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas.
- ▶ Con frecuencia son víctimas de maltrato por parte del padre o la pareja de la madre.
- ▶ Violencia transgeneracional con alta tolerancia a situaciones de violencia.



#### **CONCLUSIÓN:**

*“Los niños/as y adolescentes que son víctimas o testigos de la violencia familiar frecuentemente presentan trastornos de conducta escolar y dificultad en el aprendizaje, se vuelven introvertidos o agresivos. También registran una marcada disminución en su rendimiento intelectual, que afecta sus actividades laborales y educativas (ausentismo, dificultades de concentración, etc.)”.*

*“Las consecuencias en las mujeres víctimas de violencia familiar son numerosas y comprometen gravemente la salud y aun hasta la vida misma de las víctimas. Consecuencias a nivel físico, psicológico, social, sexual y reproductivo que marcan las vidas de mujeres y aún de generaciones de estas”. Además, y de forma simultánea, pueden surgir problemas temporales o permanentes de abuso de alcohol y fármacos, a modo de estrategias de afrontamiento inadecuadas para hacer frente a su situación de ser afectada por hechos de violencia”.*



### ACTIVIDAD 15

**Reflexiona sobre las consecuencias de la V.F. en el desarrollo integral de la(s) personas afectadas**

#### REFLEXIÓN:

*La violencia familiar, sea cual sea la forma en que se manifieste, siempre tiene consecuencias. Quienes viven la violencia, sufren una serie de consecuencias, además que el deterioro en la salud física, experimentan disminución en la autoestima, en la capacidad para relacionarse con otras personas, en la confianza que tienen en sí mismas, en los demás y en su creatividad. En cuanto a los niños y niñas, estos se vuelven tristes y agresivos, sin poder asumir responsabilidades dentro de la familia o en la escuela, se descuidan en su aseo, no estudian, son irrespetuosos y se van refugiando en amistades que tienen conductas peligrosas reprobadas por la ley como el alcoholismo, la drogadicción y la delincuencia. Además, se van convirtiendo en futuros agresores/as de sus hijos/as, ya que se convierte en la única manera que conocen de convivir y de relacionarse. Así mismo, ocurre con frecuencia la desintegración de la familia, la huida de los niños y de las niñas del hogar, quienes entonces toman la calle como casa. (\*)*

Responde las preguntas que contiene el texto y escribe una breve reflexión sobre las consecuencias de la violencia familiar.

**¿Conoces a alguien que padezca la violencia en su hogar? Piensa en esa persona ¿Cómo es? ¿Cómo se siente?**

---



---



---



---



---



---



---

#### AUTOEVALUACIÓN: (para responder SÍ o NO)



- ▶ ¿Identifico y analizo las consecuencias de la V.F. en los niños, adolescentes y mujeres?
- ▶ ¿Reflexiono sobre las consecuencias de la V.F. en el desarrollo integral de las personas afectadas?
- ▶ ¿Valoro la importancia de identificar las consecuencias de la V.F. para una intervención preventiva y de atención oportuna?

(\*) Violencia intrafamiliar (s.f).

### 1.3.7. CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA FAMILIAR CONTRA LAS MUJERES EN EL PERÚ

#### OBJETIVO:



Conocer y analizar las características de la V.F. contra las mujeres en el Perú



Los datos proporcionados por ENDES (2013)<sup>49</sup> constituyen la fuente estadística más importante e idónea para caracterizar este problema. La información recogida es en relación a las **mujeres alguna vez unidas** (casada, conviviente, divorciada, separada o viuda), si su actual o última pareja (esposo o compañero) había ejercido violencia física y sexual contra ellas, y por los resultados de dichos episodios (moretones, heridas, huesos o dientes rotos y quemaduras). Y si estas situaciones se presentaron alguna vez durante la relación con la pareja.

#### Mujeres víctimas alguna vez de violencia verbal durante la relación con la pareja.

El **62,9 por ciento** de las mujeres del país alguna vez unida, **recibieron alguna forma de control** sobre ellas por parte del esposo o compañero, como: la insistencia en siempre saber todos los lugares donde ella va (45,5 por ciento), celos, molestia (41,5 por ciento), impedimento de recibir visita o de visitar a sus amistades (19,5 por ciento), acusación de ser infiel (17,5 por ciento), o desconfianza de ella con el dinero (15,2 por ciento). La mayoría de estas mujeres tenían entre 15 a 19 años de edad, eran divorciadas, separadas y viudas, y procedentes de la zona rural.

Otra forma de violencia verbal, fue recibida por un 21,2 por ciento de mujeres a partir de **situaciones humillantes** delante de los demás. En su mayoría fueron mujeres de 45 a 49 años de edad, divorciadas, separadas o viudas, con educación primaria y del segundo quintil de riqueza; residentes en **el ámbito urbano**, en la región Sierra y en los departamentos de Cusco, Ayacucho y Junín.

Por su parte, un 19,7 por ciento del total de mujeres también fueron amenazadas por su esposo o compañero con irse de la casa o quitarle a sus hijas(os) o la ayuda económica. Mayormente estas mujeres tuvieron entre 45 a 49 y de 40 a 44 años de edad. Las mujeres divorciadas, separadas o viudas sufrieron esta amenaza en 2,8 veces al porcentaje de las casadas o convivientes. **También en su mayoría son mujeres del área urbana** (20,6 por ciento), de la región Selva (21,6 por ciento) y del departamento de Cusco (32,8 por ciento).

#### Mujeres víctimas alguna vez de violencia física y sexual durante la relación con la pareja

El 36,4 por ciento de las mujeres alguna vez unidas, manifestaron que **fueron víctimas de violencia física y sexual por parte de su esposo o compañero**. La mayoría de las afectadas fueron de 40 y 44 años de edad (41,8 por ciento), con educación secundaria (40,2 por ciento) y con educación primaria y sin educación (37,6 por ciento en promedio) situadas en el segundo quintil y en el quintil intermedio (43,8 y 38,6 por ciento respectivamente), **residentes del área urbana (37 por ciento), Selva (39,1 por ciento) y Sierra (38,8 por ciento) y en los departamentos de Junín y Ayacucho (50,1 por ciento y 49,7 por ciento respectivamente)**.

Como formas de violencia física, que el esposo o compañero la empujó, sacudió o le tiro algo (29,2 por ciento), de ellas, el 33 por ciento en promedio, tenían entre 40 y 49 años de edad,

49 Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014). *Encuesta demográfica y de salud familiar 2013*.



el 48,7 por ciento fueron divorciadas, separadas o viudas. De ellas el 31,6 por ciento tenían educación secundaria, el 28,7 por ciento en promedio, presentaban, educación primaria y sin educación, y estuvieron ubicadas en el segundo quintil y cuarto quintil de riqueza, con un 35,2 por ciento y un 31,7 por ciento respectivamente. **El mayor porcentaje de esta forma de violencia se presentó en el ámbito urbano (29,7 por ciento); mientras que según región se observó el mayor porcentaje en la Sierra (32,7 por ciento), seguido por la Selva (30,0 por ciento), Resto Costa (27,4 por ciento) y Lima Metropolitana (26,7 por ciento).**

Otra forma encontrada fue, en donde el esposo o compañero la abofeteo o retorció el brazo (23,1 por ciento), ocurriendo con mayor frecuencia en mujeres de 40 a 49 años. (26,8 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (42,0 por ciento), sin educación (26,9 por ciento), situadas en el segundo quintil y quintil intermedio de riqueza (27,1 por ciento en promedio). Siendo este tipo de violencia significativa tanto en el área rural como urbana (23,3 y 23,1 por ciento, respectivamente), Sierra y Selva (25,9 y 24,5 por ciento, respectivamente) y en los departamentos de Cusco, Junín y Ayacucho (39,4, 33,0 y 32,6 por ciento correspondientemente).

Otras formas de violencia que podrían ser consideradas como peligrosas por que podrían ocasionar la muerte fue, el ataque, agresión con pistola, cuchillo u otra arma (1,7 por ciento), amenaza con un cuchillo, pistola u otra arma (2,4 por ciento) e intento de estrangulamiento o de quemarla (3,6 por ciento), no obstante, estas formas de violencia se presentaron en menor porcentaje.

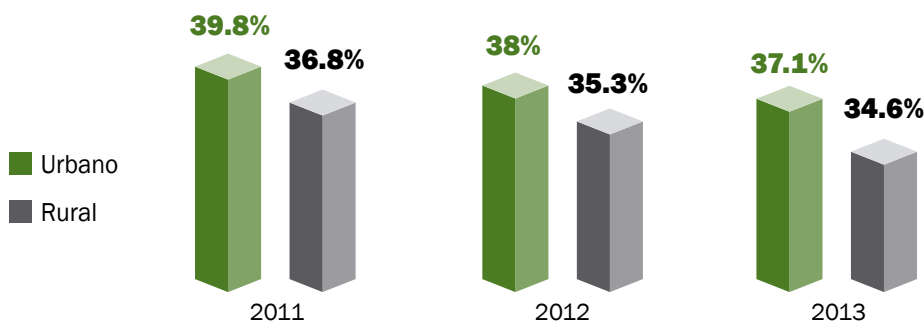
Entre las **formas de violencia sexual**, el 7,6 por ciento de las mujeres alguna vez unidas manifestaron que su esposo o compañero las obligó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, en su mayoría tenían de 40 a 49 años de edad (9,5 por ciento, en promedio), divorciadas, separadas o viudas (20,9 por ciento), 4 veces al porcentaje de casadas o convivientes (5,3 por ciento), sin educación (10,0 por ciento) y educación primaria (8,7 por ciento) y situadas en el segundo quintil de riqueza (10,5 por ciento). **Esta situación fue casi similar en el área rural y urbana (7,9 y 7,4 por ciento, respectivamente), en la Sierra y Selva (9,1 y 7,9 por ciento respectivamente) y en los departamentos de Apurímac (17,2 por ciento), Cusco (14,5 por ciento) y Junín (14,1 por ciento).**

Otra forma de violencia sexual fue que su esposo o compañero la obligó a realizar actos sexuales que ella no aprueba (4,2 por ciento), siendo de mayor ocurrencia en aquellas mujeres de 40 a 44 años de edad (5,7 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (12,3 por ciento), 4,3 veces a lo observado en casadas o convivientes (2,8 por ciento), con educación secundaria y primaria (4,9 y 4,6 por ciento, respectivamente), ubicadas en el segundo quintil de riqueza (6,4 por ciento); residentes en el **área urbana y rural (4,2 por ciento en los dos casos), en la Sierra y Selva (5,2 y 4,6 por ciento) y en los departamentos de Apurímac (9,8 por ciento), Junín (9,4 por ciento) y Moquegua (6,5 por ciento).**

#### **Evolución del maltrato físico y sexual por parte del esposo o compañero**

De acuerdo al ENDES (2011, 2012, 2013) la evolución del maltrato físico y sexual por parte del esposo o compañero habría disminuido, notándose en el año 2012 el descenso de 1,8 por ciento en el área urbana (de 39,8 a 38 por ciento) y de 1,5 en el área rural (de 36,8 a 35,3 por ciento), en relación al año anterior., descendiendo aún más en el año 2013, en un 0,9 por ciento en el área urbana (de 38 a 37,1 por ciento) y en un 0,7 por ciento en el área rural (de 35,3 a 34,6 por ciento). Evidenciando en estos estudios, que **en las zonas urbanas sería mayor el número de mujeres unidas maltratadas, pero de acuerdo a región natural, en la Sierra y Selva habría más violencia y menos en el Resto Costa y Lima Metropolitana.**

**Maltrato físico y sexual por parte del esposo o compañero  
Por área de residencia (ENDES 2011, 2012, 2013)**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014).  
Encuesta demográfica y de salud familiar 2013



**ACTIVIDAD 16**

**Principales Indicadores de Violencia Familiar a Mujeres  
(15-49 años) alguna vez unidas (porcentaje)**

Analice la magnitud de la violencia familiar contra las mujeres entre 15-49 años alguna vez unidas a partir de los siguientes indicadores (ENDES 2013).

Prevalencia de Principales Indicadores	2009	2013
Experimentaron violencia física por el esposo o compañero	38.8	35.7
Área urbana	39.3	36.4
Área rural	37.7	33.9
Soportó violencia sexual	8.0	8.4
Área urbana	7.8	8.4
Área rural	8.4	8.5
Fueron agredidas alguna vez bajo los efectos del alcohol por el esposo o compañero	57.1	55.4
Área urbana	53.7	53.2
Área rural	64.3	61.8
Mujeres de 15-49 años de edad que fueron maltratadas por otras personas (Porcentaje)	20.3	15.1
Área urbana	23.0	16.6
Área rural	13.4	10.6

1. ¿Qué opina respecto a la mayor violencia física por parte del esposo o compañero a la mujer en el área urbana?

---



---



---

2. ¿Qué opina de la mayor violencia sexual bajo los efectos del alcohol por el esposo o compañero a la mujer en el área rural?

---

---

---

3. ¿Qué opina de la mayor agresión bajo los efectos del alcohol en el área rural por parte del esposo o compañero hacia la mujer en el área rural?

---

---

---

4. ¿Qué opina sobre el hecho de que exista mayor porcentaje de casos de mujeres del área urbana que fueron maltratadas por otras personas?

---

---

---

**AUTOEVALUACIÓN: (para responder SÍ o NO)**



- ▶ ¿Conozco las características de la VF contra las mujeres?
- ▶ ¿Analizo la magnitud de la VF contra las mujeres?
- ▶ ¿Valoro la importancia de conocer las tendencias de la V.F. contra las mujeres para la prevención y atención adecuada de casos?

**HOJA DE RESPUESTAS  
ACTIVIDAD 11**

**Factores Determinantes de la Violencia Familiar identificados en el caso**

- ✓ Historia personal (“En su familia le enseñaron a respetar al hombre como la cabeza de la familia”)
- ✓ Autoritarismo y Machismo
- ✓ Consumo de alcohol
- ✓ Niveles bajos de ingresos
- ✓ Dependencia económica.
- ✓ Inseguridad, Inmadurez psicológica y emocional (“No sabía cómo mantener a sus hijos”)



## HOJA DE RESPUESTA ACTIVIDAD 13

### CASO: VILMA

Afectada de Lima: 35 años, casada, 3 hijos, secundaria incompleta, ama de casa

- Desde la perspectiva del Modelo ecológico** identifica factores, causas e influencias de la VF relacionados a cada uno de los niveles en el que se desenvuelve la persona.

**Factores individuales.** *Experiencias tempranas de violencia familiar, tanto de la persona agresora como de la víctima, miedo de quedarse sola, dependencia económica en la mujer, baja autoestima, ...*

**Factores familiares.** *Familia disfuncional; se observa falta de comunicación y baja capacidad de resolución de problemas "...cuando empezaba con sus problemas, yo cargaba a mis hijos y me iba donde mi mamá. Así, se calmaba un poco aunque después de vuelta empezaban los líos", ...*

**Factores de la comunidad.** *No cuenta con soporte social ni redes de apoyo.*

**Factores sociales.** *Creencia de que la violencia es parte de toda relación de pareja, así como, que toda persona tiene una cruz que debe cargar,...*
- Desde la perspectiva del Modelo Duluth o Rueda del Poder y el Control**, señala las tácticas que emplea el esposo para ejercer control sobre la víctima, producto de sus creencias y experiencias de vida.

**Intimidación.** *La amenaza todo el tiempo diciendo que si lo dejo, no verá más a sus hijos, que no le dará ni un centavo y que por último los mata a todos.*

**Abuso emocional.** *Le dice que no sirve para nada, que está harto, le grita...*

**Aislamiento de la mujer.** *No la deja salir más.*

**Minimización, culpabilidad.** *La hace sentir culpable de su conducta diciendo, estoy cansado, tengo que trabajar solo para nosotros, ...*

**Utilización de los/as hijos/as.** *Si me dejas, no los vuelves a ver, es más los mato*

**Abuso económico.** *Si me dejas, no te doy ni un centavo*

**Abuso sexual.** *La obliga a tener relaciones cuando esta mareado*

**Utilización de los privilegios masculinos.** *Yo soy el que me encargo de traer el dinero y tú te ocupas de las cosas de la casa*
- Desde el Modelo de la Escala de la violencia** señala el avance o desarrollo que tiene la VF.

**Escalada de la violencia psicológica a la física.** *Al principio era agresivo más que nada verbalmente, aunque a veces si se molestaba peor ya no se controlaba.*

**Escalada de la violencia física y sexual.** *Ya hace un buen tiempo que él anda tomando mucho... me golpea mucho y hasta me obliga a estar con él.*
- Desde la perspectiva del ciclo la violencia** explica por qué la víctima permanece en esa relación de violencia.

#### Vilma se encuentra atrapada en el siguiente círculo de la violencia.

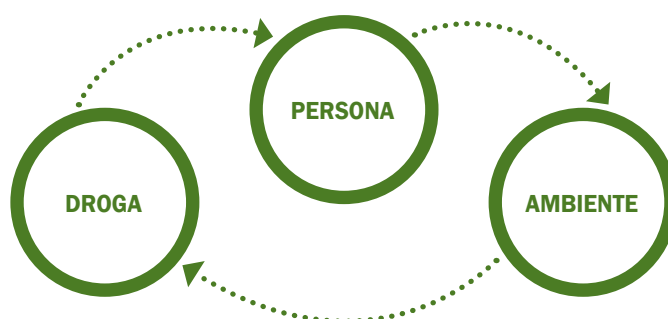
Tensión	Agresión	Arrepentimiento
<p>La víctima desarrolla estrategias para evadir las situaciones de violencia por parte del esposo, tales como: "Para que no haya tanto lío en su casa se quedaba callada o no le decía o hacía algo para que él no se altere o requinte".</p> <p>Crea justificaciones "... pienso que son los traumas de su infancia. Piensa que puede hacer algo para que cambie...</p>	<p>"... cuando él llega mareado, la grita y le dice que está harto..., la golpea mucho y hasta la obliga a estar con él.</p> <p>Ya ha pensado en dejarlo, pero....</p>	<p>Él se arrepiente y le dice que ya no volverá a pasar, que no lo quiso hacer, que no entiende porque lo hace...</p> <p>Ella cree que es su obligación entenderlo y lo perdona, pero al poco tiempo nuevamente vuelve con lo mismo.</p>

## 1.4 CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

### 1.4.1. EL MODELO ECOLÓGICO EXPLICATIVO DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS



“Según el Modelo Ecológico, el uso y abuso de drogas tiene 3 componentes: las drogas, la persona y el ambiente”.



#### LAS DROGAS

Son las sustancias que al ser ingeridas pueden modificar una o más funciones del organismo, especialmente del sistema nervioso central.

Su condición de uso y abuso dependerá del tipo de droga, los efectos que produzca, la cantidad de dosis consumida, la frecuencia de uso, el tiempo de uso, la forma de ingesta, la dependencia y la tolerancia a la droga de consumo, etc.

Existen drogas que pueden desarrollar una capacidad adictiva a mediano y largo plazo, tales como: el alcohol, el tabaco y ciertos medicamentos (sedantes y analgésicos)

Y hay otras drogas que son capaces de originar adicción en un plazo más inmediato (antes de 1 años), aunque dependerá además de otros factores, tales como: la marihuana, la cocaína, las anfetaminas y la heroína.

#### LAS PERSONAS

Son los/las niños/as, adolescentes, jóvenes o personas adultas que por muchas razones o circunstancias hacen uso y abuso de drogas desde niveles de iniciación hasta los grados de dependencia crónica.

Su condición de uso y abuso dependerá de determinados factores individuales que las caractericen, tales como: la edad y el género, el estado de salud (características físicas), el estado emocional (y sus motivaciones para el consumo), la personalidad, sus actitudes y expectativas hacia el uso de la droga, otras variables socio-cognitivas, uso de otras sustancias, etc.

## EL AMBIENTE

Lo constituye el entorno físico y sociocultural, cuyas características pueden propiciar o controlar el uso indebido de drogas. Estas características corresponden al entorno microsocioal y macrosocioal.

El entorno MICROSOCIOAL está referido a las influencias que figuran en el contexto inmediato y general que rodea a la persona: la familia, el grupo de amigos, la escuela, la iglesia, etc., y que condicionan su conducta en relación a las drogas.

El entorno MACROSOCIOAL está referido a las condiciones sociales y culturales que rodean a las personas y contribuyen a la configuración de su propio sistema de valores y actitudes, tanto vitales como ante la droga. Algunas características del contexto sociocultural son: las leyes y normas establecidas, el sistema de valores dominante y actitudes sociales determinadas (la aceptación del uso de drogas en el medio social, los mitos sobre la droga, los mensajes emitidos por los medios de comunicación, etc.



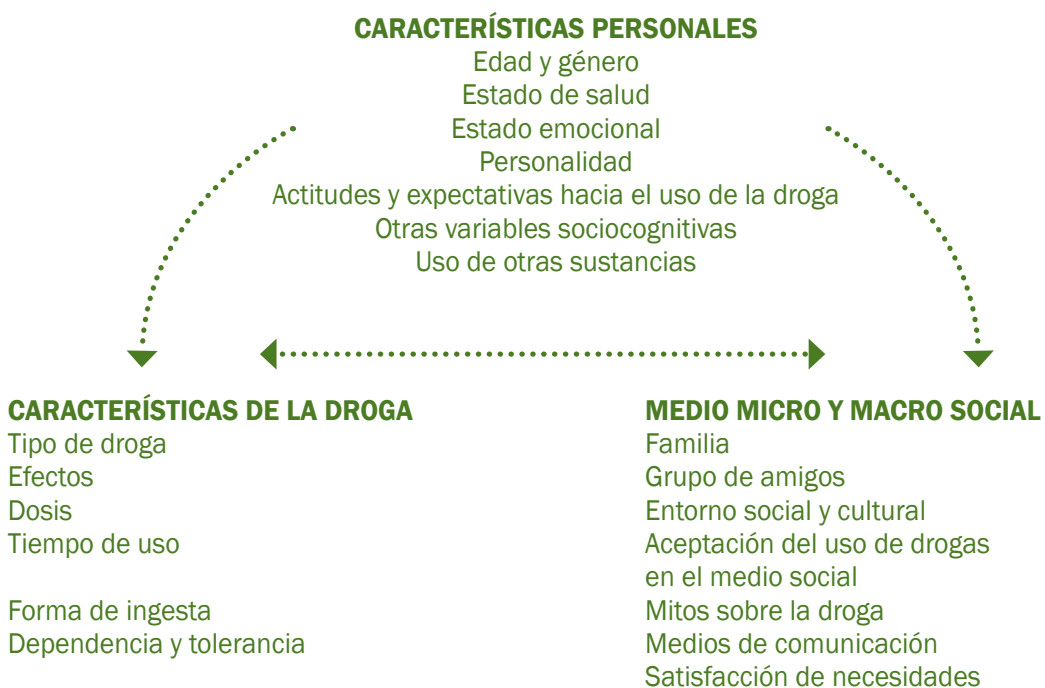
## CONCLUSIÓN:

*“El modelo ecológico es un modelo integral que entiende que el problema del uso y abuso de drogas se presenta por la interacción dinámica de tres componentes: la droga, la persona y el ambiente”.*



## ACTIVIDAD 17

### Componentes del Modelo Ecológico



1. Explique las características del componente Persona

---

---

---

2. Explique las características del componente Droga

---

---

---

3. Explique las características del medio micro y macrosocial

---

---

---

**AUTOEVALUACIÓN: (para responder SÍ o NO)**



- ▶ ¿Conozco el modelo ecológico explicativo del consumo de alcohol y drogas?
- ▶ ¿Explico los diferentes componentes del modelo ecológico en relación al consumo de alcohol?
- ▶ ¿Reconozco en el modelo ecológico una teoría explicativa integral del consumo de alcohol y otras drogas?

**1.4.2. ESTRATEGIAS Y ENFOQUES DE LA PREVENCIÓN**

**OBJETIVO:**



Conoce las estrategias y enfoques de prevención



**ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN**

A continuación se describen las principales estrategias empleadas en la prevención:

**Estrategias Informativas.** Consisten en incrementar los niveles de información sobre las drogas y sus efectos, suponiendo que con ello se sensibiliza y motiva a la comunidad, fortaleciendo sus actitudes y conductas contrarias al consumo de sustancias. Es una estrategia inicial y es

recomendable no emplear métodos que impliquen miedo. La información debe ser científica, objetiva.

**Estrategias de Aprendizaje y Desarrollo de Habilidades.** Es una estrategia que enfatiza los aspectos formativos para el desarrollo de la personalidad, en el supuesto que una persona bien formada tendrá mayores posibilidades de hacer frente con éxito a los numerosos factores de riesgo relacionados con el uso indebido de sustancias psicoactivas. En este sentido, las actividades se orientan a generar experiencias para que las personas: afiancen su identidad personal, familiar y social; mejoren sus niveles de autoconcepto, autoestima, asertividad y autocontrol; desarrollen actividades para el manejo adecuado del estrés y la ansiedad, y para la adecuada toma de decisiones; mejoren sus habilidades para la comunicación y la solución de conflictos.

**Estrategias de Habilidades de Resistencia Social.** Son las estrategias de desarrollo de las habilidades sociales, que ponen énfasis en aquellas orientadas a generar en las personas los mecanismos necesarios para hacer frente a la presión grupal y social; a desarrollar el sentido crítico frente a los mensajes publicitarios para una opción autónoma y constructiva para sí mismo, su familia y su comunidad.

**Estrategias de generación de alternativas.** Estas estrategias se orientan a desarrollar en las personas estilos diferentes de celebrar, compartir, de expresar sentimientos, de resolver problemas, de utilizar el tiempo libre de modo más saludable sin el consumo de drogas y desarrollar estilos de vida más constructivos.

**Estrategias de Desarrollo Social.** Estas estrategias parten del supuesto que las personas desarrollan mejor su personalidad en contextos materiales y psicosociales favorables, por lo tanto es importante el mejorar las condiciones de la familia, la escuela, el barrio, para que los/la niños/as y jóvenes varones y mujeres, se desarrollen en un clima de confianza, de seguridad, de práctica de valores, de paz, y de estilos de vida saludable.

## ENFOQUES DE LA PREVENCIÓN

A continuación se describen los principales enfoques empleados en la prevención:

**Enfoque Coactivo o mediante el miedo.** Se basa en la advertencia y el miedo frente al impacto de las drogas.

**Enfoque Ético Jurídico.** Divulga acerca de la legislación punitiva y las sanciones que recibiría una persona por posesión de sustancias, tráfico y micro comercialización.

**Enfoque Médico Sanitario.** Presenta el problema de las drogas mediante datos epidemiológicos con el propósito de comprender el comportamiento del agente patógeno y el entorno y analizar las posibilidades de su eliminación.

**Enfoque Socio Cultural.** En este enfoque los factores socioculturales determinarían la conducta de consumo de drogas y sería una forma de respuesta de la dinámica social cultural.

**Enfoque Psicosocial.** Este enfoque enfatiza que las deficiencias del proceso de socialización vulnerarían la personalidad y la pondría en condiciones de desarrollar comportamientos de consumo, abuso y dependencia. Pone un especial énfasis en la responsabilidad de la familia y la sociedad como factores del abuso de las drogas y la dependencia.

**Enfoque Informativo.** Los enfoques de información brindan conocimientos acerca de las drogas, sus efectos, puntos de vista a favor y en contra y buscan que las personas tomen



decisiones responsables. Este enfoque informativo incluye la educación para la salud e información sobre drogas, tal como la farmacología, efectos y consecuencias del consumo, métodos de consumo, etc.

**Enfoque basado en la Educación Situacional.** Se basa en la comunicación de la información real acerca del consumo, además de describir las situaciones o factores a partir de los cuales la droga se consume.

**Enfoque basado en los Valores y Aptitudes.** Este enfoque promueve la transmisión de valores, los conflictos intergeneracionales y las estrategias y metodologías de cómo enfrentar los problemas de la familia y de los hijos y la clarificación de los valores que son incompatibles con las drogas.

**Enfoque de las Habilidades Sociales.** Mediante este enfoque se desarrollan programas que enseñan a manejo del estrés, la autoestima, entrenamiento en habilidades de resistencia, (aprendizaje de la resistencia, a aprender estrategias para decir “NO”, entrenamiento en habilidades de vida, establecimiento de normas y alternativas frente a la propuesta de consumo de drogas.

**Enfoque de participación.** Busca promover la participación comprometida de las personas en la prevención e incluye el desarrollo de actitudes constructivas, valores, orientaciones, experiencias, sentido de vida, oportunidades, actividades, ocupaciones y programas que puedan evitar el consumo de drogas o disminuirlos, al proporcionar mayores satisfacciones que las drogas.



**CONCLUSIÓN:**

*“Existen importantes e interesantes estrategias y enfoques a utilizar en el trabajo de prevención del consumo de drogas”.*



**LECTURA BÁSICA:**

*Lineamientos para las acciones preventivas promocionales de los CEM.*<sup>50</sup>

**AUTOEVALUACIÓN: (para responder SÍ o NO)**



- ▶ ¿Conozco el modelo ecológico explicativo del consumo de alcohol y drogas?
- ▶ ¿Explico los diferentes componentes del modelo ecológico en relación al consumo de alcohol?
- ▶ ¿Reconozco en el modelo ecológico una teoría explicativa integral del consumo de alcohol y otras drogas?

<sup>50</sup> Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual. *Lineamientos para las acciones preventivas promocionales de los CEM.* Unidad Gerencial de prevención y Desarrollo de Capacidades. Lima: MIMP.

### 1.4.3. LOS FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

#### OBJETIVO:



Identificar los factores de riesgo y factores protectores que influyen en el consumo alcohol y otras drogas



Desde la perspectiva ecológica, las investigaciones, así como la casuística, se señala que el inicio y la continuación del uso y abuso de drogas, es influido por un conjunto de situaciones, eventos o características a nivel individual, familiar o social, denominados “**Factores de Riesgo**” que al relacionarse aumentan la probabilidad de que las personas se involucren en el consumo indebido de drogas.

#### FACTORES DE RIESGO<sup>51</sup>:

##### Factores ligados al propio individuo

- ▶ Imagen pobre de sí mismo, consecuentemente baja autoestima.
- ▶ Actitud pasiva frente a la vida
- ▶ Baja tolerancia a las frustraciones.
- ▶ Problemas en la búsqueda de identidad personal.
- ▶ Trastornos de conductas como: rebeldía, impulsividad, agresividad, inseguridad.
- ▶ Ausencia de habilidad para tomar decisiones con autonomía y responsabilidad.
- ▶ Ausencia de metas y proyecto de vida.
- ▶ Uso precoz de sustancias socialmente aceptadas como el alcohol y el tabaco.
- ▶ Patrón de conducta no asertiva.
- ▶ Ausencia de alternativas saludables para superar sentimientos negativos o situaciones de tensión.
- ▶ Bajas aspiraciones educativas, desinterés por el colegio

##### Nivel de contexto familiar

La familia como contexto inmediato en el que vive el niño, la niña, el adolescente y la adolescente, va a tener una gran repercusión en la modelación de conductas proclives o resistentes frente al uso indebido de drogas. Presentan mayores riesgos las familias que evidencian:

- ▶ Familias disfuncionales con ausencia o confusión de roles parentales.
- ▶ Conductas punitivas, permisivas o de sobreprotección.
- ▶ Conflictos familiares frecuentes con ausencia de normas y figuras de autoridad.
- ▶ Patrones de consumo de sustancias psicoactivas en niveles que comprometen la salud.
- ▶ Ausencia de comunicación y afectividad.

##### Factores en el contexto socio cultural

A nivel macrosocial, un conjunto de situaciones ambientales y socio culturales y en determinados momentos históricos de una colectividad, se constituyen en factores de riesgo como:

- ▶ La profusa difusión de modelos consumistas a través de los medios de comunicación social.
- ▶ La intensa publicidad de las sustancias psicoactivas socialmente aceptadas.

51 Centro de Estudios Prevención, Tratamiento, Investigación y de Salud (2002). *Programa de Prevención del uso indebido de sustancias psicoactivas*. Lima: CEPTIS.

- ▶ El fácil acceso a diversas sustancias, sumado a los insuficientes mecanismos de control social.
- ▶ La intensa comercialización de las sustancias ilícitas, con un peligroso incremento en el “mercado” interno como consecuencia del abaratamiento de la producción particularmente de pasta básica de cocaína.
- ▶ La circulación de mitos y estereotipos que interesadamente se hace circular, considerando a algunas drogas como suaves o que no causan dependencia particularmente en determinados grupos etarios.
- ▶ El fácil acceso a sustancias legales e ilegales por parte de los/las niños/as por incumplimiento de las normas de control.
- ▶ El déficit social de alternativas saludables para la recreación, frente a la proliferación de centros de diversión en donde los riesgos de consumo de sustancias psicoactivas son frecuentes por la ausencia de mecanismos adecuados de control.



### **FACTORES DE PROTECCIÓN:**

Los “**factores protectores**” son igualmente un conjunto de situaciones, eventos o características a nivel individual, familiar o social, pero que al relacionarse disminuyen probabilidad de que las personas se involucren en el consumo indebido de drogas. Estos pueden ser:

#### **Factores de protección a nivel personal**

- ▶ Una definida identidad personal con adecuado nivel de autoconcepto y autoestima.
- ▶ Habilidades para la toma de decisiones con autonomía y responsabilidad.
- ▶ Práctica permanente de hábitos, habilidades, actitudes y conductas dentro de un estilo de vida saludable.
- ▶ Manejo de alternativas saludables para superar sentimientos negativos y de estrés.
- ▶ Capacidad para la búsqueda, procesamiento y análisis de conocimientos sobre la droga y sus efectos negativos, adoptando conductas que eviten su uso indebido.
- ▶ Práctica de alternativas saludables para recrearse, compartir, celebrar y utilizar racional y productivamente el tiempo.
- ▶ Habilidades para asumir una posición autónoma y saludable frente a los mensajes publicitarios y la presión de grupo.

#### **Factores de protección a nivel familiar**

Una familia se constituye en un contexto de protección contra el uso indebido de drogas y otros problemas sociales en la medida que evidencia:

- ▶ Integración con adecuada delimitación de roles, derechos y responsabilidades.
- ▶ Espontaneidad y coherencia en la expresión de la afectividad.
- ▶ Un clima de confianza y seguridad para la expresión de ideas y sentimientos entre todos/as los/as integrantes independientemente de las edades y sexo.
- ▶ Normas que se aceptan, practican valorándolas como necesarias para una convivencia pacífica y como expresión de respeto a sí mismo/as y a los/as demás.
- ▶ Oportunidades para el desarrollo de las habilidades para la toma de decisiones con autonomía y responsabilidad.
- ▶ Respeto a la individualidad de cada integrante con aceptación y reconocimiento de las características personales en un ambiente de respeto recíproco.
- ▶ Modelos de vida positivos en relación al cuidado de la salud integral, la práctica de valores y la abstención del uso indebido de sustancias psicoactivas.
- ▶ Práctica de alternativas saludables para compartir, recrearse, celebrar y usar racional y productivamente el tiempo.

### Factores a nivel de comunidad y sociedad

- ▶ Normas y las políticas públicas apoyan el NO uso o consumo de drogas entre la juventud.
- ▶ Disminuyendo el acceso físico y social a las drogas
- ▶ Crea hábitos saludables y un discurso alternativo al consumo de drogas
- ▶ Ofrece el acceso a los recursos (vivienda, servicios médicos, capacitación para el trabajo, empleo y el recreo)
- ▶ Ofrece redes de apoyo y lazos sociales
- ▶ Involucra a la juventud en el servicio social y comunitario.



### CONCLUSIÓN:

*El Enfoque Ecológico, nos permite visualizar una estrategia global para la solución del problema, ésta será posible cuando la sociedad en su conjunto actúe de manera sistemática sobre los tres elementos: la droga, la persona y el ambiente, lo cual puede ser;*

- ▶ *Adoptando las medidas más convenientes para el control de la producción, distribución y circulación de las sustancias psicoactivas.*
- ▶ *Promoviendo la formación y desarrollo de la persona con características biológicas, psicosociales y morales que las hagan menos vulnerables al uso de las drogas y con alternativas saludables para el desarrollo personal y social.*
- ▶ *Adoptando las medidas para proporcionar al hombre un ambiente físico, económico, sociocultural y ético saludables.*



### ACTIVIDAD 18

**Analice los factores asociados a la facilidad de acceso, disposición al consumo, ofrecimiento, demanda de orientación y tratamiento por consumo de drogas ilegales<sup>52</sup>**

- ▶ Respecto a **la percepción del riesgo del consumo de drogas ilegales**, los resultados son preocupantes, ya que el desconocimiento del riesgo y el considerar que el consumo lleva a un riesgo menor, hace que aumente la prevalencia de consumo de drogas en la población.
- ▶ Asimismo, se encuentra que **la facilidad para acceder** a dichas sustancias es mayor para la marihuana, seguida por la cocaína, el PBC y el éxtasis.
- ▶ De otra parte, un 1.8% de la población indica una fuerte **disposición al consumo de drogas ilegales**, el 6.8% una moderada disposición y el 91.4% restante señala no tener disposición.
- ▶ Las **drogas ilegales que registran mayores ofrecimientos** son; la marihuana, pues aproximadamente nueve de cada diez personas refiere que dicha droga le fue ofrecido por lo menos una vez en su vida, seguida por la PBC, cocaína y el éxtasis. Es importante reconocer la relación que existe entre el ofrecimiento de drogas y el uso de dichas sustancias, ya que a cuanto más reciente sea el ofrecimiento, mayor es el consumo de las drogas ilegales.
- ▶ **El pertenecer a un grupo familiar integrado** previene contra el uso de las drogas ilegales, en tanto que constituyen un importante soporte emocional para sus miembros. Las familias no integradas, por el contrario, favorecen el consumo de drogas ilegales entre sus miembros.

<sup>52</sup> Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (2012). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en la Población General del Perú 2010*. Lima: DEVIDA.

- ▶ **Vulnerabilidad social.** La calidad de convivencia y la seguridad que ofrece la comunidad a las personas que viven en su interior, previenen contra el uso de marihuana, más no necesariamente contra el consumo de sustancias cocaínicas, inhalantes y éxtasis. Por su parte, los entornos comunitarios que no garantizan una convivencia y seguridad adecuadas, por el contrario, hacen más vulnerables a las personas e incrementan la probabilidad de que éstas se inserten en el consumo de marihuana.
- ▶ Las personas que registran **antecedentes de consumo de sustancias y/o delictivos en su grupo familiar y de amigos** tienden a consumir más drogas ilegales que aquellas que no registran estos antecedentes familiares o en sus amigos.
- ▶ El estudio reporta además otros factores en la población escolar que han emergido como factores de riesgo producto de la globalización; **el juego patológico (ludopatía) y los comportamientos de riesgo como integrar una pandilla, buscar peleas con cierta frecuencia, tener relaciones sexuales no protegidas, pasar mucho tiempo jugando en internet, relacionarse con personas de dudosa reputación, frecuentar fiestas, discotecas, tragamonedas, estar en la calle, etc.**; en todos los cuales se encuentra evidencias que los relacionan con el uso de sustancias legales, ilegales y médicas, visibilizándolos como importantes factores de riesgo.
- ▶ Mostrando por el contrario que **la inclusión de los adolescentes varones y mujeres en las instituciones educativas**, reduce la incidencia de dichos factores de riesgo, al igual que el involucramiento de los padres y madres referido a su disposición de prevenir el consumo de drogas en sus hijos/as.
- ▶ Por último, a mayor **involucramiento paterno** (tiene conocimiento del paradero de sus hijos/as cuando salen del colegio o cuando no están en casa, prestan atención a lo que hacen sus hijos/as en el colegio, se sientan en la mesa junto a sus hijos/as, controlan sus salidas los fines de semana, tienen conocimiento del lugar al que van cuando salen de casa y conocen a sus amigos y amigas), mayor disposición preventiva en los progenitores, y viceversa: a menor involucramiento, menor disposición preventiva.

#### **Demanda de orientación y tratamiento por consumo de drogas ilegales.**

La tercera parte de la población siente que necesita orientación **sobre el uso de alcohol, tabaco y otras drogas**, siendo mayor esta demanda en Lima (considerando número de personas) y la población de la Sierra.

El 62% de la población ha tenido **acceso a este servicio de orientación**, aunque solo el 40,2% quedó satisfecho, siendo Lima la región de mayor acceso y satisfacción, y los de menor acceso y satisfacción, la población de la Selva y la Sierra.

Por su parte, solo el 0,9% de la población urbana (106,042 personas) demanda algún tipo de tratamiento y orientación especializada en el sistema de salud por problemas de consumo de drogas, aún a pesar de haberse detectado por ejemplo; más de 180,000 personas solo en el último año (2012) que podrían estar experimentando algún daño a su salud física y mental y un mayor riesgo psicosocial debido al uso reciente y actual de drogas ilegales.

Respecto a las **acciones de prevención del consumo de drogas ilegales** se reportó que el 18,1% de este tipo de actividades se realizan en las instituciones educativas seguido por los Centros de Salud, y las ONGs estarían cumpliendo una labor importante sobre todo en la sierra del Perú, seguido por la iglesia, aunque en general la actividad preventiva es poco y dispersa. En tanto, la calificación que la población de la selva y de Lima Metropolitana hace de las mismas a nivel local es buena, mientras que en el resto de la costa y de la sierra es regular.

**NOTA:**

En base a la lectura realizada de los resultados de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en la Población General del Perú 2010 (DEVIDA, 2012), responda a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es la percepción del riesgo de la población nacional sobre el consumo de drogas ilegales?

▶ \_\_\_\_\_  
▶ \_\_\_\_\_  
▶ \_\_\_\_\_

2. ¿Cuáles son las sustancias de mayor riesgo por su fácil acceso?

▶ \_\_\_\_\_  
▶ \_\_\_\_\_  
▶ \_\_\_\_\_

3. ¿Cuál es la disposición al consumo de drogas de la población peruana?

▶ \_\_\_\_\_  
▶ \_\_\_\_\_  
▶ \_\_\_\_\_

4. ¿Cuáles son las drogas ilegales mayormente ofrecidas?

▶ \_\_\_\_\_  
▶ \_\_\_\_\_  
▶ \_\_\_\_\_

5. ¿Qué factores de riesgo han emergido producto de la globalización?

▶ \_\_\_\_\_  
▶ \_\_\_\_\_  
▶ \_\_\_\_\_

6. ¿Qué opina de la demanda de orientación y tratamiento para el consumo de drogas ilegales?

▶ \_\_\_\_\_  
▶ \_\_\_\_\_  
▶ \_\_\_\_\_



**ACTIVIDAD 19**

Identifique los factores de riesgo a través del caso presentado en el Video “Decisiones de Mujer”<sup>53</sup>



1. ¿Cuáles podrían ser los factores que propiciaron el inicio de consumo de alcohol de la usuaria?

- ▶ \_\_\_\_\_
- ▶ \_\_\_\_\_
- ▶ \_\_\_\_\_
- ▶ \_\_\_\_\_

2. ¿Con qué factores cuenta la usuaria que pueden ser fortalecidos y ayudarían a que no se convierta en una consumidora dependiente?

- ▶ \_\_\_\_\_
- ▶ \_\_\_\_\_
- ▶ \_\_\_\_\_
- ▶ \_\_\_\_\_

**AUTOEVALUACIÓN: (para responder SÍ o NO)**



- ▶ ¿Identifico los factores de riesgo y factores protectores que influyen en el consumo de alcohol y otras drogas?
- ▶ ¿Detecto los factores de riesgo y protectores en casos específicos de consumo de alcohol y otras drogas?
- ▶ ¿Analizo los factores de riesgo y protectores del consumo de alcohol y otras drogas?
- ▶ ¿Reconozco la importancia de detectar los factores de riesgo y factores protectores para una intervención preventiva y de atención oportuna?

53 Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2013). Video “Decisiones de Mujer”. Lima: MIMP-PNCVFS.

#### 1.4.4. CONSECUENCIAS BIOPSIOSOCIALES DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

##### OBJETIVO:



Identificar las consecuencias biopsicosociales del consumo de alcohol y otras drogas



El consumo de alcohol y otras drogas afectan la percepción y capacidad cognoscitiva de las personas, involucrándolos en problemas habituales como: peleas con desconocidos, accidentes de tráfico, relaciones sexuales de riesgo, relaciones sexuales no deseadas y problemas con la policía, entre otros (Observatorio Vasco de Drogodependencias, 2007)<sup>54</sup>

Asimismo, la incapacidad de controlar los impulsos, puede inducir a comportamientos violentos hacia la cónyuge o algún otro miembro de la familia, por parte de los/as consumidores/as de alcohol y drogas, comportamiento que además se debe a desajustes dentro del repertorio conductual del consumidor que propicia la aparición de conductas antisociales como: mentir, estafar, exigir, amenazar, chantajear, etc.

Otras consecuencias nocivas en nuestro organismo producto del uso, abuso y dependencia de estas sustancias son los siguientes:

- a) Efectos crónicos sobre la salud, tales como hepatitis, cirrosis hepática, cardiopatía isquémica, necrosis, bronquitis crónica, enfisema pulmonar y cáncer en boca, faringe, esófago entre otros.
- b) Efectos a corto plazo sobre la salud biológica y mental, debido a efectos sobre la coordinación, concentración y juicio, como las intoxicaciones o sobredosis, que conducen a accidentes, suicidios y agresiones.
- c) Problemas sociales agudos, como la ruptura súbita de relaciones o arrestos.
- d) Conflictos sociales crónicos como el incumplimiento de las obligaciones laborales y familiares.

Asimismo, Regier (1990) señala que la comorbilidad de trastornos mentales es la más asociada al uso de drogas, al observar en su estudio que más del 50 por ciento de las personas que padecían un trastorno mental eran dependientes de sustancias, en comparación con el 6 por ciento de la población general y las posibilidades de ser dependiente eran 4,5 veces mayor en los que padecían algún trastorno mental, que en los que no lo padecían.



##### LECTURA COMPLEMENTARIA:

*“Problemas que plantea el uso y abuso de alcohol: Desajustes familiares asociados a la Dependencia alcohólica”<sup>55</sup>*

La dependencia alcohólica de un miembro de la familia es un estresor que debilita la resistencia familiar en muchos aspectos y la hace insuficiente o incluso perturbadora en alguna de sus funciones esenciales. A grandes rasgos, introduciremos algunas alteraciones específicas, características de las familias con algún progenitor alcohólico:

54 Gobierno Vasco. (2007). *Estudio documental sobre drogas y violencia de género*.

55 Pons, J. y Berjano, E. (1999). *El Consumo Abusivo de alcohol en la adolescencia: Un modelo explicativo desde la Psicología Social*. Plan Nacional de Drogas, España.



- ▶ **Alteraciones de la dinámica familiar.** Las relaciones intrafamiliares se perturban, repercutiendo igualmente sobre las relaciones extrafamiliares.
- ▶ **Ruptura de la estructura familiar.** Aumenta la probabilidad de abandono familiar de menores, o de su ingreso en centros de tutela.
- ▶ **Degradación laboral.** La posible pérdida del puesto de trabajo o la disminución de la categoría laboral, afecta emocionalmente a toda la familia.
- ▶ **Alteración del presupuesto familiar.** Es la principal consecuencia material de la degradación laboral.
- ▶ **Pérdida de estatus.** Se producen variaciones en el hábitat en que se inició el problema, tendiendo hacia zonas más deprivadas socialmente.
- ▶ **Conducta agresiva.** Son frecuentes los casos de malos tratos y abusos sexuales con los hijos/as o el cónyuge, especialmente en el caso del alcoholismo masculino.
- ▶ **Degradación personal.** Toda la familia va perdiendo paulatinamente sus relaciones sociales extrafamiliares y sus fuentes de apoyo social.
- ▶ **Alteraciones psicológicas y psiquiátricas.** Aparecen en distintos miembros de la familia, como consecuencia de las anteriores alteraciones.

A partir de la mayor o menor incidencia de cada uno de los anteriores factores o alteraciones específicas, la familia experimentará diferentes situaciones patológicas. Estas situaciones pueden describirse de la siguiente manera:

- ▶ **Desajuste familiar.** Existen tensiones y disfunciones provocadas tanto por la conducta del alcohol dependiente como por las respuestas de los familiares a ésta. Este estado de tensión supone un serio impedimento para el desarrollo normal de las relaciones afectivas de toda la familia y la madurez de los miembros más jóvenes. El desajuste será mayor cuanto más alterada sea la conducta del alcohólico.
- ▶ **Degradación familiar.** Define la situación en la que se asiste a una trayectoria negativa y en declive de la familia, que llega incluso a ínfimos niveles económicos, culturales y éticos.
- ▶ **Disgregación familiar.** Es una situación dramática en la cual la familia estalla, con consecuencias imprevisibles y generalmente muy negativas sobre los/las hijos/as. Está en la base de muchas conductas antisociales (delincuencia, prostitución, adicción a sustancias,...) de jóvenes hijos/as de alcohólicos.
- ▶ **Separación conyugal.** Con mucho es la situación menos indeseable, sin embargo, además de ser el inicio de la marginación social del alcohólico, una separación traumática puede afectar negativamente la salud psíquica de los hijos/as.



#### CONCLUSIÓN:

*“Es importante conocer las consecuencias psicosociales del consumo de alcohol y otras drogas, además de su composición, efectos y daños que causan. Ello, permitirá enmarcar mejor las situaciones”.*

#### AUTOEVALUACIÓN: (para responder SÍ o NO)



- ▶ ¿Identifico las consecuencias biopsicosociales del consumo de alcohol y otras drogas?
- ▶ ¿Analizo las consecuencias biopsicosociales del consumo de alcohol y otras drogas?
- ▶ ¿Valoro con sentido crítico las consecuencias biopsicosociales identificadas en diferentes estudios?

### 1.4.5. CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL PERÚ<sup>56</sup>

#### OBJETIVO:



Conocer las características del consumo de drogas en la población general

#### SITUACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES EN LA POBLACIÓN GENERAL DEL PERÚ

La IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en la Población General del Perú (2010), nos muestra las últimas características del consumo de drogas ilegales a nivel nacional en zonas urbanas, entre el 2006 y el 2010, como sigue:

- ▶ **La evolución del consumo de drogas** en la población al 2010 y con respecto al 2006 aumentó en un 50% a nivel de prevalencia al año, mientras que prácticamente se ha duplicado su uso actual. Este aumento responde principalmente al incremento de consumo de marihuana y de sustancias cocaínicas. Entre los/as usuarios/as de este tipo de sustancia, la población que presenta signos de dependencia también se ha incrementado, en términos relativos y absolutos. Entre los/as usuarios/as de marihuana y PBC, el número de personas con este tipo de problemas se ha duplicado. En el caso de usuarios/as de la cocaína, el número de personas con signos de dependencia ha crecido en un 59.2%. El incremento del número de consumidores/as habituales de drogas ilegales confirma esta tendencia. Lo mismo puede decirse del número de usuarios/as de este tipo de sustancias que demandan tratamiento en el sistema de salud, creció en 27% entre el 2006 y el 2010.
- ▶ La marihuana es la droga que presenta la **mayor prevalencia de consumo**, seguida de la cocaína y PBC, con prevalencias bastante menores.
- ▶ En relación a **signos de dependencia**, poco más de 180,000 personas podrían estar experimentando algún daño a su salud física y mental y un mayor riesgo psicosocial debido al uso reciente y actual de drogas ilegales, siendo mayor el riesgo en los/as usuarios/as de marihuana, seguido de los/as consumidores/as de PBC y cocaína.
- ▶ Las **sustancias ilegales que tienden a producir una mayor dependencia** son las drogas cocaínicas, proporcionalmente hablando. Seis de cada diez usuarios/as recientes y actuales de PBC registran signos de dependencia. Alrededor de cinco de cada diez consumidores/as de último año de marihuana y cocaína presentan signos de dependencia.
- ▶ Independientemente del número de usuarios/as, la marihuana, PBC y cocaína registran un mayor **consumo habitual** que el éxtasis y los inhalantes, cuyo consumo es mayormente experimental u ocasional.
- ▶ Entre cuatro y cinco de cada diez usuarios/as actuales de drogas cocaínicas es consumidor habitual. La marihuana registra un consumo habitual mayor: cuatro de cada diez usuarios/as actuales hacen un uso frecuente de esta sustancia. El consumo de éxtasis, por el contrario, es mayormente experimental. En el caso de los inhalantes, el uso de esta droga en su mayor parte es ocasional.

<sup>56</sup> Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (2012). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en la Población General del Perú 2010*. Lima: DEVIDA.

- ▶ El consumo de sustancias ilegales según nivel educativo, es más alto en la población que registra educación secundaria, comparado con los demás niveles educativos.
- ▶ **El uso de drogas según región**, nos indica que Lima Metropolitana sigue manteniéndose como la región que registra el mayor consumo de drogas ilegales. Sin embargo, al tratarse del consumo de marihuana y de PBC, el consumo en la Selva es superior. Dato que se confirma al revisar en el mismo estudio, información relacionada al uso de drogas según tamaño de ciudad, que refiere que el consumo de sustancias ilegales presentan una tendencia a aumentar en ciudades intermedias, de crecimiento acelerado y con ubicación en la ruta del narcotráfico, tal y como sucede con las ciudades de la Selva.
- ▶ En cuanto al **policonsumo de drogas ilegales**; la mayor parte de los/as consumidores/as de drogas ilegales son monoconsumidores. Uno de cada cuatro es policonsumidor, ya sea porque consume dos sustancias o porque usa tres o más sustancias. En general, existen cerca de 45,000 policonsumidores de drogas ilegales en el país.



## ACTIVIDAD 20

**Analice la magnitud del consumo de drogas ilegales en el Perú<sup>57</sup>**

**Tabla 1**

Evolución del consumo de drogas en la población general de 12 a 65 años: Entre 2006 a 2010

Tipo de droga	Prevalencia de Año		Prevalencia de Mes		Incidencia de consumo	
	2006	2010	2006	2010	2006	2010
Drogas ilegales	1,0	1,5	0,5	0,9	--	--
Marihuana	0,7	1,0	0,4	0,5	0,4	0,6
Cocaína	0,3	0,4	0,2	0,3	0,1	0,2
PBC	0,3	0,5	0,2	0,3	0,2	0,2
Inhalantes	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
Éxtasis	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0

Fuente: DE VIDA (2012). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General 2010

**Tabla 2**

Tipo de drogas	Prevalencias de consumo			Incidencia de consumo
	Vida	Año	Mes	
Drogas Ilegales	4.8	1.5	0.9	*
Marihuana	3.8	1.0	0.5	0.6
Cocaína	1.7	0.4	0.3	0.2
PBC	1.5	0.5	0.3	0.2
Inhalantes	0.2	0.1	0.1	0.0
Éxtasis	0.2	0.0	0.0	0.0
Otras drogas **	0.2	0.0	0.0	0.0

\* Número de personas que se iniciaron en el consumo en los últimos 12 meses por cada 100 que no consumían un año antes de la aplicación de la encuesta

\*\* Incluye crack, heroína, opio, morfina, hachís, alucinógenos y ketamina

Fuente: DEVIDA (2012) Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General 2010

57 Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (2012). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en la Población General del Perú 2010*. Lima: DEVIDA

**Tabla 3**

Consumidores/as de último Año de sustancias ilegales que presentan signos de dependencia		
Tipo de droga	%	N Expandido
<b>Drogas Ilegales</b>		
Marihuana	47.1	58,556
Cocaína	47.8	23,852
PBC	59.6	33,280

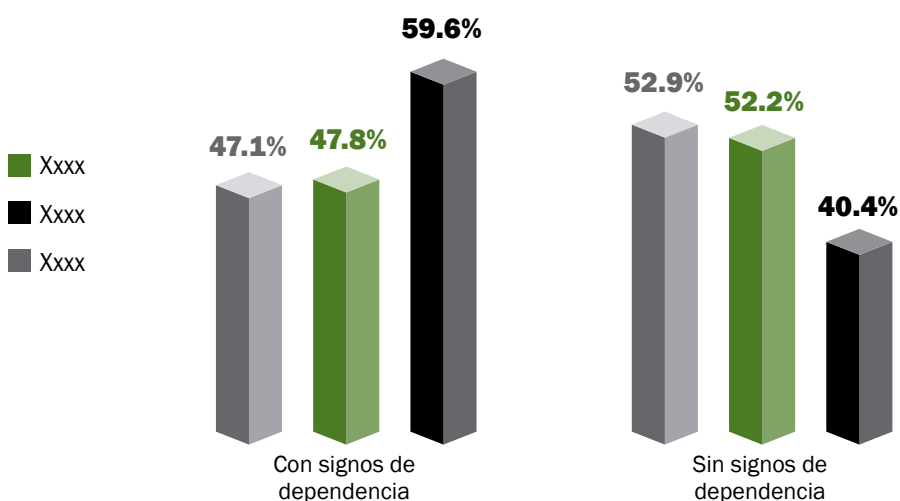
Fuente: DEVIDA (2012) Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General 2010

**Tabla 4**

Signos de dependencia en los consumidores/as recientes y actuales de drogas ilegales		
	Con signos de dependencia	Sin signos de dependencia
Marihuana	47.10%	52.90%
Cocaína	47.80%	52.20%
PBC	59.60%	40.40%

Fuente: DEVIDA (2012) Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General 2010

**Gráfico. Consumo habitual de drogas cocaínicas**



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

**Tabla 5**

Prevalencia de año del consumo de drogas en la población de 12 a 65 años, según nivel educativo				
	Primaria	Secundaria	Superior No Universitaria	Superior Universitaria
Drogas ilegales	0.8	2.2	1.1	0.7
Marihuana	0.7	1.5	0.5	0.5
Cocaína	0.2	0.5	0.6	0.3
PBC	0.3	0.8	0.2	0.0
Inhalantes	0.1	0.1	0.1	0.0
Éxtasis	0.0	0.1	0.0	0.0

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

**Tabla 6**

Prevalencia de año del consumo de drogas en la población de 12 a 65 años, según región natural				
	Lima Metropolitana	Resto de Costa	Sierra	Selva
Drogas Ilegales	2.1	0.8	0.7	1.8
Marihuana	1.3	0.7	0.6	1.4
Cocaína	0.6	0.2	0.2	0.2
PBC	0.7	0.1	0.2	0.8
Inhalantes	0.2	0.0	0.0	0.1
Éxtasis	0.0	0.1	0.0	0.0

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

**Tabla 7**

Tipo de consumo en los/as usuarios/as actuales y recientes de drogas ilegales			
Tipo de consumo	N° de sustancias consumidas	Drogas consumidas	%
Monoconsumo	1 sustancia	Marihuana	46.6
		Cocaína	12.7
		PBC	10.1
		Inhalantes	5.3
		Éxtasis	0.3
		Otras drogas	0.1
<b>Subtotal</b>			<b>75.1</b>
Policonsumo	2 sustancias	Marihuana-Cocaína	5.6
		Marihuana-PBC	6.3
		Marihuana-Éxtasis	0.5
		Marihuana-Otras drogas	0.4
		PBC-Cocaína	2.6
	3 sustancias		7.4
	4 sustancias		2
<b>Subtotal</b>			<b>24.8</b>
<b>Total</b>			<b>100</b>

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

#### 1.4.6. LAS CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE DROGAS SEGÚN SEXO, EDAD Y PROCEDENCIA URBANA Y RURAL

##### OBJETIVO:



Conocer las características del consumo de drogas según sexo y edad

Según la última Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en la Población General en el Perú (2010)<sup>58</sup>, el consumo de drogas ilegales según el sexo y la edad, se da de la siguiente manera;



*“En cuanto al **SEXO**, se evidencian diferencias notables; los hombres presentan siete veces más consumo que las mujeres, básicamente de marihuana y sustancias cocaínicas”.*

- ▶ Esto significa que aunque las cifras evidencian un aumento en el consumo de drogas ilegales por parte de mujeres; el mayor consumo está en la población masculina.
- ▶ Respecto a drogas ilegales, la diferencia de consumo entre ambos sexos es mayor en los casos de la marihuana, la cocaína y la PBC, siendo el uso de marihuana, y cocaína cuatro veces mayor en los hombres que en las mujeres. En lo que concierne a la PBC, la diferencia es mucho más amplia aún.
- ▶ En el caso de los inhalantes, ambos registran la misma prevalencia de uso y en relación al Éxtasis, los hombres nuevamente registran la mayor puntuación.
- ▶ Existen diferencias significativas en la **disposición al consumo** que registran hombres y mujeres. La disposición fuerte es casi tres veces más alta en los primeros que en las segundas. La disposición moderada, por su parte, es el doble en la población masculina que en la femenina.

Sin embargo, en el Estudio Nacional de Prevención y Consumo de drogas en Estudiantes de Secundaria (2012)<sup>59</sup>, ya se advierte lo siguiente;

- ▶ La diferencia en consumo de drogas legales como alcohol y tabaco es mínima entre varones y mujeres, notándose que por cada 100 estudiantes varones consumidores, 86 estudiantes mujeres también lo hacen, en cuanto al consumo de alcohol específicamente se tiene aún una mayor aproximación, de cada 10 varones que beben, hay 9 mujeres que también lo consumen.
- ▶ En el caso de las drogas ilegales, la diferencia es mayor, encontrándose que por cada 100 varones que usan estas sustancias, 69 mujeres también lo hacen. En caso de la marihuana y de sustancias cocaínicas la diferencia entre el consumo de varones y mujeres es aún mayor, mientras que en el caso de los inhalantes y el éxtasis, su consumo tiende a no diferenciarse en el género de sus consumidores/as.
- ▶ Por otro lado, en el uso de drogas médicas es significativamente más alto en las mujeres que en los varones, que presentan a 142 mujeres consumidoras por cada 100 varones que

58 Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (2012). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en la Población General del Perú 2010*. Lima: DEVIDA

59 Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (2013). *IV Encuesta Nacional de Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2012*. Lima: DEVIDA

también lo hacen. En el caso de los tranquilizantes la diferencia es aún mayor, indicando que por cada 10 hombres que lo consumen, 15 mujeres también lo hacen.

Por otro lado en el II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria. Informe Perú (2012)<sup>60</sup>, excluyendo las drogas lícitas como el alcohol y el tabaco, se identificó:

- ▶ Un 5,7% de los estudiantes universitarios ha consumido alguna droga en el último año, encontrándose en primer lugar de consumo, la marihuana en un 4,3%, seguido por sustancias inhalables en un 0,7%, estimulantes como las anfetaminas en un 0,6%, hongos alucinógenos también en un 0,6%, cocaína en un 0,5%, hachos en un 0,3% y PBC en un 0,2%.

Dichos resultados comparados a los recogidos en el año 2009, evidencian lo siguiente:

- ▶ El consumo de alcohol se mantiene estable, con un aumento de 5,1% en los hombres, pasando de un 72,8% a un 77,9% y una leve disminución de 1,4% en las mujeres, pasando de un 67,2% a un 65,8%
- ▶ La cifra de estudiantes que presentan uso riesgoso o perjudicial de alcohol, aumento de un 20,9% en el año 2009 a un 25,5% en el 2012.
- ▶ De la misma manera se evidencia un aumento de dependencia al alcohol, pasando de un 8,3% a un 10,8%
- ▶ El consumo de tabaco disminuyó en 1% desde un 37,3% en el 2009 a un 36,2% en el 2012, explicándose en el descenso de 3% encontrado en las mujeres.
- ▶ En cuanto al consumo de marihuana, aumento de 3,3% en el 2009 a un 4,3% en el 2012, explicándose en el aumento evidente en el consumo por parte de los hombres, de más del 2%, pasando de 3,7% a 6%. Mientras que en las mujeres las cifras se mantuvieron estables.
- ▶ En cuanto al consumo de cocaína, la situación se muestra estable con un 0,5% en ambos periodos.
- ▶ Por último, el uso de inhalantes presentó disminución, de un 1,8% bajo a un 0,7%.

Por lo tanto, las diferencias en cuanto consumo de drogas según género, se muestran de la siguiente manera:

- ▶ Drogas legales, consumo de alcohol por parte de los hombres en un 77,12% y un 65,81% para las mujeres. Consumo de tabaco, se dio en hombres en un 44,26%, mientras que en las mujeres en un 28,53%.
- ▶ En cuanto a las drogas ilegales, el consumo de marihuana se dio en los hombres en un 6,02% y en las mujeres en un 2,65%; el uso de cocaína, se presentó en los hombres en un 0,89% y en las mujeres en un 0,11%; la PBC, fue consumida por los hombres en un 0,25% y en las mujeres en un 0,06%; los estimulantes, tipo anfetaminas, en un 0,51% en hombres y 0,07% en mujeres, los inhalantes en hombres en un 0,57% y en un 0,89% en las mujeres, y por último el consumo de otras drogas como, hongos, hachís, LSD, heroína, morfina, crack, ketamina siendo su consumo en todos los casos menos del 1%, encontrándose con un porcentaje alto en este grupo el consumo de hongos, con un 0,6%.

60 Secretaría General de la Comunidad Andina (2013) *II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria*. Informe Perú, 2012. Lima: PRADICAN

Notándose que en todos los casos, el hombre es quien presenta un consumo mayor que las mujeres.



“En cuanto a la **EDAD** de los/as consumidores/as, son los/as jóvenes y adolescentes entre 19 a 25 años, seguidos por los de 12 a 18 años, los/as principales consumidores/as de drogas ilegales; principalmente de marihuana y el PBC”.

Igualmente desde el estudio de la población general;

- ▶ Las mayores **prevalencias de consumo de drogas ilegales** se registran entre los jóvenes y adolescentes de 19 a 25 años que en general presentan un consumo del 2.9% y entre adolescentes de 12 a 18 años en un 2.5%. Siendo las drogas más consumidas la marihuana y el PBC.
- ▶ Respecto a las **edades en que se inicia el consumo de drogas**, se encontró que la marihuana es consumida por primera vez durante los 12 y 23 años, la PBC, durante los 10 y 26 años; la cocaína entre los 9 y 32 años, el éxtasis durante los 12 y 22 años y los inhalantes entre los 9 y 18 años. Asimismo, el estudio da cuenta que el consumo es más alto en la población que cursa el nivel de educación secundaria en comparación con los demás niveles.
- ▶ Es decir, hay una tendencia a incrementarse a medida que aumentan las edades de los grupos; no obstante que, en promedio, no sobrepasan los veinticinco años, salvo en el caso del éxtasis, que es una droga relativamente nueva en el mercado de sustancias, lo que explica que la población adulta que tiene entre 36 y 45 años haya comenzado a usarla en una edad relativamente tardía. Es probable que en la población de 46 y más años, que reporta una edad de inicio de consumo de éxtasis relativamente temprana, este dato tenga que ver más con el desconocimiento de la sustancia que con su uso efectivo.
- ▶ Los amigos de barrio y en menor medida los compañeros de estudio, son los principales **entornos de inicio para el consumo de sustancias ilegales**: entre siete y ocho de cada diez usuarios/as de estas drogas declaran haberse iniciado en alguno de estos entornos. Y una de cada cuatro personas que han consumido inhalantes alguna vez en su vida (26.9%) declara haberse iniciado solo o sola en el uso de estas sustancias.
- ▶ Por último, se evidencia una fuerte **disposición al consumo de drogas**, entre la población comprendida entre los 19 a 35 años, seguida por la población de adolescentes entre 12 a 18 años de edad.



Por otro lado, en un estudio comparativo de la situación de consumo de alcohol en Lima y Ayacucho<sup>61</sup>, se encontró que en general 8 de cada 10 hombres y 6 de cada 10 mujeres bebieron alcohol en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta. Siendo la población de Ayacucho la que presentó tasas más elevadas. La frecuencia de consumo (según promedio de días) fue más alta entre hombres que entre las mujeres, esto fue evidenciado tanto en Lima (hombres: 23,3 días, mujeres: 12 días) como en Ayacucho (hombres: 12,1 días, mujeres: 7,5 días). En cuanto a cantidad de alcohol consumido ocasionalmente, se supo que en Lima los hombres bebieron en promedio 7,3 tragos, mientras que las mujeres 3,7 tragos. En Ayacucho se registró un patrón similar: hombres 6,9 tragos; mujeres: 4,3 tragos.

Las diferencias de género en relación al volumen anual de consumo de alcohol fueron más notables en Lima que en Ayacucho. Además los hombres presentaron tasas más altas que las

61. Piazza, M. (2010). El brindis infeliz: Perú: El alcohol y la agresión física en la pareja en Lima y Ayacucho.



mujeres en cuanto al consumo de cinco o más tragos en una o más ocasiones, presentándose más frecuente en Ayacucho (hombres 90,5%; mujeres, 76,4%, mientras que en Lima (hombres: 74% y mujeres 46,7%)



En el IV Estudio Nacional de Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria, realizado por DEVIDA en el 2012<sup>62</sup>. Tacna, Lima Provincias, Cusco, Callao, Arequipa, Lima Metropolitana, Madre de Dios y Ayacucho son la regiones que registraron un mayor consumo de sustancias ilícita, con prevalencias que las ubican por encima del promedio nacional.



Según Datos del INEI del 2007, en el Cusco, se observa que de las 13 provincias, en 10 de ellas, la mayoría de la población se encuentra concentrada en el área rural, destacándose Canas con un 83,9%, Paucartambo con un 81,4% y Chumbivilcas con un 76,8%.

En Arequipa no ocurre lo mismo, apreciándose que entre sus 8 provincias, 6 presentan una importante concentración urbana, registrando en tan solo 2 de ellas, significativa concentración de población rural con el 51,8% y 59,1% en La Unión y Condesuyos respectivamente.

En Madre de Dios, de las tres provincias, la Provincia del Manu presenta la mayor concentración rural con un 64,2%.

En Ayacucho, las provincias que concentran la mayor población rural son 4 de las 11 provincias con las que cuenta el Departamento, Vilcas Huamán con 68,3%, Cangallo con 65,1%, La Mar con 59,2% y Huanta con 54,1%.



**CONCLUSIÓN:**

“Según la variable sexo, se evidencia que quienes tienen mayor disposición al consumo de drogas ilegales son los hombres. Y según la edad, se evidencia el mayor consumo entre los jóvenes y adolescentes una fuerte disposición al consumo de drogas, entre la población comprendida entre los 19 a 35 años, seguida por la población de adolescentes entre 12 a 18 años de edad”.



**ACTIVIDAD 21**

**Analice la información respecto al consumo de alcohol y otras drogas, Según sexo y edad**

**Tabla 8**

Prevalencia de año del consumo de drogas en la población de 12 a 65 años, según Sexo		
Tipo de Droga	Prevalencia de año	
	Hombres	Mujeres
Drogas ilegales	2.8	0.4
Marihuana	2.0	0.2
Cocaína	0.7	0.1
PBC	0.9	0.1
Inhalantes	0.1	0.1
Éxtasis	0.1	0.0

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

62 DEVIDA (2012) IV Estudio Nacional de Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria. Lima.

**Tabla 9**

Disposición al consumo de drogas ilegales, según sexo		
Disposición	Sexo	
	Hombres	Mujeres
Fuerte	2.7	1.0
Moderada	9.3	4.6
No tiene disposición	87.9	94.4

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

**Tabla 10**

Edad promedio de inicio del consumo de drogas en la población de 12 a 65 años, según grupos de edades					
Tipo de droga	Grupos de edades				
	12 - 18	19 - 25	28 - 35	36 - 45	46 y más
	Drogas ilegales				
Marihuana	15	17	18	18	19
Cocaína	16	18	20	21	23
PBC	15	17	20	17	20
Inhalantes	14	12	13	12	12
Éxtasis	16	19	17	27	12

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

**Tabla 11**

Disposición al consumo de drogas ilegales, según grupos de edades					
Disposición	Grupos de edades				
	12 - 18	19 - 25	28 - 35	36 - 45	46 y más
Fuerte	1.9	2.7	2.8	1.1	0.8
Moderada	7.6	8.9	7.6	6.7	4.2
No tiene	90.5	88.4	89.6	92.1	95
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

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

**Tabla 12**

Disposición al consumo de drogas ilegales, según grupos de edades							
Tipo de droga	Entorno de inicio						
	Solo	Compañeros de estudio	Compañeros de trabajo	Amigos de barrio	Familia		No recuerda
					Padres y/o hermanos	Otros familiares	
	Drogas ilegales						
Marihuana	4.5	25.9	7.8	57.9	0.9	2.4	5.1
Cocaína	4.1	19.3	14.8	54.7	0	1.8	5.3
PBC	5.4	17.3	12.5	57.4	0	1.1	6.4
Inhalantes	26.9	25.1	4.9	52.5	0	0	0.4
Éxtasis	14.2	17.3	9.1	66.1	0	0	0

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

1. Señala las principales drogas legales e ilegales consumidas en el Perú

- ▶ \_\_\_\_\_
- ▶ \_\_\_\_\_
- ▶ \_\_\_\_\_

2. Comente el nivel del consumo de drogas en las mujeres

- ▶ \_\_\_\_\_
- ▶ \_\_\_\_\_
- ▶ \_\_\_\_\_

3. Comente el nivel del consumo de drogas según edad

- ▶ \_\_\_\_\_
- ▶ \_\_\_\_\_
- ▶ \_\_\_\_\_

4. Diferencie el consumo de drogas según procedencia urbana y rural

- ▶ \_\_\_\_\_
- ▶ \_\_\_\_\_
- ▶ \_\_\_\_\_

**AUTOEVALUACIÓN: (para responder SÍ o NO)**



- ▶ ¿Conozco las características del consumo de drogas en la población general del Perú?
- ▶ ¿Conozco las características del consumo de drogas según sexo, edad y procedencia?
- ▶ ¿Valoro la importancia de conocer las tendencias del consumo de drogas según sexo, edad y procedencia para la atención adecuada de casos?



## HOJA DE RESPUESTAS

### ACTIVIDAD 16

Detectar los factores de riesgo en el caso presentado en el Video “DECISIONES DE MUJER”

1. ¿Cuáles podrían ser los factores que propiciaron el inicio de consumo de alcohol de la usuaria?
  - ▶ Ausencia de habilidad para tomar decisiones con autonomía y responsabilidad.
  - ▶ Familia disfuncional con ausencia de roles parentales.
  - ▶ Ausencia de comunicación y afectividad.
  - ▶ El fácil acceso al alcohol, sumado a los insuficientes mecanismos de control social.
  - ▶ Conflictos familiares frecuentes
  - ▶ Imagen pobre de sí mismo, consecuentemente baja autoestima.
  - ▶ Actitud pasiva frente a la vida.
  
2. ¿Con qué factores cuenta la usuaria que pueden ser fortalecidos y ayudarían a que no se convierta en una consumidora dependiente?
  - ▶ Desarrollo de una definida identidad personal con adecuado nivel de autoconcepto y autoestima.
  - ▶ Desarrollo de habilidades para la toma de decisiones con autonomía y responsabilidad.
  - ▶ Desarrollo y práctica permanente de hábitos, habilidades, actitudes y conductas dentro de un estilo de vida saludable.
  - ▶ El amor hacia su hija
  - ▶ Que la comunidad ofrezca acceso a recursos (especialmente orientación para su situación)
  - ▶ Que la comunidad ofrezca redes de apoyo y lazos sociales

## 1.5. VIOLENCIA FAMILIAR ASOCIADA AL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

### 1.5.1. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA VIOLENCIA FAMILIAR ASOCIADA AL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

#### OBJETIVO:



Conocer los modelos explicativos de la VF asociada al consumo de alcohol y otras drogas

Existen importantes modelos teóricos que han explicado hasta ahora la relación existente entre violencia familiar y abuso de alcohol. Algunos de los más importantes con una perspectiva de género son:<sup>63</sup>

#### a.- Modelo de Desinhibición:



“Este modelo se centra en el efecto farmacológico directo del alcohol sobre la conducta del individuo. Subraya que el alcohol reduce el autocontrol, que normalmente inhibe a una persona de actuar violentamente, distorsionando la capacidad de análisis”.

Este modelo es válido, pero no como explicación unicasal, pues se muestra insuficiente a la hora de explicar la relación entre abuso de alcohol y violencia en toda su complejidad.

En concreto, el modelo de la desinhibición no ha sido capaz de explicar dos cuestiones:

1. El abuso de alcohol no siempre conduce a la violencia.
2. La prevalencia de la violencia relacionada con el alcohol varía según el contexto socio-cultural.

#### b.- Modelo de Factores de Contexto:



“Este modelo postula que es necesario atender a los factores de contexto para explicar la relación entre el abuso de alcohol y la violencia”.

Señala que cuando se valora la influencia del alcohol en los malos tratos se debe considerar, entre otros factores:

- ▶ La aceptación normativa de la violencia
- ▶ La desigualdad económica
- ▶ La tradición cultural que tolera la violencia
- ▶ La desigualdad económica
- ▶ La tradición cultural que tolera la violencia contra las mujeres y
- ▶ Las características de los agresores, incluyendo sus creencias y actitudes respecto a las mujeres.

La diferencia principal entre estas dos teorías es el papel que se le atribuye al alcohol como causa desencadenante de la violencia. Sin embargo, ninguno de los modelos, por sí mismos, ha sido capaz de explicar la relación entre alcohol y violencia. Cada uno de ellos desvela un aspecto de esta relación, por lo que no deben ser considerados como excluyentes, sino como complementarios.

En ambos casos la referencia al género femenino se aborda desde una posición pasiva, como agente receptor de la violencia nunca como sujeto activo.

Por otro lado, se entiende que el alcohol y las drogas son factores de riesgo, ya que reducen los umbrales de inhibición, y que la combinación de modos violentos para la resolución de

63 Altell, G., Ferrer, X. y Nogués, V. (2002). *Abuso de alcohol y violencia doméstica*. Interacción, problemas y sugerencias para la intervención. Generalitat Valenciana. Conselleria de Benestar Social.

conflictos con adicciones o alcoholismo, suelen aumentar el grado de violencia y su frecuencia. Sin embargo, queda claro que muchos golpeadores no abusan ni de las drogas ni del alcohol y muchos abusadores de drogas o alcohol no son violentos, tal como se muestra en el número de casos atendidos por violencia familiar y sexual en los CEM a nivel Nacional, donde aparece que el 74% de los agresores denunciados se encontraban sobrios, el 25% bajo los efectos del alcohol y el 1,0% bajo los efectos de otras drogas y alcohol (enero – diciembre, 2014).<sup>64</sup>

► Nos queda entonces una importante interrogante que investigar todavía.



### CONCLUSIÓN:

*“El modelo de factores de contexto pone énfasis en -la historia de la tolerancia social de la violencia hacia la mujer y, por consiguiente, las creencias del hombre respecto de la mujer-; mientras que el modelo de la desinhibición se centra en -explicar el efecto desinhibitorio de la agresividad que genera el alcohol en el organismo y que, supuestamente, se refiere al organismo masculino puesto que no explica las diferencias entre los porcentajes de violencia producida por el género masculino y femenino-”.*



### LECTURA ADICIONAL:

*“Violencia familiar asociado al consumo de sustancias psicoactivas en hombres que ejercen violencia”<sup>65</sup>*



## ACTIVIDAD 22

Responde a las siguientes cuestiones en relación a la violencia y su relación con el consumo de drogas

1. **¿Cuál es la principal diferencia de ambos modelos como explicación de la violencia y su asociación al consumo de drogas?**

2. **¿Cree usted que el consumo de alcohol tiene relación directa con la violencia familiar, de pareja y sexual, o existirían otros factores?**

### AUTOEVALUACIÓN: (para responder SÍ o NO)



- **¿Conozco los modelos teóricos que explican la V.F. y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas?**
- **¿Puedo explicar el porqué de la V.F. y su relación con el consumo alcohol y otras drogas desde diferentes modelos teóricos?**
- **¿Valoro con sentido crítico los modelos explicativos de la V.F. y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas?**

64 Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual. Estadísticas sobre VFS. *Resumen estadístico de Casos de a nivel nacional* (Enero a Diciembre, 2014)

65 Deza, S. (2013) *“Violencia familiar asociado al consumo de sustancias psicoactivas en hombres que ejercen violencia”*. Av.psicol. 21(1) 35-46p. Lima: UNIFE.

### 1.5.2. FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES DE LA VIOLENCIA FAMILIAR ASOCIADA AL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

#### OBJETIVO:



Identificar los factores de riesgo y factores protectores de la V.F. asociada al consumo de alcohol y otras drogas



*El consumo de alcohol y otras drogas están sujetos a diversos factores de orden individual, social, cultural con sus respectivas variantes a cada sustancia, siendo sumamente importante tener claro que ninguna droga puede considerarse causa unívoca de algún tipo de violencia, como lo demuestran diversos estudios.*

*El consumo de drogas y el comportamiento violento se relacionan en la causa común, de la inhabilidad para controlar impulsos, por lo tanto dicho consumo supone la debilidad del control de impulsos de una persona agresiva aumentando la posibilidad de un comportamiento violento.<sup>66</sup>*

Por tanto, la agresión bajo los efectos del consumo de alcohol está de algún modo, condicionada por el contexto socio cultural y aprendizaje de cada consumidor, el mismo que se relaciona con otros factores como el de personalidad, es decir, que los hombres con comportamiento violento son más proclives, después de consumir alcohol, a involucrarse en actos violentos, debido a que al estar intoxicados, pueden sentirse amenazados, reaccionando violentamente, aun cuando la amenaza no sea real.

Por otro lado, según el primer informe mundial realizado por la OMS, “las mujeres violentadas tienen dos veces más posibilidades de experimentar depresión o alcoholismo que el resto.”<sup>67</sup> Dicha ebriedad la sitúa en un estado de vulnerabilidad de violencia por parte de su cónyuge, independientemente de estar él ebrio o sobrio. Además, la mujer que bebe o se droga es más fácilmente identificada como una persona que presenta una cierta “deficiencia moral”, entonces, cuando es víctima de maltrato, puede tenderse a valoraciones que minimicen la gravedad de la agresión.

#### **Factores de riesgo para el uso indebido de drogas específicos en la mujer<sup>68</sup>**

Forselledo en 1996, elaboro una lista de los factores de riesgo específicos para la mujer, relacionados al consumo.

- ▶ Mayor vulnerabilidad física y mental al alcohol y las drogas.
- ▶ Tensiones psicológicas, angustia y depresión.
- ▶ Stress por presiones sociales negativas.
- ▶ Sobrecarga de horarios de trabajo y tareas domésticas.
- ▶ Acceso a interacciones sociales asociadas al consumo de alcohol y tabaco.
- ▶ Codependencia y consumo de alcohol y/u otras drogas en la pareja.

66 Gobierno Vasco. (2007). *Estudio documental sobre drogas y violencia de género.*

67 RPP Noticias: OMS: *La violencia contra las mujeres tiene proporciones epidémicas.*

68 Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. (2009). *Manual de Prevención de la Violencia Familiar/Sexual y del alcoholismo.*

- ▶ Pérdida de valores y normas familiares protectores para el consumo.
- ▶ Mayor permisividad social para el consumo.

Además de Antecedentes de abuso sexual y malos tratos en la infancia que generan que su conducta sea dependiente, sumisa y además la lleva al consumo de drogas.



#### **EJEMPLO:**

*«Desde hace un año me insulta, con ésta es la cuarta vez que me pega... después de irse a tomar con sus amigos, regresa borracho y furioso no sé de qué, pero busca cualquier pretexto para insultarme y golpearme, la última vez por no haber servido su cena ... Antes no me había pegado así de duro».*<sup>69</sup>

#### **Factores protectores**

Entre los principales factores protectores se encuentran, a nivel individual, el tener una autoestima equilibrada, el contar con un proyecto de vida, el conocer leyes básicas, principalmente de sus derechos, que tenga un empleo porque además de permitirle ser autosuficiente económicamente, también contribuye a aumentar su seguridad, confianza y a establecer relaciones saludables con otras personas. A nivel familiar, el practicar una comunicación asertiva y formas saludables de resolución de conflictos, entre otros. A nivel social, que existan servicios judiciales de calidad y de confianza, baja predominancia de pensamiento machista, entre otros.



#### **CONCLUSIÓN:**

*“El consumo de alcohol y drogas y la violencia familiar, se presentan como factores de riesgo para que uno produzca el otro, es decir, en algunos casos el consumo de alcohol y drogas por parte de la persona agresora o de la agredida se constituye en un factor de riesgo para que se presente una situación de violencia, y en otros casos, la violencia que una mujer puede sufrir se constituye en un factor de riesgo para iniciar y mantener un consumo de alcohol y drogas. Así también, contar con ciertas cualidades a nivel personal, familiar, comunidad y sociedad pueden proteger de ser víctima de estos problemas”.*

---

69 Modificado de Modelo de la escalada de la violencia en contexto conyugal. Aporte desde el trabajo social forense.





**ACTIVIDAD 23**

Realiza el ejercicio de describir las características de una familia sin violencia

**UNA FAMILIA SIN VIOLENCIA**

En los siguientes cuadros escribe algunas de las características de una familia sin violencia



De acuerdo a lo que escribiste,  
¿Cómo se puede definir una familia sin “Violencia Familiar”?

---



---



---

**AUTOEVALUACIÓN: (para responder SÍ o NO)**



- ▶ ¿Identifico los factores de riesgo y factores protectores de la V.F. asociada al consumo de alcohol y otras drogas?
- ▶ ¿Realizo el ejercicio de describir las características de una familia sana y sin violencia?
- ▶ ¿Valoro la importancia de conocer las tendencias de la violencia V.F. asociada al consumo de alcohol y otras drogas para la prevención adecuada?

### 1.5.3. CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y EL CONSUMO DE DROGAS EN EL PERU

#### OBJETIVO:



Conoce las características de la violencia familiar asociada al consumo de drogas en el ámbito urbano y rural



La Encuesta Nacional de Demografía y Salud<sup>70</sup> se aproxima a conocer la magnitud de la relación entre violencia contra la mujer y el consumo de drogas en el ámbito rural.

Respecto a la violencia física bajo los efectos de alcohol y drogas por parte del esposo o compañero, los resultados de ENDES en el 2013, evidencian que, el 7,4 por ciento de las mujeres alguna vez unidas manifestaron que su esposo o compañero consumían algunas veces o con frecuencia bebidas alcohólicas. Entre las características de las mujeres que declararon, el 10,8 por ciento de ellas entre 45 a 49 años de edad, el 24,9 por ciento divorciadas, separadas o viudas, sin educación o educación a nivel primario, el 8,9 por ciento y el 9,0 por ciento estuvieron ubicadas en el segundo quintil de riqueza.

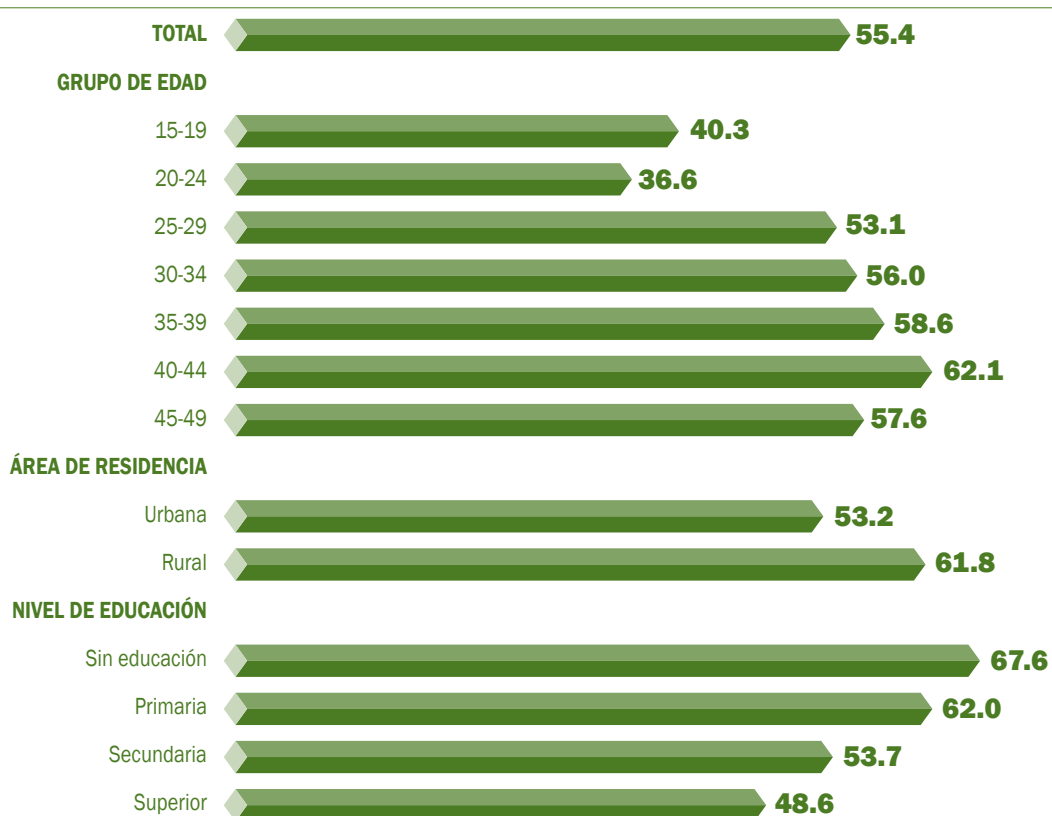
Esta situación de consumo se presenta **en el área urbana con un 7,8 por ciento y en el área rural, con un 6,1 por ciento**, en la región Sierra en un 7,8 por ciento y en los departamentos de Cusco y Apurímac en un 11,4 por ciento y un 11,0 por ciento respectivamente.

En cuanto a la violencia ejercida por el esposo o compañero cuando se encontraba bajo los efectos de alcohol y/o drogas, el 55,4 por ciento de mujeres fueron agredidas bajo estas circunstancias, ocurriendo con mayor frecuencia entre las mujeres de 40 a 44 años y de 35 a 39 años de edad, en un 62,1 por ciento y 58,6 por ciento respectivamente, divorciadas, separadas o viudas en un 58,8 por ciento y casadas o convivientes en un 54,3 por ciento. Sin nivel de educación se presentó en mayor porcentaje (67,6), en un quintil inferior de riqueza (63,4 por ciento) y segundo quintil (59,3). Siendo **residentes del área rural un 61,8 por ciento, Sierra un 63,4 por ciento y en los departamentos de Ayacucho, Cusco y Moquegua en un 72,3 por ciento, 71,3 por ciento y 70,7 por ciento respectivamente.**

Por otro lado, en los últimos doce meses anteriores a la entrevista, el 18,1 por ciento de las mujeres fueron agredidas por su esposo o compañero bajo los efectos del alcohol y/o drogas, ocurriendo con frecuencia en mujeres con nivel primario de educación (19,7 por ciento) en edades entre 15 a 19 años (37,6 por ciento) casadas o convivientes (20,8 por ciento), ubicadas en el segundo quintil de riqueza (21,0 por ciento), pertenecientes **al área rural un 19,3 por ciento, a la región Sierra un 20,9 por ciento y a los departamentos de Apurímac y Moquegua en un 33,7 por ciento y 30,9 por ciento respectivamente.**

70 Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014). *Encuesta demográfica y de salud familiar 2013*.

**Gráfico. Violencia física contra la mujer bajo los efectos de alcohol, drogas o ambas: Según edad, área de residencia y nivel de educación (2013) (Porcentaje)**



Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013.

Por su parte, de acuerdo a los últimos casos de violencia familiar y sexual atendidos por los Centros Emergencia Mujer (CEM), durante el período de enero a diciembre del 2014 se registraron los siguientes casos de VFS, según el estado de la persona agresora en la última agresión y según tipo de violencia:

**Tabla 13**

Casos de violencia familiar y sexual atendidos por los CEM, por estado última agresión, según tipo violencia

Periodo: Enero - Diciembre 2014

Tipo de violencia	Estado de la persona agresora en la última agresión		
	Efectos del Alcohol	Efectos del Drogas	Ambos
Psicológica	6,141	130	138
Física	5,763	78	88
Sexual	804	27	19
Total	12,708	235	245

Fuente: Registro de casos atendidos del CEM/UGIGC/PNCVFS

Y, en lo que va enero a marzo del presente año 2015, se han registrado ya los siguientes casos:

**Tabla 14**

Casos de violencia familiar y sexual atendidos por los CEM, por estado de la persona agresora en la última agresión, según tipo de violencia  
Período: Enero - Marzo 2015 (Preliminar)

Tipo de violencia	Estado de la persona agresora en la última agresión		
	Efectos del alcohol	Efectos de drogas	Ambos
Psicológica	1,871	39	36
Física	1,689	36	37
Sexual	215	6	8
Total	3,775	81	81

Fuente: Registro de casos atendidos del CEM/UGIGC/PNCVFS

Otro estudio realizado en el 2012 por Fiestas, encontró que el consumo de alcohol estuvo asociado fuertemente a ser víctima de violencia física; otro estudio sobre el acceso a la justicia en mujeres víctimas, halló que estas mujeres consideran que al alcohol y otras drogas son condiciones determinantes para el desencadenamiento de las agresiones. Asimismo, las evidencias nacionales e internacionales concluyen que el consumo de alcohol está causalmente asociado a la violencia (Fiestas et al, 2012)<sup>71</sup>.

Además en relación a las motivaciones para el consumo de drogas en mujeres víctimas de violencia familiar y sexual, el MIMP en el año 2002<sup>72</sup>, encontró que las mujeres agredidas utilizan sedantes para bloquearse y poder soportar el sufrimiento de la violencia crónica en la que viven.

El abuso y dependencia hacia el alcohol se ha convertido en una problemática de salud pública debido a que se ha insertado en la dinámica social de la población de ambos sexos, en todas las edades y regiones del país (CEDRO, 2011)<sup>73</sup>. Sobre el particular, es importante considerar que la ebriedad de la mujer la sitúa en un estado de vulnerabilidad de sufrir violencia por parte de su cónyuge, independientemente de estar él ebrio o sobrio.

Tal como lo señala (CEDRO, 2011)<sup>74</sup>, el consumo de bebidas alcohólicas representa una práctica común, está presente en las relaciones sociales, funcionando muchas veces como elemento liberador o facilitador de los vínculos entre las personas, favoreciendo sus interacciones en fechas especiales o en cualquier día del mes. Por lo tanto, para intervenir sobre la problemática de violencia familiar se requiere conocer el papel que desempeña el alcohol en la dinámica cultural e institucional de una determinada comunidad, tomando en cuenta los enfoques de la intercultural, la salud pública y los derechos humanos.

En este sentido, aún no se precisa con exactitud la magnitud y características de la problemática, tanto del consumo de alcohol como de la violencia familiar y sexual en las comunidades rurales del Perú, lo cual se hace necesario investigar ya que es necesario conocer mejor la situación de ambas problemáticas para poder sensibilizar, prevenir y atender a la población afectada.

71 Fiestas, F.; Rojas, R., Gushiken, A.; y Gozzer, E. (2012). *¿Quién es la víctima y quién el agresor en la violencia física entre parejas?* Estudio epidemiológico en siete ciudades del Perú. En: Revista Peruana de Medicina Experimental en Salud Pública. 29 (1). 44-52p.

72 Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2002). *Mujer y droga*. Dirección General de Promoción de la Mujer. Lima. 221p.

73 CEDRO. (2011). *Epidemiología de Drogas en la Población Urbana Peruana 2010* (Encuesta en Hogares). 62p.

74 Ídem.

# capítulo 2

---

## el programa de intervención

---

**El presente capítulo comprende información del Manual de Intervención para personas afectadas por hechos de violencia familiar con problemas de consumo de alcohol y otras drogas, 2010. Se han incorporado gráficos, esquemas y formatos con actividades prácticas para un aprendizaje más didáctico.**



## EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

### Aprendizajes esperados

TEMA	CONTENIDO	CONOCIMIENTO	HABILIDAD	ACTITUD
<b>ASPECTOS GENERALES DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN</b>	Fundamentación, Objetivos, modelo y enfoque	Conoce los fundamentos y objetivos del programa de intervención	Identifica el modelo y enfoque del programa de intervención	Valora la importancia de contar con un programa estructurado de atención para personas afectadas por hechos de VF con problemas de consumo de alcohol y otras drogas.
<b>CONSEJERÍA BREVE</b>	Consejería en usuarios/as consumidores/as de drogas	Conoce los objetivos y las características de la consejería en el ámbito de la drogodependencia.	Analice los objetivos y las características de la consejería breve en el ámbito de la drogodependencia.	Valora la importancia de contar con un marco teórico referencial de la consejería breve para usuarios/as consumidores/as de drogas.
	Las actitudes y habilidades de comunicación del consejero	Desarrolla actitudes y habilidades de comunicación del consejero	Demuestra con ejemplos actitudes y comunicación efectiva verbal y no verbal para brindar consejería breve	Mejora sus actitudes de comunicación para brindar consejería breve
<b>MODELO TRASTEORICO DEIO</b>	Estructura temporal del modelo transteórico de cambio de Prochaska y DiClemente (1992): Los estadios de cambio	Conoce los estadios de cambio del modelo transteórico	Señala y caracteriza los niveles o estadios de cambio en las personas	Valora la importancia de identificar el nivel de intención de cambio que tiene una persona para poder planificar una futura intervención
<b>ENFOQUE DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL</b>	El enfoque de la entrevista motivacional de acuerdo con Miller y Rollnick (1999)	Conoce los principios y las estrategias de la entrevista motivacional	Señala los principios de la entrevista motivacional  Señala las estrategias motivacionales	Valora la importancia de contar con una gama de estrategias motivacionales que prepare a los/as usuarios/as consumidores/as de drogas a un posterior trabajo terapéutico
	Estadios de cambio y tácticas terapéuticas	Conoce los objetivos por alcanzar y las técnicas a emplear de acuerdo al estado de cambio en que se encuentre la persona afectada	Analiza tácticas terapéuticas de acuerdo al estado de cambio en que se encuentre la persona afectada	Reconoce la importancia de utilizar tácticas terapéuticas para motivar al cambio a usuarios/as consumidores/as de drogas

## 2.1 ASPECTOS GENERALES DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

### 2.1.1. FUNDAMENTACIÓN

**OBJETIVO:**



Conoce la fundamentación, objetivos, modelo y enfoque del programa de intervención



Se basa en la intervención breve a través de la consejería psicológica, el mismo que articulará y tomará los conceptos y las estrategias de intervención del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1992) y el enfoque de la entrevista motivacional de Miller y Rollnick (1999). Esta articulación es aplicable dado que las intervenciones breves son de tipo motivacional y sus efectos consisten en iniciar una toma de decisión y un compromiso para el cambio<sup>75</sup> entendiéndose por toma de decisión, la determinación de abandonar el consumo y por compromiso para el cambio, la motivación para iniciar el tratamiento.

Es importante tener presente que la motivación de un paciente varía en función no sólo del objetivo, sino también, del tipo de intervención terapéutica<sup>76</sup>. Por tanto, las interacciones relativamente breves de los consejeros o terapeutas que conozcan los estados motivacionales de los pacientes, introducen una diferencia sustancial en los estados motivacionales de los pacientes, lo que se refleja en el cambio de la conducta a largo plazo<sup>77</sup>.

Sobre la base de lo expuesto, el programa postula una intervención breve a través de la consejería, para motivar a las víctimas de violencia familiar que presentan uso, abuso o dependencia de alcohol u otras drogas, a iniciar un tratamiento. Esta intervención se circunscribe en la labor psicológica de los CEM que derivarán los casos identificados a los servicios, programas o módulos de atención en adicciones pertenecientes a la red nacional de atención del Ministerio de Salud, de acuerdo al ámbito de su jurisdicción, con la finalidad de establecer luego una coordinación entre ambos servicios para el seguimiento de casos.

#### ESQUEMA N° 1. Atención de víctimas de violencia familiar con problemas asociados al consumo de alcohol y otras drogas<sup>78</sup>



75 Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991) Entrevista motivacional: Preparando gente para cambiar comportamientos adictivos. Nueva York: Guilford Press, 75p.

76 Miller, W. R. y Rollnick, S. (1987). Motivation and treatment goals. Drug and society, (1) 133-151p.

77 Miller y Rollnick (1999). La Entrevista Motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona: Paidós Ibérica.

78 Tomado del Manual de Intervención para personas afectadas por hechos de violencia familiar con problemas de consumo de alcohol y otras drogas, 2010.

## 2.1.2. OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL:

- ▶ Motivar al cambio, a través de la consejería breve a víctimas de violencia familiar asociada al consumo de alcohol y otras drogas de los Centros Emergencia Mujer del MIMP.

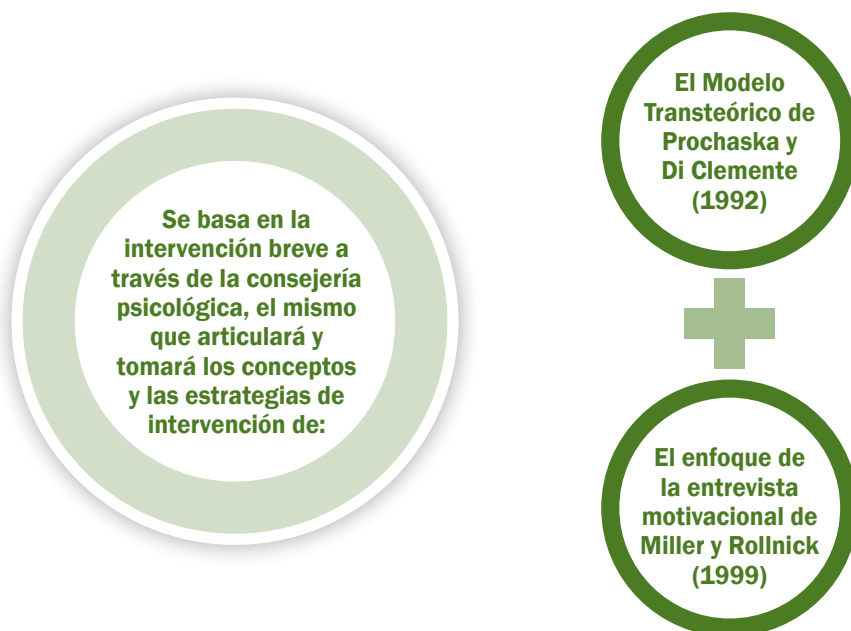
### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ▶ Detectar casos de violencia familiar asociados al consumo de alcohol y otras drogas.
- ▶ Identificar qué tipo de consumidor es la persona afectada por hechos de violencia familiar asociada al consumo de alcohol y otras drogas.
- ▶ Identificar el estadio de cambio de la persona afectada por hechos de violencia familiar asociada al consumo de alcohol y otras drogas.
- ▶ Informar a las personas afectadas por hechos de violencia familiar acerca de los riesgos del consumo de alcohol y otras drogas.
- ▶ Brindar consejería breve, a través de la entrevista motivacional a personas afectadas por hechos de violencia familiar asociada al consumo de alcohol y otras drogas.
- ▶ Derivar los casos identificados de consumo de alcohol y otras drogas hacia servicios, programas o módulos de atención en adicciones.

## 2.1.3 MODELO Y ENFOQUE DEL PROGRAMA



*“El programa de intervención, a través de la consejería breve, se ha estructurado sobre la base del modelo transteórico de cambio y del enfoque de la entrevista motivacional”<sup>79</sup>.*



¡A continuación se pasarán a describir cada uno de ellos!

<sup>79</sup> Idem



## 2.2 CONSEJERÍA BREVE

### 2.2.1. CONSEJERÍA EN USUARIOS/AS CONSUMIDORES/AS DE DROGAS

#### OBJETIVO:



Conocer los objetivos y las características de la consejería en el ámbito de la drogodependencia

La consejería incluye el trabajo con individuos sean hombres o mujeres que puede estar dirigido hacia el desarrollo personal, apoyo en crisis o solución de problemas, está diseñada para ayudar a los/as usuarios/as a esclarecer y entender las propias opiniones que tienen de sus vidas y aprender a alcanzar objetivos determinados por ellos mismos, mediante decisiones significativas.

“Es una intervención que se brinda a personas con episodios depresivos, problemas relacionados al consumo de alcohol, pudiendo servir estas intervenciones como tratamiento para bebedores con consumo de riesgo perjudicial y para facilitar la derivación de los casos más graves de dependencia a un tratamiento especializado”<sup>80</sup>.



*“El eje central de la intervención es el apoyo emocional, aprendizaje por modelamiento y estrategias de solución de problemas, lo que contribuye a mejorar el afrontamiento de estrés, la autoeficacia, alcanzando mejores niveles de bienestar y calidad de vida. En tal sentido, para Barreto (1997), la consejería es el arte de hacer reflexionar a un individuo por medio de preguntas y a través de éstas pueda tomar la decisión que considere adecuada para su salud”.*

La consejería breve ofrece al usuario la oportunidad de explorar, descubrir y esclarecer con inventiva, formas de vida más satisfactorias. El consejero aporta sus conocimientos para conseguir que el usuario logre estar en condición de decidir por sí mismo qué va a hacer y pueda ejercer su derecho a la salud. No se trata de decidir por él o ella sino brindarle la información necesaria para que sea él mismo quien pueda con sus propios recursos, encontrar la solución asertiva a su problema.

Es por esto, que el consejero debe de contar con ciertas estrategias fundamentales para poder lograr el desarrollo esperado en la sesión de consejería. Entre estas tácticas tenemos: preguntas abiertas, escucha reflexiva, afirmar, resumir y provocar afirmaciones automotivadoras. También es importante, que el consejero proporcione información actualizada, lo que exige profesionales constantemente capacitados quienes se esfuercen por actualizarse en los temas que implican su especialidad.



*“Es un espacio de interacción entre consultante y consejero, donde se trata de “sensibilizar al cambio de actitud” y “reducir la resistencia”. El marco referencial es la exploración del sistema de creencias y valores, los patrones de ideas y pensamientos, así como los mecanismos cognitivos involucrados con el mantenimiento del consumo”.*

80 Babor, T., Higgins-Biddle, Saunders, J. y Monteiro, M. (2001). *The alcohol use disorders identification Test: Guidelines for use in primary care*. World Health organization: Geneva.

Otro de los objetivos primordiales es buscar “el enganche” consultante-terapeuta-programa de ayuda<sup>81</sup>

NIDA <sup>82</sup>: precisan como características de la consejería en el ámbito de la drogodependencia, lo siguiente:



- 1 Objetivos a corto plazo

---

- 2 Centrarse en el presente

---

- 3 Tener comometa el “Enganche” con la ayuda o el programa de tratamiento.

---

- 4 Iniciar el proceso de aceptación del hecho adicto

---

- 5 La intervención se centra en evaluación, motivación y derivación

---

- 6 El esquema general es consejería breve

---

- 7 Alternativas para inducir y motivar a dependientes de alcohol y drogas

81 Miller y Rollnick (1999). *La Entrevista Motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós Ibérica.

82 National Institute on drug abuse (NIDA): Mercer, D. y Woody, G. (1999). *Therapy manuals for drug addiction 3: An individual drug counseling approach to treat cocaine addiction. The Collaborative Cocaine Treatment Study Model*. University of Pennsylvania and Veterans Affairs Medical Center.



### ACTIVIDAD 24

Analice los objetivos y las características de la consejería breve en el ámbito de la drogodependencia<sup>83</sup>



**ES UN ESPACIO DE INTERACCIÓN ENTRE CONSULTANTE Y CONSEJERO:**



Fuente: Elaboración propia

<sup>83</sup> Tomado del Manual de Intervención para personas afectadas por hechos de violencia familiar con problemas de consumo de alcohol y otras drogas (2010)

## 2.2.2. LAS ACTITUDES Y HABILIDADES DE COMUNICACIÓN DEL CONSEJERO

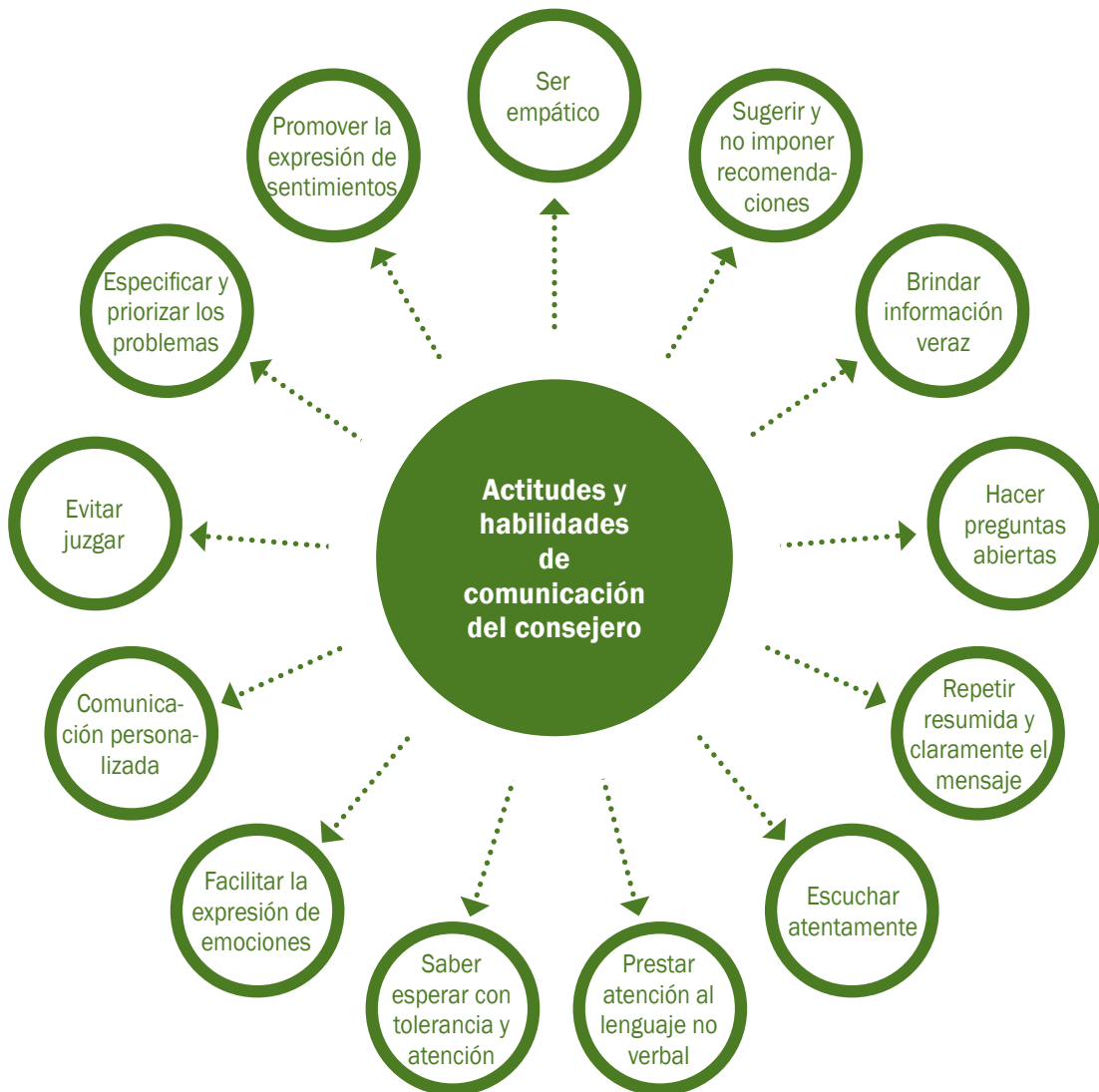
**OBJETIVO:**



Desarrollar actitudes y habilidades de comunicación del consejero



El consejero, para lograr una labor eficaz debe tener las siguientes actitudes y habilidades de comunicación:



Fuente: Elaboración propia

- 1. Ser empático.-** Es decir, “ponerse en el lugar del otro”, tratar de entender los motivos, creencias, valores y circunstancias que llevaron al usuario a esta situación y actuar de una manera determinada.



**EXPRESANDO EMPATÍA**

Ante una persona que evidencia además de haber sido violentada, signos claros de ser consumidora de alcohol u otra droga....

**Consejero:** “Sé que tienes un problema importante, estoy aquí para ayudarte pero, además debo conocer sobre tu conducta de consumo, porque ese es un problema que trae serias consecuencias y podría estar empeorando tu situación.....”

- 2. Recabar información.-** Hacer preguntas abiertas. Interrogantes orientadas a la opinión, puntos de vista, sentimientos del usuario, a fin de que pueda expresarse sin condicionamientos.

Si las preguntas son “cerradas”, la víctima sólo tiene la opción de escuchar, situación que no facilita una adecuada interacción.



**¿CÓMO FORMULAR PREGUNTAR ABIERTAS?**

Preguntas Cerradas	Preguntas Abiertas
Así que además de tu problema de violencia te preocupa tu uso de alcohol ¿Correcto?	Dime ¿Qué otra cosa te preocupa?
¿Cuántos hijos/as tienes?	Hábleme de tu familia.
¿Está de acuerdo en que sería una buena idea desintoxicase?	¿Qué piensas de la posibilidad de pasar por una desintoxicación?
En primer lugar, me gustaría que me hablaras de tu consumo de marihuana. En un día típico ¿Cuánto fumas?	Hábleme de tu consumo de marihuana en una semana típica

- 3. Prestar atención al lenguaje no verbal.-** Observar los gestos, ademanes, postura del usuario, porque nos provee información importante para orientar la intervención.



**PRESTANDO ATENCIÓN AL LENGUAJE NO VERBAL**

**Consejero:** Observa con atención que un(a) usuario(a) a través de sus gestos se muestra molesta, aunque tiene más de ira (por lo menos más evidente), pero sin embargo, finge desinterés aparentando así seguridad. Para el consejero, la ira de ella la interpreta en la presión en su boca (como evitando decir algo) Observa además que el rostro y las manos en los bolsillos también refleja displicencia. A partir de ésta observación, el consejero asume una posición respecto a la usuaria(o).

- 4. Escuchar atentamente.-** Atender el relato del usuario a través de un contacto visual, acompañado de un lenguaje no verbal (gestos, ademanes, postura) apropiado por parte del consejero. Esto ayudará a conocer las percepciones e identificar los sentimientos del usuario, así como las necesidades de información que requiere. “Escuchar atentamente es una forma de revisar en lugar de una forma de asumir lo que usted sabe que se quiere decir”<sup>84</sup>.

84 Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991) *Entrevista motivacional: preparando gente para cambiar comportamientos adictivos*. Nueva York: Guilford Press, 75p.



### ESCUCHANDO ATENTAMENTE

**Consejero:** ¿Qué más te preocupa sobre tu consumo de alcohol?

**Persona afectada:** No creo estar preocupada, solo que a veces pienso en si estoy tomando demasiado.

**Consejero:** ¿Demasiado para...?

**Persona afectada:** Para mí misma, supongo. No creo que sea algo serio, pero está pasando que me siento fatal al despertarme por las mañanas y no puedo pensar con claridad la mayor parte de la mañana.

**Consejero:** Te afecta la concentración y claridad.

**Persona afectada:** Si y a veces tengo problemas para recordar cosas.

**Consejero:** ¿Y te preguntas, si es porque está tomando demasiado?

**Persona afectada:** Bueno, yo sé que a veces es así, por qué ya me ha pasado que cuando estoy tomando, enredo las cosas y me pregunto por qué.

**Consejero:** ¿Te preguntas si...?

**Persona afectada:** Si el alcohol está afectando mi cerebro, creo. He oído que el alcohol destruye las células cerebrales.

**Consejero:** Ya veo, puedo entender lo que te preocupa.

**5. Repetir resumida y claramente el mensaje.-** Identificar las ideas más importantes y repetirlas con la finalidad de hacer evidente uno o varios problemas para lograr un mensaje resumido que exprese lo que el usuario nos transmitió. Esto puede ayudar tanto a la víctima como al terapeuta a entender lo que nos quiere expresar y no sólo lo que queremos entender. También es una buena forma de iniciar y terminar una sesión de consejería y de dar la oportunidad para señalar qué se puede haber pasado por alto, así como qué se haya señalado incorrectamente.



### REPITIENDO RESUMIDAMENTE EL MENSAJE

Ej. "Si te he escuchado correctamente, me estabas diciendo que... resumen... ¿estoy en lo correcto?"

"Si no he entendido mal.....resumen"

"O sea, que lo que me estás diciendo....resumen"

"A ver si he entendido bien... ¿me estás diciendo...resumen?"

**6. Facilitar la expresión de emociones.-** Crear las condiciones necesarias, mostrando apertura, calidez y confianza. Esto favorece la relajación de la víctima y promueve un ambiente que facilita la comunicación.



### FACILITANDO LA EXPRESIÓN DE EMOCIONES

- "Te veo un poco triste", "parece que esto que hablamos te emociona"
- "Me parece que hablar de esto te emociona", "tómalo con calma"

**7. Saber esperar con tolerancia y atención.-** Implica aceptar la información que nos brinda el usuario sin precipitarlo, ni presionarlo, respetando el tiempo que requiera para contar aspectos de su vida, en los que está involucrada la intimidad o la integridad personal, pues suele ser muy angustioso e incluso vergonzante para las personas, expresar sus vulnerabilidades.



### SABIENDO ESPERAR CON TOLERANCIA Y ATENCIÓN

**Persona afectada:** No puedo responder esa pregunta, tal vez más adelante.

**Consejero:** De acuerdo. Si crees que aún no puedes hablar de ese tema, está bien.

**8. Comunicación personalizada.-** Es importante que los mensajes se den en primera persona, ya que facilitan la comunicación y denota por parte del consejero una actitud abierta hacia el diálogo y preocupación por la víctima.



### ESPERANDO UNA COMUNICACIÓN PERSONALIZADA

- “A mí me importa cómo te sientes”
- “Te entiendo perfectamente”

**9. Evitar juzgar.-** El consejero debe apartarse de aquellas posturas y prejuicios relacionados a la situación del usuario, enfocándose en su rol de consejero. Si la víctima se siente juzgada, suele perder la confianza en quien la juzga, interfiriendo la comunicación.



### EVITANDO JUZGAR

**Persona afectada:** Mis hijos/as no van impedir, que yo siga consumiendo, se pueden cuidar solos...no saben todo lo que he tenido que aguantar.

**Consejero:** La necesidad que tienes de consumir se ha convertido en una prioridad para ti.

**10. Brindar información veraz.-** Dependiendo de las condiciones de la víctima, la información que divulgue debe ser gradual, pero siempre basándose en la verdad.



### BRINDANDO INFORMACIÓN VERAZ

Ante una persona que evidencia además de haber sido violentada, signos claros de ser consumidora alcohol u otra droga...

**Consejero:** “Sé que tienes un problema importante, estoy aquí para ayudarte pero, además debo conocer sobre tu conducta de consumo, porque ese es un problema que trae serias consecuencias y podría estar empeorando tu situación....”

**11. Especificar y priorizar los problemas.-** Es importante discriminar y focalizar aquellos conflictos que presenta el usuario para poder abordarlos de manera adecuada, ya que es muy difícil solucionar simultáneamente varios dilemas y más aún si la persona está en crisis.



### ESPECIFICANDO Y PRIORIZANDO LOS PROBLEMAS

Tu pretendes en primer lugar... también deseas... por otro lado... si consigues lo primero, piensas que es posible conseguir lo segundo?

**12. Promover la expresión de sentimientos.-** Durante el proceso de atención, es importante ser coherente con los sentimientos expresados por el usuario. La expresión de “pesar” por el malestar o de “alegría” por los progresos del usuario, potencian la sensación de confianza y comprensión.



### PROMOVRIENDO LA EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS

“Me alegra saber que mantuviste firme tu decisión de no beber alcohol, aun cuando muchos te insistieron”

**13. Sugerir y no imponer recomendaciones.-** Guiar y acompañar la identificación de alternativas basadas en su realidad para generar mayores posibilidades de solución. Tener claro que la conducta impositiva suele generar una conducta reactiva, que puede ser contraproducente para una adecuada interacción.



### SUGIRIENDO Y NO IMPONIENDO RECOMENDACIONES

- ¿Cómo te gustaría que fuesen las cosas a partir de ahora, de una forma ideal?
- ¿Qué desearías hacer?



### **CONCLUSIÓN:**

“La consejería breve está diseñada para ayudar a los/as usuarios/as a esclarecer y entender las opiniones que tienen de sus vidas y a aprender a alcanzar objetivos mediante decisiones significativas. Ofreciéndole oportunidades para explorar, descubrir formas de vida más satisfactorias. Donde además el usuario consigue la condición de poder decidir por sí mismo aquello que hará para ejercer su derecho a la salud y bienestar”.



### **LECTURA ADICIONAL:**

*Respuestas No Empáticas (Gordon, 1970).*



## **ACTIVIDAD 25**

**Demuestre con ejemplos actitudes y comunicación efectiva verbal y no verbal**

1	De ser empático.
2	De sugerir y no imponer recomendaciones.
3	De brindar información veraz.
4	De hacer preguntas abiertas
5	De escuchar atentamente.
6	De repetir resumida y claramente el mensaje.
7	De prestar atención al lenguaje no verbal.
8	De saber esperar con tolerancia y atención.
9	De facilitar la expresión de emociones.
10	De comunicación personalizada.
11	De evitar juzgar.
12	De especificar y priorizar los problemas.
13	Promover la expresión de sentimientos.



## 2.3. MODELO TRANSTEÓRICO DE CAMBIO

### 2.3.1. ESTRUCTURA TEMPORAL DEL MODELO TRANSTEÓRICO DE CAMBIO DE PROCHASKA Y DICLEMENTE (1992): LOS ESTADIOS DE CAMBIO

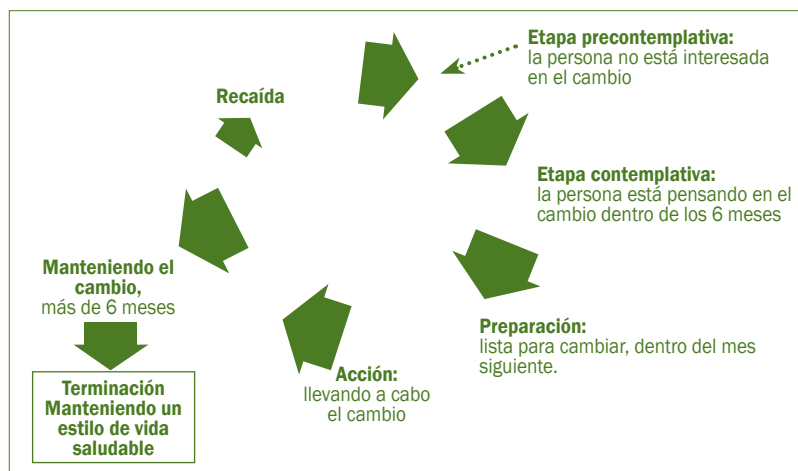


“La motivación no puede entenderse como algo que se tiene, sino más bien como algo que se hace. Implica reconocer un problema, buscar una forma de cambiar y entonces comenzar y mantener esa estrategia de cambio. Resulta que existen muchas formas de ayudar a la gente a que así lo reconozcan y actúen”.<sup>85</sup>



El modelo transteórico de cambio de Prochaska y DiClemente (1992) es un prototipo explicativo y de intervención en el campo de la motivación, basado en etapas y procesos de cambio en el que se encuentra cada paciente al iniciar el programa de intervención terapéutico. Intenta delimitar y describir los elementos esenciales y subyacentes al proceso de cambio intencional de cualquier conducta adictiva, con o sin ayuda profesional. Este modelo proporciona una concepción global y al mismo tiempo diferenciada del cambio en las conductas adictivas.

Asimismo, tiene como premisa que el cambio conductual es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación, de intención de cambio lo que permite planear intervenciones y programas que responden a las necesidades particulares de los individuos dentro de su grupo social o contexto natural comunitario u organizacional, explicándolo a través de estadios, procesos y niveles de cambio.<sup>86</sup>



Fuente: Naidoo, J. & Willis, J. (1998). Health Promotion WB Saunders, London.

85 Miller (1995) Aumentando la motivación para el cambio. En: Hester, R.K., y Miller, W.R., eds. *Manual de acercamientos al tratamiento del alcoholismo: alternativas efectivas*, 2da ed. Boston: Allyn & Bacon, 1995, 89-104p.

86 Graña, (1994) *Conductas adictivas: Terapia, evaluación y tratamiento*. Ed. Debate. S.A. Madrid: España.

Los estadios de cambio, representan la estructura o dimensión temporal o evolutiva del modelo transteórico y son:

### **1.- Pre-contemplación**

Etapa en la cual las personas no tienen intención de cambiar, de modificar su comportamiento adictivo, usualmente en el lapso de los próximos seis meses. Un subgrupo de las personas clasificadas en la etapa de pre-contemplación, puede estarlo por falta de información o por desinformación sobre las consecuencias a corto, medio o largo plazo de su comportamiento.

Otro subgrupo puede haber tenido intentos previos, fracasados, de cambiar y ahora están desmoralizados en cuanto a su capacidad de hacerlo. Es frecuente observar que en ambos subgrupos, las personas evitan leer, hablar y pensar sobre sus comportamientos de riesgo que podrían ser modificados, están a la defensiva por las presiones sociales para cambiar y, principalmente, no están ni motivados ni interesados en participar de programas o intervenciones de promoción o educación en salud. Este tipo de programa no involucra a estas personas, por la incoherencia entre los propósitos de las intervenciones respecto de las necesidades particulares de los individuos.

### **2.- Contemplación**

Etapa en la que la persona tiene intención de cambio y, potencialmente, hará un intento formal de modificar su comportamiento en los próximos meses. Contempladores están conscientes de las ventajas de cambiar si se les compara con los pre-, pero el peso relativo de los factores contrarios al cambio es aún muy grande.

Contempladores comienzan a considerar el cambio, pero aún no asumen el compromiso específico para actuar, razón por la cual pueden permanecer por largos periodos de tiempo en esta etapa en particular, contemplando la opción de cambiar hasta por dos años, hablando para sí mismas que van a cambiar algún día. Individuos así clasificados, tampoco son considerados para los propósitos de programas tradicionales orientados a la acción comportamental.

### **3.- Preparación**

Fase en la que las personas ya toman una decisión de cambio y tienen un compromiso propio para hacerlo. Realizan pequeñas variaciones intentan, efectivamente, cambiar en el futuro inmediato, regularmente los próximos 30 días. Personas en preparación, por lo general, ya tienen experiencias concretas con relación al cambio, principalmente en el último año calendario y además, tienen una conciencia muy definida sobre las ventajas de modificar su comportamiento. Estas personas tienen un plan para actuar o participar de alguna actividad, por lo cual poseen un gran potencial para participar en programas orientados a la acción.

### **4.- Acción**

Periodo en el que las personas realizan cambios objetivos, medibles y exteriorizados de su comportamiento, regularmente en un lapso que varía de uno a seis meses. Puesto que la etapa de acción es realmente observable, el cambio del comportamiento ha sido histórico y simplistamente equiparado a la acción.

En general, las personas en esta fase tienen una valoración muy grande de las ventajas de cambiar y demuestran un nivel mayor de auto-eficacia. Durante este estadio ocurre la mayor aplicación sistemática de los diversos procesos de cambio, siendo también

ideal para las intervenciones tradicionales dirigidas al público en general. La acción es una fase reconocida como inestable por el potencial de recaída o la rápida progresión al mantenimiento.

### 5.- Mantenimiento

Se caracteriza por las tentativas de estabilización del cambio conductual ya manifestado. Es un lapso de por lo menos seis meses después del cambio observable, en el que las personas trabajan activamente en la prevención de la recaída, usando una variada y específica serie de procesos de cambio.

Las personas tienen cada vez menos tentación por volver al comportamiento modificado y aumentan progresivamente su auto confianza para mantener el cambio conductual y dura regularmente de seis meses a dos años.

La terminación es la última etapa, ya las personas no tienen tentaciones de ninguna naturaleza con relación al comportamiento específico que se cambió y tienen un 100% de confianza, de auto-eficacia frente a situaciones que eran tentadoras.

### 6.- Recaída

Ocurre cuando las estrategias de estabilización y mantenimiento de la abstinencia fallan. En ese sentido, una recaída puede producirse, tanto en el estadio de acción como en el de mantenimiento, siendo necesario analizar el mismo para lograr espaciarlo cada vez más y lograr que el usuario se mantenga en abstinencia y cambie su estilo de vida.

Por tanto, para lograr incidir en el nivel de motivación de los drogodependientes, es conveniente analizar los estadios de cambios en que están al inicio de su intervención y proceso del mismo.



#### CONCLUSIÓN:

*“El modelo transteórico ofrece una concepción global y diferenciada del cambio en las conductas adictivas, entendiendo que el cambio conductual es un proceso, en donde la persona puede presentar diversos niveles de motivación y de intención al cambio”.*



#### LECTURA ADICIONAL:

*Mejorando la motivación para el cambio en el tratamiento de abuso de sustancias.<sup>87</sup>*

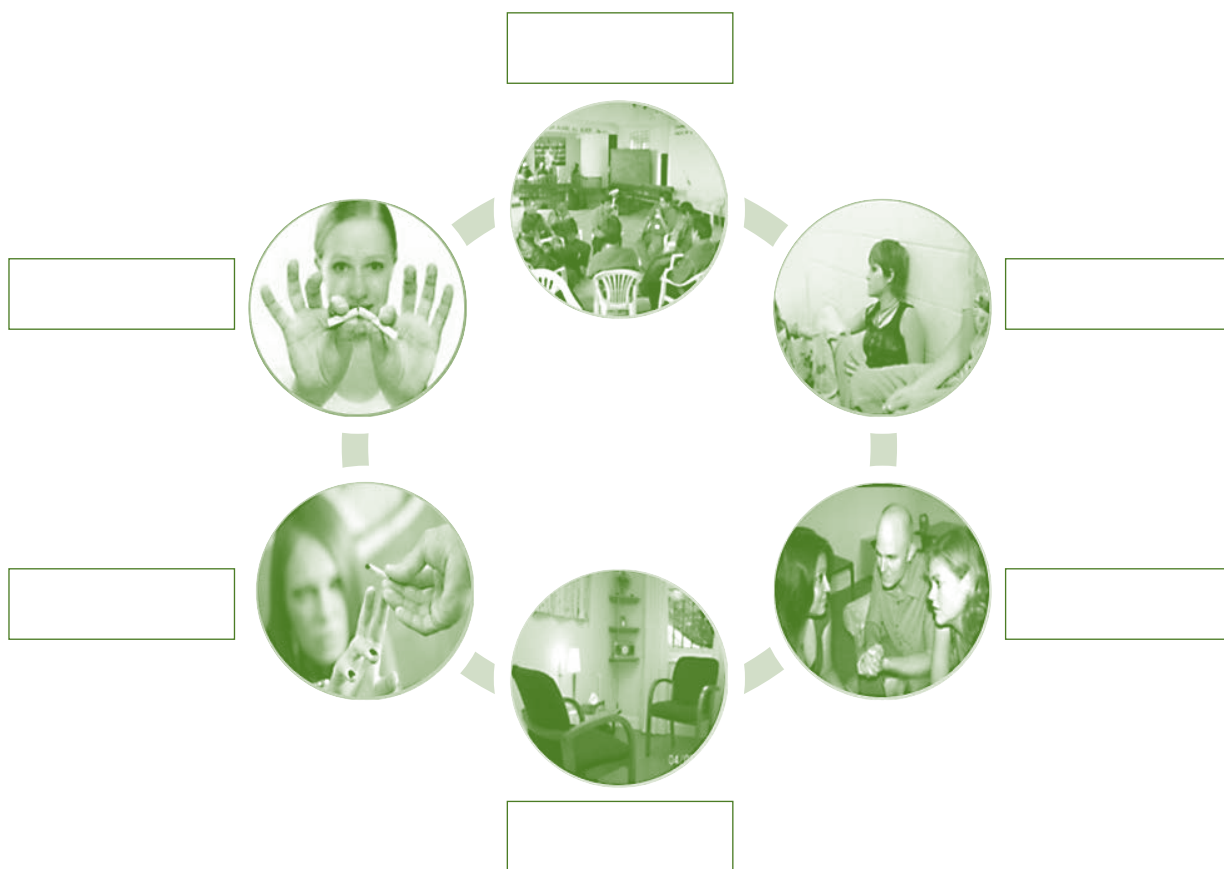
87 Miller, R. (1999). *Mejorando la motivación para el cambio en el tratamiento de abuso de sustancias*.35 Serie de protocolo para mejorar el tratamiento (TIPS). Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Servicios de Salud Pública.



## ACTIVIDAD 26a

Señale los niveles o estadios de cambio en las personas

1.- Señala que nivel o estadio de cambio representa cada una de las imágenes.



Fuente: Elaboración propia

### ACTIVIDAD 26b

#### Caracterice los niveles o estadios de cambio en las personas

1.- Las siguientes características ¿A qué estadio de cambio corresponden?

	Características	Estadio de cambio
1.	Se consideran las posibilidades de que el nuevo hábito se convierta en un nuevo estilo de vida saludable.	
2.	Conciencia de la necesidad de cambio.	
3.	Toma la decisión de efectuar un plan para hacerlo.	
4.	Se encuentra preparada y dispuesta para un programa orientado a la acción.	
5.	Comienza nuevamente a consumir.	
6.	Fase de ejecución.	
7.	Existe alto riesgo a la recaída.	
8.	Admite interés por modificar la conducta, pero tiene mínima probabilidad de asumir un cambio.	
9.	Aún no da el paso de “pensar” a “actuar”.	
10.	No admiten interés en modificar la conducta.	
11.	Piensan en los costos de efectuar el cambio, en lugar de los beneficios.	

2.- Las siguientes expresiones ¿A qué estadio de cambio corresponden?

	Características	Estadio de cambio
1.	Mantenerme sin dejar de tomar pastillas por 3 semanas me hace sentirme realmente bien, pero una parte de mí quisiera tomar un verdadero descanso tomando una de ellas.	
2.	Puedo entender cómo dejar de fumar mejoraría mi autoestima, pero no puedo imaginarme sin fumar nunca más.	
3.	No veo como el fumar cigarrillo pueda ser una preocupación, pero espero que al estar de acuerdo de hablar de este tema, se sienta más tranquila.	
4.	Estos meses que he pasado sin tomar mis tragos me he hecho sentir que estoy progresando hacia la recuperación, pero todavía me estoy preguntando si tanto esfuerzo valdrá la pena.	
5.	Me siento bien con fijar una fecha para dejar el consumo, pero me pregunto si tendré el valor de cumplirla.	

## 2.4. ENFOQUE DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

### OBJETIVO:



Conocer los estadios de cambio del modelo transteórico

### ¿QUÉ ES UNA ENTREVISTA MOTIVACIONAL?

Es una forma concreta de ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes

La entrevista motivacional es un enfoque que se basa teóricamente en dos grandes áreas: en el constructo de la ambivalencia y en el conflicto entre la indulgencia y la restricción<sup>88</sup>.

Asimismo, la entrevista motivacional se basa en estrategias que surgen del counselling centrado en el cliente, la terapia cognitiva, la teoría de sistemas y la psicología social de la persuasión. Puede combinar con una amplia gama de tácticas y crear una base motivacional necesaria para aplicar después otros enfoques (por ejemplo: entrenamiento conductual, participación en grupos de 12 pasos o la toma de medicación).



Este enfoque define la motivación como:

- “La probabilidad de que una persona inicie, continúe y se comprometa con una estrategia específica para cambiar”.

La entrevista motivacional también es una forma concreta de ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes. Resulta particularmente útil con personas que son reticentes a cambiar y que se muestran ambivalentes al respecto. Para algunas personas esto es todo lo que realmente necesitan. Una vez que se desbloquean, dejan la inmovilización de los conflictos motivacionales y recuperan las habilidades y recursos que necesitan para efectuar un cambio duradero. Todo lo que necesitan es un “empujón” relativamente corto en su motivación. En ese sentido, la entrevista motivacional crea una apertura para el cambio, que prepara el terreno para el trabajo terapéutico posterior<sup>89</sup>.

La entrevista motivacional se caracteriza porque:

- ▶ El consejero no asume un rol autoritario.
- ▶ Se evita el mensaje “Yo soy el experto y voy a decir qué necesita usted para que le funcione su vida”.
- ▶ La responsabilidad para el cambio se deja en manos de el/a paciente.
- ▶ Las estrategias motivacionales son más persuasivas que coercitivas, más de apoyo que de discusión.
- ▶ El consejero busca crear una atmosfera positiva para el cambio.
- ▶ El objetivo global consiste en aumentar la motivación intrínseca de el/la paciente, de modo que el cambio se evidencie desde dentro más que se imponga desde afuera.
- ▶ Cuando este enfoque se aplica adecuadamente, el paciente presenta las razones para cambiar y no el/a terapeuta.

88 Miller y Rollnick (1987) *Motivation and treatment goals*. Drug and society, (1) 133-151p.

89 *Ibidem*

- ▶ La entrevista motivacional emplea una variedad de estrategias, algunas de las cuales surgen de la terapia centrada en el cliente.
- ▶ La entrevista motivacional actúa con una idea clara del objetivo que se debe alcanzar, cuenta con estrategias y habilidades concretas para alcanzar dicho objetivo.

### 2.4.1. PRINCIPIOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Los principios de la entrevista motivacional se basan en la psicología social, cognitiva y motivacional y son:

**1. Expresar empatía.-** Es la aceptación que mediante una escucha reflexiva adecuada, los terapeutas intentan comprender los sentimientos y perspectivas de los pacientes sin juzgar, criticar o culpabilizar. Es importante anotar aquí que la aceptación no es lo mismo que el acuerdo o la aprobación.

Este principio se basa en:



- ▶ La aceptación facilita el cambio
- ▶ Una escucha reflexiva adecuada es fundamental
- ▶ La ambivalencia es normal

La empatía durante la consejería se ha interpretado en términos de características del terapeuta tales como cordialidad, respeto, atención, compromiso e interés activo.

La empatía generalmente acarrea escuchar atentamente cada planteamiento del cliente y repetirlo en diferentes palabras de forma que el cliente sepa que usted entiende el significado<sup>90</sup>.

Para ello, se sugiere tomar en cuenta la lectura realizada en el apartado anterior, sobre “Respuestas No Empáticas” (Gordon, 1970)



Fuente: Elaboración propia<sup>91</sup>

90 Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991) *Entrevista motivacional: preparando gente para cambiar comportamientos adictivos*. Nueva York: Guilford Press.

91 Contenidos tomado del *Manual de Intervención para personas afectadas por hechos de violencia familiar con problemas de consumo de alcohol y otras drogas*, 2010.

**2. CREAR DISCREPANCIA.-** En exposición original de la entrevista motivacional, Miller (1983)<sup>92</sup> describió esto como la creación de una disonancia cognitiva. Es propiciar que se dé cuenta de sus contradicciones, mostrándole la discrepancia entre la conducta actual (ej. Consumir drogas) y las metas importantes (ej. Continuar su carrera profesional que dejó trunca).

Este principio se basa en:



- ▶ *Desarrollar conciencia sobre las consecuencias para ayudar a las personas afectadas a examinar su comportamiento.*
- ▶ *La discrepancia entre el presente negativo (conducta actual) y futuro positivo (objetivos más importantes que se quiere conseguir), motivará el cambio.*
- ▶ *Inducir a las personas afectadas a presentar sus propias razones para cambiar.*

Una instancia de incertidumbre o confusión, puede motivar a la persona a tomar control de la situación al ofrecerle el entrevistador una solución.



Podemos desarrollar discrepancia con las personas afectadas utilizando una técnica denominada:

#### **EL ACERCAMIENTO “COLUMBO”**

En el acercamiento de “Columbo”, el entrevistador hace el papel de un detective tratando de resolver un misterio, pero que está teniendo dificultades porque las claves no encajan. El entrevistador “Columbo”, hace partícipe a la persona de la solución del misterio:



**Ejemplo 1:** “Hummm. Ayúdeme a entender esto. Usted me ha dicho que mantener la custodia de su hija, y ser una buena madre, son las dos cosas más importantes para usted. ¿Cómo encaja con esto su uso de cocaína?”



**Ejemplo 2:** “Así que algunas veces cuando bebe durante la semana no se puede levantar por la mañana para ir a trabajar. El mes pasado, faltó 5 días. Pero le gusta su trabajo, y hacerlo bien es muy importante para usted”.

En ambos casos, el entrevistador expresa confusión, lo que le permite a la persona afectada, tomar la palabra y explicar cómo los dos deseos conflictivos encajan.

El valor del acercamiento ‘Columbo’ es que obliga a las personas, en lugar de a los entrevistadores, a abordar las discrepancias y a tratar de resolverlas. Este acercamiento refuerza la noción de que las personas afectadas son verdaderamente las únicas que pueden resolver la discrepancia. Sin embargo, si el entrevistador intenta hacerlo por la persona, éste se arriesga a interpretar erróneamente, sacando sus conclusiones en lugar de escuchar la perspectiva de la persona afectada, y a lo mejor lo más importante; hacer de la persona un participante pasivo en lugar de uno activo en el proceso.

Para revelar la discrepancia, se pueden usar otras herramientas aparte de hablar. Por ejemplo, muestre un video y entonces discúptalo con la persona afectada, permitiéndole asociarlo con su propia situación. Esta estrategia podría ser particularmente efectiva para las personas que consumen alcohol o drogas pues proporciona la oportunidad para que ellas mismas juzguen la situación.

92 Miller, W. R. (1983) *Entrevista motivacional con bebedores problemáticos* Behavioral Psychotherapy.



También se puede ayudar a la persona afectada a percibir la discrepancia en distintos niveles, desde físico hasta espiritual, y en diferentes terrenos, desde la actitud hasta el comportamiento. Para hacerlo, es útil entender no sólo lo que un individuo valora sino también lo que valora la comunidad.



**Ejemplo:** El uso de sustancias podría ser conflictivo con la identidad y los valores personales y los valores de la comunidad; podría entrar en conflicto con las creencias espirituales o religiosas; o con los valores de los miembros de la familia de la persona afectada. Por tanto, la discrepancia se puede aclarar al contrastar el comportamiento por uso de sustancias con la importancia que las personas afectadas dan a sus relaciones con la familia, los grupos religiosos y la comunidad.



**Ejemplo:** El trasfondo cultural de la persona puede afectar las percepciones de la discrepancia. Es así, que el consumo de alcohol en las mujeres en las zonas urbanas de nuestro país, es asociado a mujeres de mal vivir, lo cual puede entrar en conflicto con su orgullo y deseo de ser respetada y reconocida por los demás.

**3. EVITAR LA DISCUSIÓN (ARGUMENTACIÓN).**- El consejero debe evitar discutir y las confrontaciones cara a cara. La entrevista motivacional no es confrontativa, su objetivo es aumentar la toma de conciencia de los problemas y la necesidad de hacer algo con ellos.

Este principio se basa en:



- ▶ *Las discusiones son contraproducentes.*
- ▶ *Defender un argumento provoca estar a la defensiva.*
- ▶ *La resistencia es una señal que indica que se deben cambiar las estrategias que se han estado utilizando.*
- ▶ *No es necesario usar etiquetas.*

Usted podría verse tentado de vez en cuando a discutir con la persona afectada que no está seguro o reacio a cambiar, especialmente si se muestra hostil, desafiante o provocativo. Sin embargo, tratar de convencerla de que el problema existe o de que se necesita un cambio, podría desatar aún más resistencia. Si usted trata de probar su punto, predicablemente la persona afectada tomará el bando contrario. La argumentación con la persona puede degenerar rápidamente en una lucha de poder y no aumenta la motivación por un cambio beneficioso. Cuando es la persona, y no usted, la que manifiesta argumentos para el cambio, se puede progresar.

La meta es “caminar” con las personas (por ej., acompañarla en su proceso de cambio), no “arrastrarlas” (por ej., dirigir el proceso de la persona).

Las discusiones son contraproducentes; si se producen, es preferible cambiar de estrategia.



**Ejemplo:** “Parece que en esto no estamos de acuerdo, busquemos otra forma de verlo. ¿Cómo ves tú este problema...?”

**4. DARLE UN GIRO A LA RESISTENCIA.**- Las razones que da un entrevistado se pueden girar o cambiar levemente a fin de crear un nuevo momento para el cambio. Por lo tanto, el/a terapeuta también puede generar preguntas o problemas al paciente. El trabajo del/a terapeuta no es el de proporcionar soluciones para todo. Darle giro a la resistencia, incluye involucrar al entrevistado de forma activa en el proceso de resolución de sus problemas.



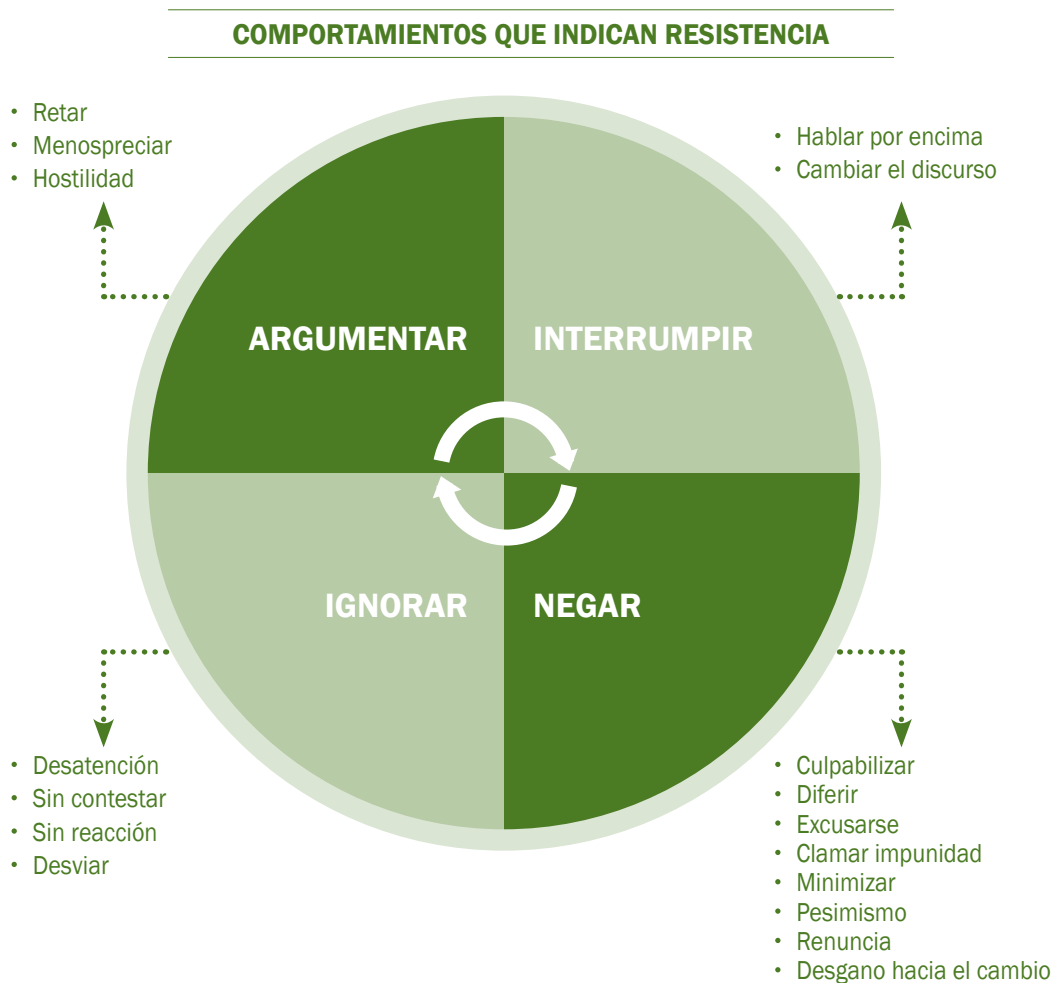
Este principio se basa en:

- ▶ *Aprovechar el momento actual con el fin de obtener el mayor beneficio posible.*
- ▶ *Las percepciones se pueden cambiar.*
- ▶ *Los nuevos puntos de vista se sugieren, no se imponen.*
- ▶ *La persona es una fuente valiosa a la hora de encontrar soluciones a los problemas.*

La RESISTENCIA es su señal para que usted cambie la dirección o escuche con más atención. La resistencia realmente le ofrece una oportunidad para responder en una forma nueva, quizás sorprendente, y tomar ventaja de la situación sin confrontar.

### ¿Cómo reconoce la resistencia?

A continuación los cuatro comportamientos más comunes que indican que una persona se resiste al cambio.



Fuente: Elaboración propia<sup>93</sup>

93 Contenidos tomado del *Manual de Intervención para personas afectadas por hechos de violencia familiar con problemas de consumo de alcohol y otras drogas*, 2010.

**(a) Argumentar.-** Cuando la persona cuestiona la precisión, experiencia, integridad del entrevistador, lo reta, menosprecia, descalifica, muestra hostilidad.



**ARGUMENTANDO**

- ¿Quién es usted para decirme lo que tengo que hacer? (retar/hostilidad)
- ¿Qué puede saber usted de todo esto? (descalificación)
- Posiblemente no ha probado ni un pito de marihuana en toda su vida (menosprecio)

**(b) Interrumpir.-** La persona interrumpe al entrevistador de una manera defensiva.



**INTERRUMPIENDO**

- (la entrevistada interrumpe y habla a la ves)... Disculpa, pero yo vine para ver si me podían ayudar con el problema que tengo con mi esposo (hablar por encima y cortar el discurso)
- Mira preferiría hablar de otra cosa (cortar el discurso)

**(c) Negar.-** La persona manifiesta renuencia a reconocer los problemas, cooperar, aceptar la responsabilidad, o aceptar consejo



**NEGANDO**

- ¡Yo no podría cambiar, aunque quisiera!
- Yo no soy drogadicta. Lo que pasa es que mi mamá estuvo casada con un drogadicto y piensa que cualquier persona que se excede un poco, ya tiene problemas (héteroculpabilidad)
- Yo no fumo marihuana mucho más que la mayoría de mis amigos. ¿Qué tiene de malo fumarse un pito de vez en cuando? (excusarse)
- Yo le demostraré que nadie me dice lo que tengo que hacer! Mire, yo tengo familiares y un montón de conocidos que han tomado toda la vida y nunca les ha pasado nada ¿Por qué me va a pasar a mí? Por último, a mí nadie me dice lo que tengo que hacer (Clamando impunidad)
- Ok. Puede ser que yo tenga algunos problemas con las pastillas que tomo seguido, pero no por eso soy adicta (minimizar)
- Yo sé que usted quiere que deje de tomar completamente, pero ¡Yo no voy a hacer eso! (negación)

**(d) Ignorar.-** La entrevistada muestra evidencia de ignorar o no seguir al entrevistador.



**IGNORANDO**

- No escuche lo que me dijo, pero si le digo que no puedo dejar de salir a consumir de vez en cuando (desatención)
- Mire, yo vengo porque soy una mujer maltratada y necesito que me ayude a solucionar ese problema (desviar)



**LECTURA BÁSICA:**

*Cuatro clases de resistencias.*

**¿Cómo evitar argumentar y, a cambio, adaptarse a la resistencia?**

Por lo menos existen 7 formas de reaccionar adecuadamente a la resistencia de las personas han sido identificadas. Estas son<sup>94</sup>:

94 Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991) *Entrevista motivacional: preparando gente para cambiar comportamientos adictivos*. Nueva York: Guilford Press.

## FORMAS DE REACCIONAR ADECUADAMENTE ANTE LA RESISTENCIA

- 1 Reflejo simple
- 2 Reflejo ampliado
- 3 Reflejo desde dos ángulos
- 4 Cambio de enfoque
- 5 Acuerdos con un giro
- 6 Reformular
- 7 Tomando el bando de lo negativo

Fuente: Elaboración propia



### LECTURA BÁSICA:

*Formas de reaccionar adecuadamente a la resistencia de las entrevistadas.*

**5. FOMENTAR LA AUTOEFICACIA.-** Se refiere a la creencia que tiene una persona sobre su habilidad para llevar a cabo con éxito una tarea específica. La autoeficacia es un elemento clave en la motivación para el cambio. Se enfatiza en la responsabilidad personal. La persona no sólo puede sino que debe realizar el cambio, porque nadie más lo hará por ella.

Este principio se basa en:

- ▶ *La creencia en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante.*
- ▶ *El paciente es responsable de escoger y efectuar un cambio personal.*
- ▶ *Existe cierto grado de esperanza en la amplia variedad de diferentes tratamientos de lo que se dispone.*

*Reflexión: “Si tratas a una persona como es, permanecerá como es, si la tratas como lo que puede ser, se convertirá en lo que puede y debe ser” J.W. Van Goethe.*



### EJEMPLO

El lema de A.A.A. “un día a la vez”, puede ayudar a las personas a concentrarse y lanzarse a los cambios inmediatos y pequeños que creen, son viables.

*Reflexión: “Mejorar la autoeficacia requiere hacer surgir y mantener la esperanza, el optimismo y la viabilidad al cambio. Esto exige de usted que reconozca las fortalezas de la persona afectada y que las saque a flote cada vez que sea posible”.*



### CONCLUSIÓN:

*“Generalmente las personas se convencen más por las razones que descubren ellas mismas que por las que les explican los demás” Blaise Pascal”.*



**ACTIVIDAD 27a**  
**Darle un giro a la resistencia**

1.- Señale los tipos de comportamientos más comunes que indican resistencia al cambio en los ejemplos que se señalan a continuación:

COMPORTAMIENTO QUE INDICAN RESISTENCIA		TIPO DE RESISTENCIA
1.	Y usted que puede saber de los problemas que yo tengo y que me empujan a hacer lo que hago!	
2.	Simplemente, no lo quiero dejar!	
3.	Yo no soy la única con el problema. Si yo bebo es sólo porque mi esposo está siempre regañándome por todo.	
4.	Quiero dejar de beber! Pero no quiero! (discrepancia)	
5.	He venido en busca de ayuda, pero no lo tengo tan claro.	
6.	No entiendo porque me habla de estoy aquí porque mi pareja todo el tiempo me maltrata, me gustaría que me diga que puedo hacer para enfrentar ese problema.	
7.	Disculpe pero no lo pude escuchar, realmente estoy muy preocupada en resolver mi problema con mi esposo.	
8.	Yo le voy a mostrar lo que una mujer como yo tiene que hacer para seguir adelante con tantos problemas.	
9.	No creo que usted entienda por el problema que estoy pasando y la necesidad que tengo de olvidarme de mis problemas, aunque sea bebiendo.	
10.	El alcohol no me perjudica, del algo hay que morir. Tengo mucho estrés.	



## ACTIVIDAD 27b

### Formas de reaccionar adecuadamente a la resistencia

¿Qué forma es?	Ejemplos de formas de reaccionar a la resistencia
1.	<p><b>Cliente:</b> Yo sé que usted quiere que deje de beber completamente, ¡pero yo no voy a hacer eso!</p> <p><b>Clínico:</b> Puede ver que hay unos verdaderos problemas, pero no está dispuesto a pensar en dejar de beber de una vez por todas.</p>
2.	<p><b>Cliente:</b> No puedo dejar de fumar motos cuando todos mis amigos lo están haciendo.</p> <p><b>Clínico:</b> Se me está adelantando. Todavía estamos explorando sus preocupaciones en cuanto a si puede o no entrar a la universidad. Aún no estamos listos para decidir en qué forma encaja la marihuana con sus planes.</p>
3.	<p><b>Cliente:</b> No planeo dejar de beber por ahora.</p> <p><b>Clínico:</b> No cree que la abstinencia funcione para usted en este momento.</p>
4.	<p><b>Cliente:</b> Bueno, yo sé que alguna gente piensa que bebo demasiado, y que puedo estar haciéndole daño a mi hígado, pero aun así no creo que sea alcohólico o que necesite tratamiento.</p> <p><b>Clínico:</b> Hemos pasado bastante tiempo repasando sus sentimientos positivos y sus pero aun así usted no cree que esté listo o que quiera cambiar sus patrones de consumo. Quizás cambiar sería muy difícil para usted, especialmente si se quiere quedar igual. De todas formas, no estoy seguro de que crea que podría cambiar aún si quisiera.</p>
5.	<p><b>Cliente:</b> No sé por qué mi esposa está preocupada con esto. Yo no bebo más que ninguno de mis amigos.</p> <p><b>Clínico:</b> Así que su esposa se está preocupando innecesariamente.</p>
6.	<p><b>Cliente:</b> ¿Por qué usted y mi esposa están tan obsesionados con lo que bebo? ¿Qué pasa con todos los problemas de ella? Usted bebería también si su familia estuviese fastidiándolo todo el tiempo.</p> <p><b>Clínico:</b> Tiene un buen punto, y es importante. Hay algo más grande que poner en perspectiva, y quizás no le haya estado dando suficiente atención. No es tan fácil como el consumo de bebida de alguien. Estoy de acuerdo en que no deberíamos estar buscando a quién culpar. Los problemas de bebida como éstos involucran a toda la familia.</p>
7.	<p><b>Cliente:</b> Mi esposo siempre está fastidiándome con la bebida - llamándome alcohólica siempre.</p> <p><b>Clínico:</b> Realmente me molesta Parecería que realmente se interesa por usted y que está preocupado, a pesar de que lo exprese de una forma en que la enfada. Quizás podamos ayudarle a aprender. cómo decirle que la ama y que se preocupa por usted en una forma más positiva y aceptable.</p>

**2.4.2. ESTRATEGIAS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL<sup>95</sup>**



PREGUNTAS ABIERTAS permiten y animan al paciente explicarse aumentando así su percepción del problema.  
 ESCUCHA REFLEXIVA averiguar lo que intenta decir el sujeto realmente y devolvérselo.  
 AFIRMAR destacar sus aspectos positivos y apoyar lo dicho por él.  
 RESUMIR la persona escucha lo que dijo.  
 AFIRMACIONES AUTOMOTIVADORAS favorecerlas y provocarlas.

Cuatro de las cinco estrategias de la entrevista motivacional se derivan de la terapia centrada en el cliente y la quinta es más conductista. Asimismo, Éstas se utilizan con el objetivo particular de ayudar a los pacientes a analizar su ambivalencia y expresar las razones que tienen para cambiar. Éstas son;

**1. PREGUNTAS ABIERTAS.-** Significa que el paciente debe ser quien hable más en esta etapa, con el/a terapeuta quien estará escuchando cuidadosamente y alentando la expresividad. A continuación preguntas abiertas y cerradas:



PREGUNTAS CERRADAS	PREGUNTAS ABIERTAS
¿Así que además de su problema de violencia le preocupa su uso de alcohol? ¿Correcto?	Dígame ¿Qué otra cosa le preocupa?
¿Cuántos hijos/as tienes?	Háblame de su familia
¿Está de acuerdo en que sería una buena idea desintoxicarse?	¿Qué piensa usted de la posibilidad de pasar por una desintoxicación?
En primer lugar, me gustaría que me hablara de su consumo de marihuana. En día típico ¿Cuánto fuma?	Hábleme de su consumo de marihuana en una semana típica.
¿Le gusta fumar?	¿Cuáles son las cosas que le gusta fumar?
¿Cómo ha sido su consumo de drogas esta semana, comparada a la pasada, más, menos o casi lo mismo?	¿Cómo ha sido su consumo de drogas esta última semana?
¿Cree que usa anfetaminas con demasiada frecuencia?	¿De qué forma está preocupado por su consumo de anfetaminas?
¿Cuánto hace que bebió por última vez?	Cuénteme de la última vez que bebió.
¿Cuándo planea dejar de beber?	¿Entonces qué cree que le gustaría hacer en cuanto a su consumo de bebida?

<sup>95</sup> Miller y Rollnick (1999). *La Entrevista Motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós Ibérica.

**2. ESCUCHA REFLEXIVA.-** Es realizar una deducción razonable sobre cual podía haber sido el mensaje original y convertirla en una frase.



**Entrevistador:** ¿Qué más le preocupa sobre su consumo de bebida?

**Persona afectada:** Bueno, no estoy seguro(a) de que esté preocupado(a), sino que a veces me pregunto si estoy bebiendo demasiado.

**Entrevistador:** ¿Demasiado para...?

**Persona afectada:** Para mí mismo(a), creo. O sea, no es que sea nada serio, pero algunas veces me levanto por las mañanas y me siento fatal, y no puedo pensar con claridad la mayor parte de la mañana.

**Entrevistador:** Le afecta su claridad, su concentración.

**Persona afectada:** Si, y algunas veces, tengo problemas para recordar cosas.

**Entrevistador:** ¿Y se pregunta si será porque está bebiendo demasiado?

**Persona afectada:** Bueno, yo sé que a veces sí.

**Entrevistador:** Esta bien, seguro de eso. Pero quizás hay más...

**Persona afectada:** Si, inclusive cuando no estoy bebiendo, algunas veces enredo las cosas y me pregunto por qué.

**Entrevistador:** ¿Se pregunta si...?

**Persona afectada:** Si el alcohol me está consumiendo el cerebro, creo.

**Entrevistador:** Cree que eso le puede pasar a la gente, quizás a usted.

**Persona afectada:** Bueno, ¿puede o no? He oído que el alcohol destruye células cerebrales.

**Entrevistador:** Ya veo. Puedo entender lo que le preocupa.

**Persona afectada:** Pero no creo que sea alcohólico o algo parecido.

**Entrevistador:** No cree que esté tan mal, pero se pregunta si quizás se está pasando o lastimándose en el proceso.

**Persona afectada:** Pues sí.

**Entrevistador:** Un pensamiento que mete bastante miedo. ¿Qué más le preocupa?

**3. AFIRMAR.-** Se realiza en forma de comentarios positivos y frases de aprecio y comprensión.



- Aprecio lo duro que debe haber sido para usted decidirse a venir. Dio un gran paso.
- Creo que es grandioso que usted haga algo acerca de su problema.
- Debe haber sido muy difícil para usted.
- Usted es ciertamente una persona de muchos recursos para haber sido capaz de vivir con este problema por tanto tiempo y sin haberse desmoronado.
- Eso es una buena sugerencia.
- Debe ser difícil para usted aceptar un día a día tan tenso. Tengo que decirte, si yo estuviera en su lugar, también lo encontraría bien difícil.

**4. RESUMIR.-** Realizar resúmenes de forma periódica refuerza lo que ya se ha dicho, confirma que usted ha estado escuchando con atención, y prepara al paciente para seguir progresando.



“Entonces, si entendí bien, te gustaría que tu pareja te pusiera más atención y estuvieran más unidos. Por eso, van a fiestas juntos y toman hasta emborracharse, aunque luego acaban en pleitos y discutiendo...”

**5. PROVOCAR AFIRMACIONES AUTOMOTIVADORAS.-** Este enfoque es lo opuesto a un planteamiento confrontativo, que es contraproducente porque el paciente defiende su



posición. La entrevista motivacional tiene como objetivo que el paciente hable sobre comentarios exactamente opuestos a la defensa de su argumento. Entonces, el paciente expresa sus razones para cambiar a través de autoafirmaciones motivadoras que pueden darse en las siguientes categorías: reconocimiento del problema, expresión de preocupación, una intención de cambiar y optimismo sobre el cambio.

Se pueden identificar cuatro clases de planteamientos motivacionales<sup>96</sup>



CLASES DE PLANTEAMIENTOS	EJEMPLOS
Reconocimiento cognoscitivo del problema	"Creo que esto es más serio de lo que pensaba"
Expresión afectiva de la preocupación acerca del problema percibido	"Estoy realmente preocupado acerca de lo que me está pasando"
Intención directa o implícita para cambiar el comportamiento	"Tengo que hacer algo"
Optimismo acerca de la habilidad de uno para cambiar	"sé que si trato, realmente puedo hacerlo".

### ¿CÓMO RECONOCERLOS PLANTEAMIENTOS AUTO-MOTIVACIONALES?



PLANTEAMIENTOS AUTOMOTIVACIONALES	AFIRMACIONES ANTIMOTIVACIONALES
Creo que me ha estado afectando más de lo que me había dado cuenta	No tengo ningún problema con la marihuana.
Algunas veces cuando he estado usando sustancias, simplemente no puedo pensar ni concentrarme.	Cuando tengo una nota, me siento más relajado(a) y creativo(a)
Creo que me pregunto si me he estado quemando el cerebro.	Puedo beber toda la noche sin emborrarme.

### LECTURA BÁSICA:

¿Cómo reconocer los planteamientos motivacionales?



### CONCLUSIÓN:

"La entrevista motivacional se basa en estrategias de distintos enfoques o teorías que combinados permiten crear una base motivacional necesaria, para crear una apertura al cambio, en donde las personas puedan reconocer y ocuparse de sus problemas potenciales y presentes. Para esto es importante la empatía, la discrepancia, la evitación de discusión, el darle un giro a la resistencia y el fomento de la auto eficacia, que realiza el entrevistador".



96 Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991) *Entrevista motivacional: preparando gente para cambiar comportamientos adictivos*. Nueva York: Guilford Press.



## ACTIVIDAD 28

### Estrategias Motivacionales

1.- Señale las preguntas abiertas marcando la letra "A" y las preguntas cerradas marcando la letra "C".

1. ( ) ¿Está de acuerdo en que sería una buena idea desintoxicarse?
2. ( ) Hábleme de su consumo de marihuana en una semana cualquiera.
3. ( ) ¿Le gusta beber alcohol?
4. ( ) ¿Qué piensa usted de la posibilidad de pasar por una desintoxicación?
5. ( ) Cuénteme de la última vez que bebió
6. ( ) ¿Cómo ha sido su consumo de drogas esta última semana?
7. ( ) En primer lugar, me gustaría que me hablara de su consumo de marihuana. En un día común ¿Cuánto fuma?
8. ( ) ¿Cuáles son las cosas que le gusta beber?
9. ( ) ¿Cómo ha sido su consumo de drogas esta semana, comparada a la semana pasada?
10. ( ) ¿Cuánto hace que bebió por última vez?

2.- Señale que tipo de preguntas se utiliza en la siguiente entrevista:

---

---

**Entrevistador:** ¿Qué más le preocupa sobre su consumo de bebida?  
**Persona afectada:** Bueno, no estoy seguro(a) de que este preocupado(a), sino que a veces me pregunto si estoy bebiendo demasiado.  
**Entrevistador:** ¿Demasiado para...?  
**Persona afectada:** Para mí mismo(a), creo. O sea, no es que sea nada serio, pero algunas veces me levanto por las mañanas y me siento fatal, y no puedo pensar con claridad la mayor parte de la mañana.  
**Entrevistador:** Le afecta su claridad, su concentración.  
**Persona afectada:** Sí, y algunas veces, tengo problemas para recordar cosas.  
**Entrevistador:** ¿Y se pregunta si será porque está bebiendo demasiado?  
**Persona afectada:** Bueno, yo sé que a veces sí.  
**Entrevistador:** Está bien seguro de eso. Pero quizás hay más...  
**Persona afectada:** Sí, inclusive cuando no estoy bebiendo, algunas veces enredo las cosas, y me pregunto por qué.  
**Entrevistador:** ¿Se pregunta si...?  
**Persona afectada:** Si el alcohol me está consumiendo el cerebro, creo.  
**Entrevistador:** Cree que eso le puede pasar a la gente, quizás a usted.  
**Persona afectada:** Bueno ¿puede o no? He oído que el alcohol destruye células cerebrales.  
**Entrevistador:** Ya veo. Puedo entender lo que le preocupa.  
**Persona afectada:** Pero no creo que sea alcohólico o algo parecido.  
**Entrevistador:** No creo que esté tan mal, pero se pregunta si quizás se está pasando o lastimándose en el proceso.  
**Persona afectada:** Pues sí.  
**Entrevistador:** Un pensamiento que mete bastante miedo ¿Qué más le preocupa?

3.- Señale que tipo de preguntas se utiliza en la siguiente entrevista:

---

---

- Usted es ciertamente una persona de muchos recursos para haber sido capaz de vivir con este problema por tanto tiempo y sin haberse desmoronado.
- Eso es una buena sugerencia.
- Debe ser difícil para usted aceptar un día a día tan tenso. Tengo que decirle, si yo estuviera en su lugar, también lo encontraría bien difícil.

4.- Señale con una “A” las respuestas que son afirmaciones automotivadoras y con una “M” las no motivacionales.

1. ( ) Yo no soy el que tiene problema
2. ( ) No sé qué hacer, pero algo tiene que cambiar
3. ( ) De ninguna forma voy a dejar la coca
4. ( ) Creo que me pregunto si me he estado quemando el cerebro
5. ( ) Puedo beber toda la noche sin emborracharme
6. ( ) Me siento fatal en cuanto a cómo mi consumo de bebida ha afectado a mi familia
7. ( ) No tengo ningún problema con la marihuana.
8. ( ) Algunas veces cuando he estado usando sustancias, simplemente no puedo pensar ni concentrarme
9. ( ) Cuando tengo una nota, me siento más relajada y creativo
- 10.( ) Dígame que tendría que hacer si entrara en tratamiento
- 11.( ) Yo no voy al hospital
- 12.( ) Creo que me ha estado afectando más de lo que me había dado cuenta

### 2.4.3. ESTADIOS DE CAMBIO Y TÁCTICAS TERAPÉUTICAS

Las tácticas motivacionales de el/la terapeuta, de acuerdo a los estadios de cambio según son<sup>97</sup>:

**1.- Precontemplación:** Las personas no creen que tienen un problema de consumo, por lo tanto para ellos es absurdo acudir a un tratamiento. En este estadio se busca crear consciencia de enfermedad en el usuario.

La consejería tiene como objetivos:

- ▶ Incrementar la percepción del usuario de los riesgos y problema de su conducta.
- ▶ Emitir información objetiva sobre el uso de sustancias, según la teoría revisada.
- ▶ Retroalimentar objetivamente al usuario sobre la información obtenida a través de su evaluación previa.
- ▶ Analizar las discrepancias existentes entre la información dada por el consejero y los datos que tiene el usuario.

**2.- Contemplación:** Las personas tienen un mayor nivel de consciencia de su problema y han pensado en la posibilidad de cambiar, aunque esta posibilidad no sea verbalizada. Se busca ayudar al paciente en su decisión hacia el cambio.

La consejería tiene como objetivos:

- ▶ Evaluar las razones para iniciar un cambio y los riesgos de no realizarlo.
- ▶ Aumentar la autoeficacia para el cambio de la conducta actual.

**3.- Preparación:** Las personas tienen consciencia de su enfermedad y ya han tomado la decisión de dejar de lado su conducta adictiva. Se busca ayudar al usuario a establecer sus metas dirigidas a abandonar el consumo y evaluar su factibilidad.

**4.- Acción:** Se ayuda al paciente a dar los pasos hacia el cambio.

**5.- Mantenimiento:** Se ayuda al paciente a identificar y utilizar las estrategias para prevenir una recaída.

**6.- Recaída:** Se ayuda al paciente a renovar el proceso de contemplación, determinación y acción, sin que aparezca un bloqueo o una desmoralización debidos a la recaída.

---

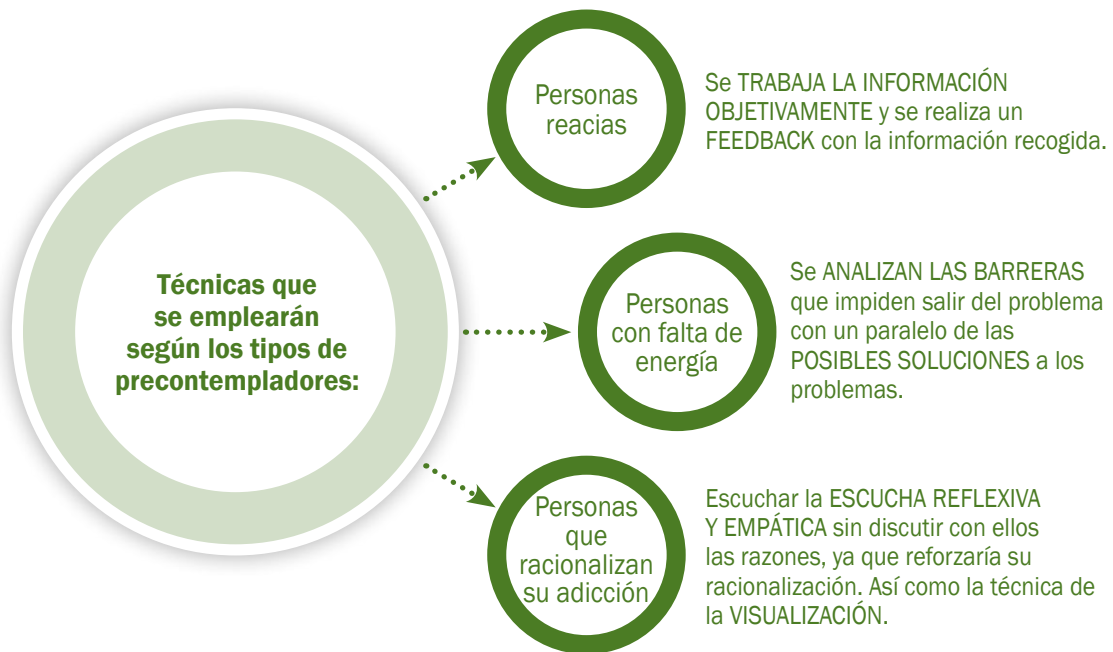
97 *Ibidem*



**ACTIVIDAD 29**

**Analice las tácticas motivacionales de el/la terapeuta**

**TÉCNICAS A EMPLEAR CON PERSONAS EN UN ESTADIO DE CAMBIO  
Pre-contemplación**



Fuente: Elaboración propia<sup>98</sup>

**TÉCNICAS A EMPLEAR CON PERSONAS EN UN ESTADÍO DE CAMBIO  
Contemplación**



**IMPORTANTE:** En el caso del presente programa de intervención solo se llegará hasta la etapa de preparación y su proceso a la acción, a partir de su derivación a un centro de atención especializado.

<sup>98</sup> Contenidos tomado del Manual de Intervención para personas afectadas por hechos de violencia familiar con problemas de consumo de alcohol y otras drogas, 2010.

## Autoevaluación (Para responder SÍ o NO)



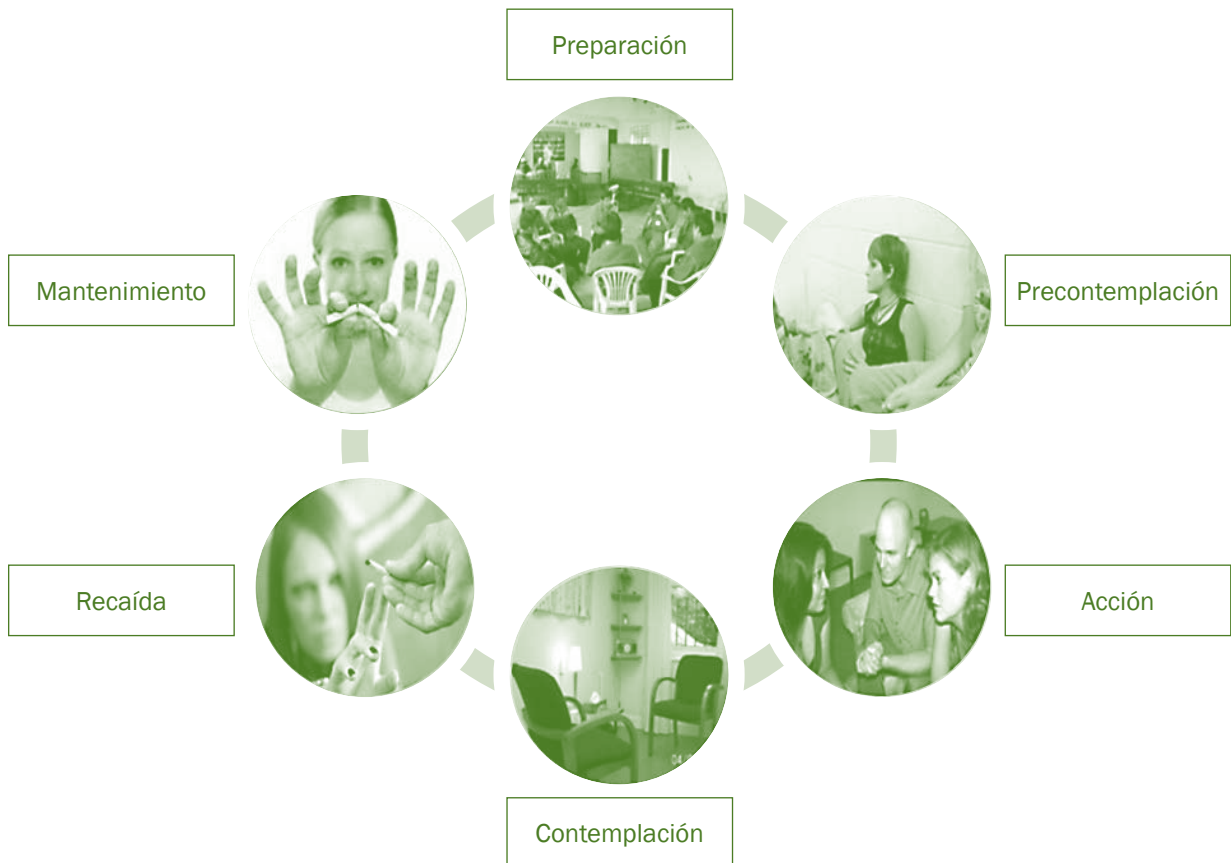
A continuación encontrarás una lista de cotejo la cual deberás responder sinceramente:

N°	DESCRIPCIÓN	SÍ	NO
1	¿Señalo y caracterizo los niveles o estadios de cambio en las personas?		
2	¿Señalo los principios motivacionales de la entrevista motivacional entre diferentes ejemplos?		
3	¿Señalo las estrategias de la entrevista motivacional entre diferentes ejemplos?		
4	¿Comprendo las tácticas motivacionales que un terapeuta puede utilizar de acuerdo al estadio de cambio en que se encuentre?		
5	¿Reconozco que lo aprendido me ayudará a preparar a las usuarias consumidoras de drogas para una intervención orientada a la motivación de cambio?		



## HOJA DE RESPUESTA ACTIVIDAD 26a

1.- Identifica que nivel o estadio de cambio representa cada una de las imágenes





## HOJA DE RESPUESTA ACTIVIDAD 26b

- 1.- Las siguientes características ¿A qué estadio de cambio corresponden?
  - a. Mantenimiento
  - b. Preparación
  - c. Recaída
  - d. Acción
  - e. Contemplación
  - f. Precontemplación
  
- 2.- Las siguientes expresiones ¿A qué estadio de cambio corresponden?
  - a. Acción
  - b. Contemplación
  - c. Precontemplación
  - d. Mantenimiento
  - e. Preparación



### LECTURA BÁSICA:

*RESPUESTAS NO EMPÁTICAS (Gordon, 1970)*

- 1. Ordenando o dirigiendo.** La dirección se da con una voz de autoridad. El interlocutor podría estar en una posición de poder (por ej., padre, patrono) o las palabras podrían simplemente ser parafraseadas y expresadas de una forma autoritaria.
- 2. Advirtiendo o amenazando.** Estos mensajes son parecidos a ordenar, pero llevan una amenaza discreta o evidente de consecuencias negativas inminentes de no seguir el consejo o la dirección. La amenaza podría ser un acto que el entrevistador llevaría a resultado negativo si el entrevistado no cumpliera; por ejemplo: “Si no me escucha, se va a arrepentir”.
- 3. Dar consejería, hacer sugerencias, o proporcionar soluciones prematuramente o sin que se le pidan.** El mensaje recomienda un curso de acción basado en el conocimiento y la experiencia personal del entrevistador. Estas recomendaciones a menudo empiezan con frases como: “Lo que yo haría sería...”
- 4. Persuadir con lógica, argumentando, o dando una lección.** La suposición implícita de estos mensajes, es que la persona no ha razonado a lo largo del problema adecuadamente y necesita ayuda para hacerlo.
- 5. Moralizar, sermonear o decir a los clientes cuál es su deber.** Estos planteamientos contienen palabras como “debería” o “convendría” para transmitir instrucciones morales.
- 6. Juzgar, criticar, diferir o culpar.** Estos mensajes implican que algo está mal con la persona o con lo que ha dicho la persona. Hasta un simple desacuerdo podría interpretarse como crítico.
- 7. Concorder, aprobar, o alabar.** Sorpresivamente, alabar o aprobar también puede ser un obstáculo si el mensaje sanciona o implica acuerdo con lo que haya dicho la persona. La aprobación no solicitada puede interrumpir el proceso de comunicación entre el interlocutor y el oyente. Escuchar atentamente no exige un acuerdo.

**8. Maldecir, ridiculizar, etiquetar o llamar por nombres.** Estos mensajes expresan desaprobación abiertamente y tienen la actitud específica.

**9. Interpretar o analizar.** Los entrevistadores son tentados frecuente y fácilmente para imponer sus propias interpretaciones a los planteamientos de la persona y encontrar algún significado escondido y analítico.

Los planteamientos interpretativos podrían implicar que el entrevistador sabe cuál es el verdadero problema de la persona.

**10.Reafirmar, consolar o simpatizar.** Los entrevistadores a menudo quieren hacer sentir mejor a la persona ofreciéndole consuelo. Esa reafirmación puede interrumpir el flujo de la comunicación e interferir con escuchar atentamente.

**11.Cuestionar o tantear.** A menudo los entrevistadores confunden cuestionar con escuchar bien. A pesar de que él puede hacer preguntas para aprender más de la persona, el mensaje implícito es que el entrevistador podría encontrar la respuesta adecuada a todos los problemas dela persona si se hacen suficientes preguntas. De hecho, cuestionar intensivamente puede interferir con el flujo de comunicación espontáneo y desviarse en direcciones de interés para el entrevistador y no para el entrevistado(a).

**12.Retractar, distraer, adaptarse o cambiar de tema.** A pesar de que el humor puede representar un intento para alejar de lamente dela persona temas emocionales o problemas amenazantes, también puede ser una distracción que interfiera con la comunicación y que implique que los planteamientos del entrevistado(a) no son importantes.

Las diferencias étnicas y culturales, se tienen que considerar al expresar empatía ya que influyen cómo, tanto usted como el entrevistado(a), interpretan las comunicaciones verbales y no-verbales.





**LECTURA BÁSICA:**

**CUATRO CLASES DE RESISTENCIAS**

**1. Argumentar**

- **Retar.** La persona reta directamente la precisión de lo que el entrevistador está diciendo.
- **Menosprecio.** La persona cuestiona la autoridad personal y la experiencia del entrevistador.
- **Hostilidad.** La persona expresa hostilidad directa hacia el entrevistador.

**2. Interrumpir**

La persona interrumpe al entrevistador de una manera defensiva.

- **Hablar por encima.** La persona habla mientras el entrevistador aún está hablando, sin esperar por una pausa adecuada o silencio.
- **Cortar el discurso.** La persona interrumpe con palabras con la intención obvia de hacer callar al entrevistador (por ej.: “Espere un momento. Ya he oído suficiente.”)

**3. Negar**

La persona manifiesta renuencia a reconocer los problemas, cooperar, aceptar la responsabilidad, o aceptar consejo.

- **Culpabilizar.** La persona culpa a otra gente de sus problemas.
- **Diferir.** La persona difiere con una sugerencia que ha hecho el entrevistador, sin ofrecer ninguna alternativa constructiva. Esto incluye el familiar: “Sí, pero...,” lo cual explica qué está mal con las sugerencias hechas.
- **Excusarse.** La persona se excusa por su comportamiento.
- **Clamar impunidad.** La persona clama que ella no corre ningún peligro.
- **Minimizar.** La persona sugiere que el entrevistador está exagerando los riesgos o peligros y que en realidad no es tan malo.
- **Pesimismo.** La persona hace planteamientos sobre sí mismo o los demás que son de tono pesimistas, derrotistas o negativos.
- **Renuencia.** La persona expresa reservas y renuencia acerca de la información o consejo que se le da.
- **Desgano hacia el cambio.** La persona expresa una falta de deseos o una renuencia hacia el cambio.

**4. Ignorar**

La entrevistada muestra evidencia de ignorar o no seguir al entrevistador

- **Desatención.** La respuesta de la persona indica que no ha estado prestando atención al entrevistador.
- **Sin contestar.** Al contestar una pregunta del entrevistador, la persona da una respuesta que no es una contestación a la pregunta.
- **Sin reacción.** La persona no da respuesta verbal ni no verbal a la pregunta del entrevistador.
- **Desviar.** La persona cambia la dirección de la conversación que el entrevistador estaba presentando.



## LECTURA BÁSICA:

### FORMAS DE REACCIONAR ADECUADAMENTE A LA RESISTENCIA DE LAS ENTREVISTADAS

#### 1. Reflejo simple

El más sencillo de todos los acercamientos para responder a la resistencia es con la no resistencia, al repetir el planteamiento de la persona afectada en una forma neutral. Esto reconoce y valida lo que el entrevistador ha dicho y puede hacer surgir una respuesta opuesta.

**Persona afectada:** No planeo dejar de beber por ahora.

**Entrevistador:** No cree que la abstinencia funcione para usted en este momento.

---

#### 2. Reflejo ampliado

Otra estrategia es reflejar el planteamiento de la persona afectada de una forma exagerada – señalar de una manera más extrema, pero sin sarcasmo. Esto puede hacer pasar a la persona hacia un cambio positivo en lugar de a la resistencia.

**Persona afectada:** No sé por qué mi esposa está preocupada con esto. Yo no bebo más que ninguno de mis amigos.

**Entrevistador:** Así que su esposa se está preocupando innecesariamente.

---

#### 3. Reflejo desde dos ángulos

Una tercera estrategia implica reconocer lo que la persona afectada ha dicho, pero también señalar después las contradicciones del pasado. Esto exige el uso de información que el cliente ha ofrecido anteriormente, a pesar de que quizás no en la misma sesión.

**Persona afectada:** Yo sé que usted quiere que deje de beber completamente, ¡pero yo no voy a hacer eso!

**Entrevistador:** Puede ver que hay unos verdaderos problemas, pero no está dispuesto a pensar en dejar de beber de una vez por todas.

---

#### 4. Cambio de enfoque

Usted puede difuminar la resistencia ayudando a la persona afectada a desviar el enfoque en los obstáculos y barreras. El método ofrece una oportunidad para afirmar la elección personal del cliente en cuanto a cómo manejar su propia vida.

**Persona afectada:** No puedo dejar de fumar motos cuando todos mis amigos lo están haciendo.

**Entrevistador:** Se me está adelantando. Todavía estamos explorando sus preocupaciones en cuanto a si puede o no entrar a la universidad. Aún no estamos listos para decidir en qué forma encaja la marihuana con sus planes.

---

#### 5. Acuerdos con un giro

Una estrategia sutil es estar de acuerdo con la persona afectada, pero con un ligero giro o cambio de dirección que impulsa la discusión futura.

**Persona afectada:** ¿Por qué usted y mi esposa están tan obsesionados con lo que bebo? ¿Qué pasa con todos los problemas de ella? Usted bebería también si su familia estuviese fastidiándolo todo el tiempo.

**Entrevistador:** Tiene un buen punto, y es importante.

Hay algo más grande que poner en perspectiva, y quizás no le haya estado dando suficiente atención. No es tan fácil como el consumo de bebida de alguien. Estoy de acuerdo en que no deberíamos estar buscando a quién culpar. Los problemas de bebida como éstos involucran a toda la familia.

---

## 6. Reformular

Una buena estrategia para usarse cuando una persona niega los problemas personales es reformular – ofrecer una interpretación nueva y positiva de la información negativa que ha proporcionado la persona. Reformular “reconoce la validez de las observaciones crudas del cliente, pero ofrece un nuevo significado... a las mismas” (Miller y Rollnick, 1991, p. 107).

**Persona afectada:** Mi esposo siempre está fastidiándome con la bebida - llamándome alcohólica siempre.

Realmente me molesta

**Entrevistador:** Parecería que realmente se interesa por usted y que está preocupado, a pesar de que lo exprese de una forma en que la enfada. Quizás podamos ayudarle a aprender. Cómo decirle que la ama y que se preocupa por usted en una forma más positiva y aceptable. En otro ejemplo, el concepto de la tolerancia relativa al alcohol proporciona una buena oportunidad para reformular la información con los bebedores problemáticos (Miller y Rollnick, 1991). Muchos bebedores fuertes creen que no son alcohólicos pues pueden “resistir el alcohol.” Cuando usted explica que la tolerancia es un factor de riesgo y una señal de advertencia, no una fuente de orgullo, usted puede cambiar la perspectiva de la persona afectada acerca de la significación de no sentir los efectos. Por tanto, reformular no es sólo educativo sino que imparte nuevas luces a la experiencia de la persona afectada con el alcohol.

## 7. Tomado el bando de lo negativo

Otra estrategia para adaptarse a la resistencia de la persona afectada es “tomar el bando de lo negativo”: asumir la voz negativa en la discusión. Esto no es “psicología inversa”, ni tampoco implica dándole más énfasis por establecer más el síntoma, como en una “paradoja terapéutica”.

Generalmente, tomar el bando de lo negativo, es señalar lo que la persona afectada ya ha dicho mientras argumentaba en contra del cambio, quizás una reflexión ampliada. Si la persona afectada es ambivalente, al usted tomar el bando negativo del argumento, evoca un “Sí, pero...” por parte de la persona, quien entonces expresa el otro lado (el opuesto). Sin embargo, sea cauteloso, al usar esto demasiado pronto en el tratamiento o con personas deprimidas.

**Persona afectada:** Bueno, yo sé que alguna gente piensa que bebo demasiado, y que puedo estar haciéndole daño a mi hígado, pero aún así no creo que sea alcohólico o que necesite tratamiento.

**Entrevistador:** Hemos pasado bastante tiempo repasando sus sentimientos positivos y sus pero aun así usted no cree que esté listo o que quiera cambiar sus patrones de consumo. Quizás cambiar sería muy difícil para usted, especialmente si se quiere quedar igual. De todas formas, no estoy seguro de que crea que podría cambiar aún si quisiera.



## **HOJA DE RESPUESTA**

### **ACTIVIDAD 27a**

#### **Darle un giro a la resistencia**

- 1.- Señala los tipos de comportamientos más comunes que indican resistencia al cambio en los ejemplos que se señalan a continuación;
  1. Menosprecio/hostilidad
  2. Negar
  3. Hétero culpabilidad
  4. Discrepancia
  5. Discrepancia/ ambivalencia
  6. Desviar
  7. Desatención
  8. Retar
  9. Descalificación
  10. Negación



## **HOJA DE RESPUESTA**

### **ACTIVIDAD 27b**

#### **Formas de reaccionar adecuadamente a la resistencia**

- 1.- Señala ¿Qué forma de reaccionar a la resistencia corresponden los siguientes ejemplos?
  1. Reflejo desde dos ángulos
  2. Cambio de enfoque
  3. Reflejo simple
  4. Tomando el bando de lo negativo
  5. Reflejo ampliado
  6. Acuerdo con un giro
  7. Reformular



**LECTURA BÁSICA:**

**¿CÓMO RECONOCER LOS PLANTEAMIENTOS AUTO-MOTIVACIONALES?**

PLANTEAMIENTOS AUTO-MOTIVACIONALES	AFIRMACIONES ANTIMOTIVACIONALES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creo que me ha estado afectando más de lo que me había dado cuenta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No tengo ningún problema con la marihuana.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Algunas veces cuando he estado usando sustancias, simplemente no puedo pensar ni concentrarme.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando tengo una nota, me siento más relajada(o) y creativa(o)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creo que me pregunto si he estado quemándome el cerebro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puedo beber toda la noche sin emborracharme</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Me siento fatal por cómo mi consumo de bebida ha afectado a mi familia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yo no soy el que tiene el problema.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No sé qué hacer, pero algo tiene que cambiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De ninguna forma voy a dejar la coca.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dígame que tendría que hacer si entrara en tratamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yo no voy al hospital.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creo que podría limpiarme y estar sobria(o) si lo intentara.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• He tratado de dejarlo, pero simplemente no puedo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si realmente me propongo hacer algo lo podría lograr.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tengo tantas cosas a la vez en este momento, que no puedo pensar en dejar el consumo.</li> </ul>

Así es cómo puede usted diferenciar un planteamiento auto-motivacional de una afirmación anti-motivacional.

Usted puede reforzar los planteamientos auto-motivacionales de la persona al reflejarlos, asintiendo con la cabeza, o haciendo expresiones faciales de aprobación.

Estimule a las usuarias a continuar explorando la posibilidad del cambio. Esto se puede hacer pidiéndoles que elaboren, den ejemplos explícitos, o más detalles acerca de las preocupaciones que sigan teniendo.

Las preguntas que empiezan con: “Qué más”, son efectivas para invitar a detallar más. Algunas veces, pedirles que identifiquen los extremos de sus problemas (por ej.: ¿Qué es lo que más le preocupa?), ayuda a aumentar su motivación. Otro acercamiento efectivo es pedirles que vislumbren qué les gustaría para su futuro. Desde ese punto, los clientes podrían ser capaces de establecer metas específicas.

A continuación una lista de preguntas útiles que puede hacer para extraer de la persona pensamientos auto-motivacionales.

## PREGUNTAS SENCILLAS PARA EVOCAR PLATEAMIENTOS AUTO-MOTIVACIONALES

### Reconocimiento del Problema

- ¿Qué cosas le hacen pensar que esto es un problema?
- ¿Qué dificultades ha tenido que estén relacionadas con su consumo de bebida?
- ¿De qué forma cree que usted u otras personas han sufrido debido a su consumo de bebida?
- ¿De qué forma ha sido esto un problema para usted?
- ¿Cómo su uso de tranquilizantes ha impedido que usted haga lo que ha querido?

### Preocupación

- ¿Qué presenta su consumo de bebida que pueda representar razones de preocupación para usted u otras personas?
- ¿Qué le preocupa acerca del consumo de drogas? ¿Qué se imagina que podría pasarle?
- ¿Cuánto le preocupa esto?
- ¿De qué forma le preocupa esto?
- ¿Qué cree que podría pasarle si esto no cambia?

### Intención de cambiar

- El hecho de que usted esté aquí es indicativo de que al menos una parte de usted cree que es hora de hacer algo.
- ¿Cuáles son las razones que ve usted para hacer algo?
- ¿Qué le hace creer que usted podría necesitar un cambio?
- Si usted fuese exitoso en un 100% y las cosas salieran exactamente como usted quiere ¿Qué sería diferente?
- ¿Qué cosas le hacen creer que deberá seguir bebiendo en la forma en que lo ha hecho? ¿Y qué hay de la otra parte? ¿Qué le hace pensar que hay tiempo para cambiar?
- Veo que se siente atrapado en este momento ¿Qué es lo que va a tener que cambiar?

### Optimismo

- ¿Qué le hace pensar que si decidiera hacer un cambio, podría hacerlo?
- ¿Qué lo estimula a que si pudiera cambiar podría hacerlo?
- ¿Qué cree que podría trabajar para usted, si necesitara cambiarlo?

Fuente: Miller y Rollnick (1991)<sup>99</sup>

99 Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991) Entrevista motivacional: preparando gente para cambiar comportamientos adictivos. Nueva York: Guilford Press.



**HOJA DE RESPUESTA**  
**ACTIVIDAD 28**  
**Estrategias automotivacionales**

- 1.- Señala las preguntas abiertas marcando la letra "A" y las preguntas cerradas marcando la letra "C".
  1. Cerrada
  2. Abierta
  3. Cerrada
  4. Abierta
  5. Abierta
  6. Abierta
  7. Cerrada
  8. Abierta
  9. Cerrada
  10. Cerrada
  
- 2.- Señale que tipo de preguntas se utiliza en la siguiente entrevista:  
PREGUNTAS REFLEXIVAS
  
- 3.- Señale que tipo de preguntas se utiliza en la siguiente entrevista:  
AFIRMAR
  
- 4.- Señale con una "M" las respuestas que son afirmaciones auto motivadoras y con una "A" las no motivadoras.
  1. Antimotivacionales
  2. Motivacionales
  3. Antimotivacionales
  4. Motivacionales
  5. Antimotivacionales
  6. Motivacionales
  7. Antimotivacionales
  8. Motivacionales
  9. Antimotivacionales
  10. Motivacionales
  11. Antimotivacionales
  12. Motivacionales





# capítulo

# 3

---

## metodología de la intervención

---

**El presente capítulo comprende información del Manual de Intervención para personas afectadas por hechos de Violencia Familiar con problemas de Consumo de alcohol y otras drogas, 2010 y se ha incorporado gráficos, esquemas y formatos con actividades prácticas para un aprendizaje más didáctico.**



## METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

### Aprendizajes esperados

TEMA	CONTENIDO	CONOCIMIENTO	HABILIDAD	ACTITUD
<b>METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN</b>	Detección	Identifica los casos de personas afectadas por VF y consumo de drogas.	Utiliza criterios para identificar casos de personas afectadas por VF y consumo de drogas.	Valora la importancia de detectar los casos de personas afectada por VF y consumo de drogas para su respectiva orientación y derivación.
	Orientación – Consejería	Conoce los objetivos por alcanzar y las técnicas terapéuticas a emplear durante una consejería breve, según el estadio de cambio en que se encuentre una persona afectada por VF y consumo de drogas.	Utiliza tácticas terapéuticas durante una consejería breve, de acuerdo al estado de cambio en que se encuentre una persona afectada por VF y consumo de drogas.	Reconoce la importancia de utilizar tácticas terapéuticas para motivar al cambio a personas afectadas por VF y consumo de drogas, en una consejería breve.
	Derivación	Conoce los servicios, programas y módulos de atención en adicciones que brindan tratamiento especializado a los cuales puede derivar a una persona afectada por VF y consumo de drogas.	Toma en cuenta las necesidades del caso, la ubicación y el costo antes de efectuar la derivación de una persona afectada por VF y consumo de drogas.	Valora la importancia de contar con los directorios de los servicios, programas y módulos de atención en adicciones que brindan tratamiento especializado a los cuales puede derivar a una persona afectada de VF y consumo de drogas.
	Retroalimentación	Conoce la importancia de tener retroalimentación de los casos derivados.	Analiza la importancia de tener retroalimentación de los casos derivados a fin de que la persona afectada de VF y consumo de drogas sienta el interés y apoyo a su caso.	Reconoce la importancia de establecer mecanismos de coordinación entre los CEM y los servicios de la Red Nacional de Atención en adicciones a nivel nacional para tener un registro de atención.

## METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN

La metodología de intervención del programa para personas afectadas por hechos de violencia asociado al consumo de alcohol y otras drogas en los centros “Emergencia Mujer” está estructurada de la siguiente manera:

### 3.1 DETECCIÓN DE CASOS

**OBJETIVO:**



Identificar los casos de personas afectadas por V.F. y consumo de drogas

Se identificarán los casos de personas afectadas por hechos de violencia familiar asociados al consumo de alcohol y otras drogas, a través de las alternativas de la **pregunta N° 4** en la Sección: “C” de la Ficha de registro de atención de los Centros “Emergencia Mujer” del MIMP. Esta pregunta ha sido redactada en referencia a los factores de riesgos de la persona afectada por violencia familiar.



**Pregunta N° 4:** Indique los factores de riesgos de la violencia familiar y/o sexual:  
( ) Consume Alcohol - ( ) Drogas - ( ) Fármacos

Sí, la persona contesta de manera afirmativa algunas de las alternativas de la pregunta 4, se procederá a aplicar las siguientes preguntas que estarán impresas en una hoja independiente a la ficha de registro de atención del CEM.

La aplicación de las siguientes preguntas es necesaria para poder realizar la intervención breve a las personas afectadas por hechos de violencia familiar asociado al consumo de alcohol y otras drogas y poder derivarlas en caso lo requieran a un establecimiento de salud del MINSA que cuente con un módulo de atención en adicciones.

**Pregunta N° 1:** Usted, con qué frecuencia consume alcohol y otras drogas:

Sustancias	Nunca (0)	Una vez al mes (1)	Dos a cuatro veces al mes (2)	Dos o tres veces por semana (3)	Cuatro o más veces por semana (4)
Alcohol					
Tabaco					
Marihuana					
Cocaína					
PBC					
Tranquilizantes					
Otros					
Especificar:					

\* Si, la persona contesta con puntaje (3) en cualquiera de las sustancias requiere una intervención breve y ser derivado a servicios, programas o módulos de atención en adicciones del MINSA.

**Pregunta N° 2:** *Usted, consume con esta frecuencia desde:*

*Antes de los hechos de violencia familiar.*

*A consecuencia de los hechos de violencia familiar*

Una vez detectadas las personas afectadas por hechos de violencia familiar asociado al consumo de alcohol y otras drogas, se procederá a identificar el estadio de cambio en que se encuentra, tomando en cuenta los siguientes indicadores que se precisan en cada estadio, según Prochaska y Diclemente (1992).

**Pre contemplación:**

El usuario se resiste a ser informado acerca de su problema asociado al consumo de alcohol y otras drogas.

**Contemplación:**

El usuario es consciente que tiene un problema, pero no ha desarrollado todavía un compromiso firme de dejar de consumir.

**Preparación:**

El usuario ha tomado la decisión y se compromete a dejar de consumir alcohol y otras drogas.

### 3.2 ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA (BREVE)

**OBJETIVO:**



Conocer los objetivos a alcanzar y las técnicas terapéuticas a emplear durante una consejería breve, según el estadio de cambio en que se encuentre una persona afectada por V.F. y consumo de drogas



La consejería, se realizará en base al estadio de cambio en que se encuentren las personas afectadas. Cada fase de cambio tiene objetivos por alcanzar y técnicas a emplear de acuerdo con el enfoque de la entrevista motivacional para promover una actitud al cambio de la conducta adictiva y generar compromisos iniciales para acceder a un tratamiento especializado.

**a) PRE CONTEMPLACIÓN.-** Las personas en este estadio no creen que tienen un problema de consumo, por lo tanto para ellos es absurdo acudir a un tratamiento. En este estadio de cambio, en el que se busca crear conciencia de enfermedad en el usuario, la consejería tiene como objetivos:

- ▶ Incrementar la percepción del usuario de los riesgos y problema de su conducta.
- ▶ Emitir información objetiva sobre el uso de sustancias, según la teoría revisada.
- ▶ Retroalimentar objetivamente al usuario sobre la información obtenida a través de su evaluación previa.
- ▶ Analizar las discrepancias existentes entre la información dada por el consejero y los datos que tiene el usuario.

Las técnicas se emplearán según los tipos de pre contempladores que son:

**1. Personas reacias.-** Por falta de información o simplemente porque no quieren cambiar, con estos pacientes se trabaja la información objetivamente y se realiza un feedback (retroalimentación) con la información recogida a través de la ficha de atención.



**EJEMPLO:**

Feedback

**DIÁLOGO:**

**Psicólogo/a:** frecuentemente, tu cónyuge te dice que eres torpe, inútil y te insulta, más aún si se da cuenta que has tomado alcohol.

**Usaria:** siempre me trata como cualquier cosa.

**Psicólogo/a:** beber alcohol ¿ha provocado que tu cónyuge te trate mejor?

**Usaria:** no, se pone peor, cuando se da cuenta que he tomado.

**Psicólogo/a:** entonces, beber empeora la situación

**Usaria:** sí, pero ¿acaso sólo él tiene derecho a beber?

**Psicólogo/a:** no, pero el que tu tomes alcohol ¿ha hecho que él deje de agredirte?

**Usaria:** no, me agrede peor

**Psicólogo/a:** me estás diciendo que el alcohol te expone a ser violentada aún más. ¿Qué piensa sobre esto?

- 2. Personas con falta de energía.-** Consideran que no han sido capaces de superar su problema y han abandonado la posibilidad del cambio. La estrategia a utilizar en este caso es el análisis de las barreras que impiden dejar el consumo con un paralelo de las posibles soluciones a los problemas.



**EJEMPLO:**

Análisis de barrera

**DIÁLOGO:**

**Psicólogo/a:** has intentado en varias oportunidades ya no consumir alcohol tan frecuentemente.

**Usaria:** sí, porque no quiero que mi pareja se enoje

**Psicólogo/a:** sin embargo, terminas consumiendo alcohol aun cuando no quieres que tu pareja se enoje, ¿Cuáles son las principales razones por las que no has podido dejar de consumir alcohol?

**Usaria:** bueno...porque visito seguido a mi comadre o si no, me la encuentro en la calle.

**Psicólogo/a:** ¿Por qué vas a visitarla tan seguido?

**Usaria:** es mi mejor amiga y me entiende

**Psicólogo/a:** tus hijos e hijas, ¿con quién se quedan?

**Usaria:** solos, los dejo encerrados

**Psicólogo/a:** ¿Crees que ella influye en tu consumo?

**Usaria:** Sí, pero no tengo a nadie

**Psicólogo/a:** ¿Crees que deberías buscar nuevas amigas?

**Usaria:** creo que sí, pero ¿dónde?

**Psicólogo/a:** bueno, creo que te hará bien tener nuevas amistades y el colegio de tus hijos e hijas puede ser un lugar para contactar con ellas.

**Usaria:** creo que es buena alternativa

BARRERAS QUE HAN IMPEDIDO DEJAR EL CONSUMO	POSIBLES SOLUCIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener una comadre que consume</li> <li>• No tener otras amistades</li> <li>• Sentirse sola</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscar nuevas amistades.</li> </ul>

**3. Personas que racionalizan su adicción.-** Cuentan con todas las explicaciones posibles para seguir con su adicción. La estrategia a utilizar es la escucha reflexiva y empática sin discutir con ellos las razones, ya que se reforzaría su racionalización.

Asimismo, se pueden usar técnicas encubiertas, siendo la más recomendada la de visualización en la que se busca que el/a paciente imagine cómo hubiese sido su vida si no hubiera consumido alcohol y otras drogas y cómo sería si es que continúa consumiendo o si detuviera su consumo.



**EJEMPLO:**

Escucha reflexiva

**DIÁLOGO:**

**Psicólogo/a:** consumes alcohol frecuentemente

**Usuaría:** siempre después del almuerzo, tomo una copa de vino, es bueno para la salud.

**Psicólogo/a:** ¿Quieres decir que el vino es bueno para la salud?

**Usuaría:** sí, todos en casa tomamos, porque es una costumbre sana.

**Psicólogo/a:** ¿Entonces, sólo consumes una copa de vino al día?

**Usuaría:** a veces tomo un poco más que el resto de los que están en la mesa. Pero ¿quién no lo hace?

**Psicólogo/a:** ¿Eso no te preocupa?

**Usuaría:** No, si todos lo hacen

**Psicólogo/a:** ¿Piensas que todas las personas tomamos vino de la manera que tú lo hace?

**Usuaría:** estoy segura

**Psicólogo/a:** conozco mucha gente que no consume ni si quiera una copa de vino.

**Usuaría:** ¿Así?...



**EJEMPLO:**

Visualización

**DIÁLOGO:**

**Psicólogo/a:** ¿no conoces a personas que no consuman alcohol?

**Usuaría:** todos los que conozco consumen

**Psicólogo/a:** ¿alguna vez imaginaste cómo hubiera sido tu vida, si no hubieras consumido alcohol?

**Usuaría:** no, porque es una costumbre sana

**Psicólogo/a:** entiendo, me doy cuenta que para ti, es difícil imaginar, pero inténtalo ¿cómo hubiera sido tu vida si no hubieras consumido alcohol?

**Usuaría:** bueno, lo intentaré...mmm...creo que hubiera sido menos conflictiva, con menos problemas.

**Psicólogo/a:** entonces, ¿tu consumo de alcohol, te ocasiona problemas?

**Usuaría:** sí, en ocasiones

**Psicólogo/a:** bien, ahora intenta imaginar ¿cómo sería tu vida, si continúas consumiendo alcohol?

**Usuaría:** un caos, me imagino más problemas

**Psicólogo/a:** ¿eso te preocupa?

**Usuaría:** sí, pero... ¿qué puedo hacer?

**Psicólogo/a:** comprendo y sé que es difícil para ti, pero ahora intenta imaginar ¿cómo sería tu vida si dejaras de consumir?

**Usuaría:** mmm...más tranquila con menos problemas de los que tengo ahora, sin duda. Aunque ¿quién sabe?...

**B) CONTEMPLACIÓN.-** Las personas ubicadas en este estadio tienen un mayor nivel de conciencia de su problema y han pensado en la posibilidad de cambiar, aunque esta posibilidad no sea verbalizada. Acá se busca ayudar al paciente en su decisión hacia el cambio y la consejería tiene como objetivos:

- ▶ Evaluar las razones para iniciar un cambio y los riesgos de no realizarlo.
- ▶ Aumentar la autoeficacia para el cambio de la conducta actual.

Las técnicas que pueden aplicarse en esta etapa son:

- 1. Análisis de ventajas y desventajas:** realizar un cuadro comparativo entre las ventajas y desventajas del consumo de la sustancia, para realizar el balance decisional.
- 2. Balance decisional:** analizar los costos y beneficios del uso de la sustancia y la abstinencia.
- 3. Técnica de la visualización:** hacer que el/a paciente imagine cómo hubiese sido su vida si no hubiera consumido drogas y cómo sería su existencia si continúa, o si se detuviera.
- 4. Solución de problemas:** lluvia de ideas a través de la cual se buscará diversas alternativas que lo ayudarán a dejar el consumo, previa evaluación de acciones intentadas y que no han funcionado. Es importante que sean salidas factibles y realistas.



**EJEMPLO:**

Análisis de ventajas y desventajas de continuar con el consumo

**DIÁLOGO:**

- Psicólogo/a:** ¿Qué ventajas te da consumir esas pastillas para dormir?  
**Usuaría:** me ayuda a relajarme y olvidarme de mis problemas  
**Psicólogo/a:** ¿Consideras que es la única manera de relajarte?  
**Usuaría:** no sé, pero con ellas puedo dormir toda una tarde  
**Psicólogo/a:** ¿Qué hacen tus hijos e hijas mientras tú duermes?  
**Usuaría:** están jugando y viendo televisión  
**Psicólogo/a:** y quién se encarga de darles su almuerzo y cena  
**Usuaría:** la mayor de mis hijas que tiene nueve años  
**Psicólogo/a:** mmm... ¿tú piensas que el consumo de esas pastillas está generando problemas en tu familia?  
**Usuaría:** sí, creo que a veces no atiendo bien a mis hijos.

CONTINUAR CONSUMIENDO COMO ANTES	
VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Me ayuda a relajarme.</li> <li>• Me olvido de mis problemas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expongo a mis hijos al dejarlo al cuidado de mi hija de nueve años.</li> <li>• Le doy mucha responsabilidad a mi hija mayor que apenas tiene nueve años.</li> <li>• No me permite estar lucida para atender a mis hijos.</li> </ul>



**EJEMPLO:**

Balance decisional

**DIÁLOGO:**

- Psicólogo/a:** ¿Qué ventajas te da el consumir esas pastillas para dormir?  
**Usuaría:** me ayuda a relajarme y olvidarme de mis problemas  
**Psicólogo/a:** consideras que es la única manera de relajarte

**Usuaría:** no sé, pero con ellas puedo dormir toda una tarde  
**Psicólogo/a:** tus hijos e hijas, qué hacen mientras tú duermes  
**Usuaría:** están jugando y viendo televisión  
**Psicólogo/a:** y ¿quién se encarga de darles su almuerzo y cena?  
**Usuaría:** la mayor de mis hijas que tiene nueve años  
**Psicólogo/a:** ¿tú piensas que hay algún inconveniente en tomarlas?  
**Usuaría:** sí, creo que a veces no atiende bien a mis hijos mientras yo duermo ellos hacen lo que quieren.  
**Psicólogo/a:** si dejaras de tomar esas pastillas, ¿qué de bueno tendría?  
**Usuaría:** creo que ya no dormiría toda la tarde...entonces tendría más tiempo para estar con ellos y atenderlos.  
**Psicólogo/a:** entonces ¿crees que vale la pena dejar de consumir esas pastillas?  
**Usuaría:** bueno, creo que podría cuidar mejor a mis hijos... eso sería bueno...

CONTINUAR CONSUMIENDO COMO ANTES		DEJAR DE CONSUMIR	
BENEFICIOS	COSTOS	BENEFICIOS	COSTOS
Me ayuda a relajarme y olvidarme de mis problemas.	Expongo a mis hijos/as al dejarlos al cuidado de mi hijita de nueve años.	Cuidar adecuadamente a mis hijos/as.	No podría relajarme.
	Mientras duermo ellos hacen lo que quieren.	Pasar más tiempo con mis hijos/as.	
	Perjudico mi salud.	Estar lúcida para disfrutar a mis hijos/as.	
	Gasto mucho dinero.		

**C) PREPARACIÓN.-** Las personas en este estadio, tienen conciencia de su enfermedad y ya han tomado la decisión de dejar de lado su conducta adictiva. En esta fase de cambio, se busca ayudar al usuario a establecer sus metas dirigidas a abandonar el consumo y evaluar su factibilidad y la consejería tiene como objetivos:

- ▶ Identificar el mejor curso de acción que hay que seguir para conseguir el cambio.
- ▶ Procurar la inserción a un programa de tratamiento.
- ▶ Ofrecer un abanico con alternativas para el tratamiento y rehabilitación.



**EJEMPLO:**

Provocar un compromiso

**DIÁLOGO:**

**Psicólogo/a:** tomar pastillas para relajarse y dormir todas la tardes, descuidando a sus hijos e hijas ¿Es eso lo que quiere hacer siempre?

**Usuaría:** no, claro que no

**Psicólogo/a:** entonces, ¿qué piensa hacer?

**Usuaría:** tengo que dejar de consumir las pastillas, pero no sé cómo hacerlo.



### 3.3 DERIVACIÓN

#### OBJETIVO:



Conoce los servicios, programas y módulos de atención en adicciones que brindan tratamiento especializado a los cuales puede derivar a una persona afectada por V.F. y consumo de drogas

La derivación se efectuará informando a las víctimas de violencia asociada a consumo de alcohol y otras drogas sobre los servicios, programas o módulos de atención en adicciones que brindan tratamiento especializado, siendo necesario tener en cuenta, para dicha derivación, las necesidades del caso, así como la ubicación y el costo, ya que estos son factores que pueden influir en la decisión de acudir al servicio sugerido (Anexo N° 2: Red Nacional de Atención del MINSA).



#### EJEMPLO:

Derivación de casos

#### DIÁLOGO:

**Psicólogo/a:** tomar pastillas para relajarte y dormir todas la tardes descuidando a tus hijos/as ¿Es eso lo que quiere hacer siempre?

**Usuaría:** no, claro que no

**Psicólogo/a:** entonces, ¿qué piensa hacer?

**Usuaría:** tengo que dejar de consumir las pastillas, pero no sé cómo hacerlo.

**Psicólogo/a:** ¿sabes?, existen varias formas de abordar tu problema, hay centros especializados donde pueden informarte de varias de estas formas que han utilizado otras personas con éxito y podrías elegir cuál de ellas es la más adecuada para ti.

**Usuaría:** ¿a dónde podría ir?

**Psicólogo/a:** puedes ir a...

### 3.4 RETROALIMENTACIÓN

#### OBJETIVO:



Conocer la importancia tener retroalimentación de los casos derivados

Los Centros Emergencia Mujer y los servicios articulados a la Red Nacional de Atención en Adicciones establecerán mecanismos de coordinación acerca de los casos derivados para tener un registro de atención.

## Autoevaluación (Para responder SI o NO)

A continuación encontrarás una lista de cotejo la cual deberás responder sinceramente:

N°	DESCRIPCIÓN	SÍ	NO
1	¿Utilizo los criterios para identificar casos de personas afectadas por VF y consumo de drogas?		
2	¿Utilizo tácticas terapéuticas durante una consejería breve, de acuerdo al estado de cambio en que se encuentre una persona afectada por VF y consumo de drogas?		
3	¿Tomo en cuenta las necesidades del caso, la ubicación y el costo antes de efectuar la derivación de una persona afectada por VF y consumo de drogas?		
4	Analizo la importancia de tener retroalimentación de los casos derivados a fin de que la persona afectada de VF y consumo de drogas sienta el interés y apoyo a su caso		
5	¿Reconozco la importancia de establecer mecanismos de coordinación entre los CEM y los servicios de la Red Nacional de Atención en adicciones a nivel nacional para tener un registro de atención?		

---

# **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

Asamblea General de las Naciones Unidas. (2006). *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer*. Recuperado de <http://www.ceipaz.org/images/contenido/Estudio%20a%20fondo%20sobre%20todas%20las%20formas%20de%20violencia%20contra%20la%20mujer.pdf>

Altell, G., Ferrer, X. y Nogués, V. (2002). *Abuso de alcohol y violencia doméstica. Interacción, problemas y sugerencias para la intervención*. Generalitat Valenciana. Conselleria de Benestar Social.

Babor, T., Higgins-Biddle, Saunders, J. y Montero, M. (2001). *The alcohol use disorders identification Test: Guidelines for use in primary care*. World Health organization: Geneva.

Bardales, O. y Vásquez, H. (2012). *Feminicidio bajo la lupa*. Lima: MIMP, 138p.

Batres, G. (1996). *Reunión del grupo de consulta sobre el impacto del abuso de drogas en la mujer y la familia* secretaria ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) O.E.A.

Berra, J. (2000). *Tiempos de drogas, hijos en riesgo*. Buenos Aires: Ediciones Paulinas.

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós. Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (2011). *Epidemiología de Drogas en la Población Urbana Peruana 2010 (Encuesta en Hogares)*. Pág. 62. Lima: CEDRO

Centro de Estudios de Prevención, Tratamiento e Investigación de la Salud (2002). *Programa de Prevención del uso indebido de sustancias psicoactivas*. Lima: CEPTIS

*Coadicción o codependencia*. (s.f). Recuperado el 07 de Octubre de 2013 de <http://www.saludlibertad.com/publicaciones/adicciones/tipos-de-adicciones/adicciones-conductuales/coadicion>

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (2010) *Manual de Intervención del Programa para personas afectadas por hechos de violencia familiar con problemas de consumo de alcohol y otras drogas*. Lima: DEVIDA

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. (2012). *Encuesta Nacional de Consumo de drogas en Población general del Perú 2010*. Lima: DEVIDA

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (2013). *IV Encuesta Nacional de Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2012*. Lima: DEVIDA

Congreso de la República. *Ley 27306: Ley que modifica el Texto Único Ordenado de la Ley de Protección Frente a la Violencia Familiar*. [http://www.congreso.gob.pe/l\\_organos/mujeres\\_parlamentarias2009/imagenes/Ley\\_27306.pdf](http://www.congreso.gob.pe/l_organos/mujeres_parlamentarias2009/imagenes/Ley_27306.pdf)

Comisión de Lucha Contra el Consumo de Drogas (1999). *Programa de Capacitación para comunidades terapéuticas*. Lima: Fondo Editorial Contradrogas.

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belém Do Pará". (s.f.). Recuperado el 25 de Septiembre 2013 de <http://www.cidh.org/Basicos/Basicos8.htm>

Corte Suprema de Justicia. (2011). *Manual de postgrado en violencia de género intrafamiliar, sexual y trata de personas*. Managua: Escuela Judicial.

Deza, S. (2013) "Violencia familiar asociado al consumo de sustancias psicoactivas en hombres que ejercen violencia". *Av.psicol.* 21(1) 35-46. Lima: Unife.

Deza, S.; & Vizcardo, S. (2012). *Características del Consumo de Sustancias Psicoactivas varones adultos que ejercen violencia familiar que acuden al Centro de Atención Institucional (CAI)*. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. MIMP/PNCVFS/DEVIDA

Deza, S. & Vizcardo, S. (2010). *Línea de base de la actividad "Tratamiento en población de mujeres víctimas de violencia familiar asociada al consumo de drogas de los centros de emergencia mujer (CEMs) de las regiones priorizadas de Lima, Callao, Cusco, Junín, Arequipa, Lambayeque, La Libertad y Ayacucho*. PNCVFS / MIMDES / DEVIDA.

Deza, S. (2012). *¿Por qué las mujeres permanecen en relaciones de violencia?* Av. Psicol. 20(1), Pág. 45 - 50.

Díaz, R. y Miranda, J. (2010). *Aproximación del Costo Económico y Determinantes de la Violencia Doméstica en el Perú*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos. Recuperado de <http://www.cies.org.pe/files/documents/investigaciones/genero/aproximacion-del-costo-economico-y-determinantes-de-la-violencia-domestica-en-el-peru.pdf>

Drogadicción y su impacto en la sociedad. (s.f.). Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos13/ladrogcc/ladrogcc.shtml#ixzz2h1Rm3XVZ>

Domestic Abuse Intervention Project (Proyecto de Intervención Contra la Violencia Doméstica) de Duluth, Minnesota

El Comercio.pe. *Reducen límite permitido de alcohol para conductores de transporte público*. Recuperado el 12 de octubre del 2013, de <http://elcomercio.pe/lima/361782/noticia-reducen-limite-permitido-alcohol-conductores-transporte-publico>

Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ed.). «Definición de la violencia contra las mujeres y niñas». Centro Virtual de Conocimiento para Poner Fin a la Violencia contra las Mujeres y Niñas.

Fiestas, F.; Rojas, R., Gushiken, A.; y Gozzer, E. (2012). *¿Quién es la víctima y quién el agresor en la violencia física entre parejas? Estudio epidemiológico en siete ciudades del Perú*. Revista Peruana de Medicina Experimental en Salud Pública. 29 (1). 44-52p.

Graña, (1994). *Conductas adictivas: Terapia, evaluación y tratamiento*. Ed. Debate. S.A. Madrid: España.

Gobierno Vasco. (2007). *Estudio documental sobre drogas y violencia de género*. Recuperado de <http://umaantelasdrogas.files.wordpress.com/2012/03/drogas-y-violencia-de-genero.pdf>

Guía de las Drogas y sus Efectos. *Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas*. España: PND. Recuperado el 19 de octubre de, <http://www.uv.es/choliz/InfPND.pdf>

Heinse, L. (1998). *Violence against women: and integrated ecological framework*. Violence Against Women

Información básica sobre drogas. (s.f.). Recuperado de <http://ditoe.minedu.gob.pe/Materiales%20DITOE/App38.PDF>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2012). *Encuesta demográfica y de salud familiar 2011*. Recuperado de <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2011/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2012). *Nota de prensa N° 221 - 2: Reporte de Enero a Agosto 2012 de denuncias de mujeres por violencia familiar*. Recuperado de <http://www.inei.gob.pe/web/NotaPrensa/Attach/15561.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2013). *Encuesta demográfica y de salud familiar 2012*. Recuperado de <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2014). *Encuesta demográfica y de salud familiar 2013: Violencia contra las Mujeres, Niñas y niños*. Pp. 347-394. Recuperado <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR299/FR299.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2014). *Encuesta demográfica y de salud familiar 2013: Evolución del maltrato físico y sexual por parte del esposo o compañero*.

Lastra. S. (2011). *Violencia de género, alcohol y drogas*. Infonova. Recuperado de: <http://www.dianova.es/docs/infonova/Infonova22.pdf>

León, J. y Roca, R. (2011). *Determinantes de la Violencia Física Conyugal a Nivel de Departamentos Peruanos*. Horizonte Económico. Recuperado de: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:\\_XSaqqrDvhIJ:fce.unac.edu.pe/Files/a4.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:_XSaqqrDvhIJ:fce.unac.edu.pe/Files/a4.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe)

Lila, M., García, A & Lorenzo, M. (2011). *Manual de intervención con maltratadores*. Recuperado de: [http://books.google.com.pe/books?id=hgOUz\\_hRQNwC&pg=PA236&dq=modelo+duluth+o+rueda+del+poder+y+del+control&hl=es-419&sa=X&ei=s6pEUvj5H4a88ASstYGwDw&ved=OCC0Q6AEwAA#v=onepage&q=modelo%20duluth%20o%20rueda%20del%20poder%20y%20del%20control&f=false](http://books.google.com.pe/books?id=hgOUz_hRQNwC&pg=PA236&dq=modelo+duluth+o+rueda+del+poder+y+del+control&hl=es-419&sa=X&ei=s6pEUvj5H4a88ASstYGwDw&ved=OCC0Q6AEwAA#v=onepage&q=modelo%20duluth%20o%20rueda%20del%20poder%20y%20del%20control&f=false)

Matud, M. (2004). *Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada*. Psicothema. Recuperado de: [http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=OCCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.unioviedo.net%2Freunido%2Findex.php%2FpST%2Farticle%2Fdownload%2F8213%2F8077&ei=JzhLUqDwE83whQebsoC4Aw&usg=AFQjCNFQ00tN\\_Ev1ZSF9IGrQUBM958kDzA&sig2=ebTGlPwBm3fWjWGnVeyfeA&bvm=bv.53371865,d.dmg](http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=OCCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.unioviedo.net%2Freunido%2Findex.php%2FpST%2Farticle%2Fdownload%2F8213%2F8077&ei=JzhLUqDwE83whQebsoC4Aw&usg=AFQjCNFQ00tN_Ev1ZSF9IGrQUBM958kDzA&sig2=ebTGlPwBm3fWjWGnVeyfeA&bvm=bv.53371865,d.dmg)

Miller, W. R. (1983). *Entrevista motivacional con bebedores problemáticos*. Behavioral Psychotherapy.

Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991). *Entrevista motivacional: preparando gente para cambiar comportamientos adictivos*. Nueva York: Guilford Press, 75p.

Miller y Rollnick (1987). *Motivation and treatment goals*. *Drug and society*, (1) 133 -151p.

Miller (1995). *Aumentando la motivación para el cambio*. En: Hester, R.K., y Miller, W.R., eds. *Manual de acercamientos al tratamiento del alcoholismo: alternativas efectivas*, 2da ed. Boston: Allyn & Bacon, 1995, 89-104p.

Miller y Rollnick (1999). *La Entrevista Motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Buenos aires: Paidós Ibérica S.A.

Miller, R. (1999). *Mejorando la motivación para el cambio en el tratamiento de abuso de sustancias*. 35 Serie de protocolo para mejorar el tratamiento (TIPS). Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Servicios de Salud Pública.

Ministerio de Educación (2004). *Cartillas Autoinstructivas para padres de familia. Conociendo a las drogas I y II. Cartillas 4 y 5*. Recuperado el 15 de octubre del 2013, de <http://diteo.minedu.gob.pe/Materiales%20DITOE/App38.PDF>

Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (2009). *Manual de Prevención de la Violencia Familiar/Sexual y del alcoholismo*. Lima: MINDES

Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (2005). *Violencia Familiar contra el adulto mayor*. Lima: MINDES, p.84.

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2009). *Plan Nacional contra la violencia hacia la mujer 2009 - 2015*. (s.f.). Recuperado el 22 de septiembre de 2013, de [http://www.mimp.gob.pe/index.php?option=com\\_content&view=article&id=253:planes-nacionales-especializados&catid=94](http://www.mimp.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=253:planes-nacionales-especializados&catid=94)

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2009). *Plan Nacional contra la Violencia hacia la mujer 2009-2015: Femicidio*. Recuperado el 18 de Octubre de 2013, de [http://www.mimp.gob.pe/files/programas\\_nacionales/pncvfs/normativas/304\\_PNCVHM\\_2009-2015.pdf](http://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/normativas/304_PNCVHM_2009-2015.pdf)

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2010). *Programa de intervención para personas afectadas por hechos de violencia familiar con problemas de consumo de alcohol y otras drogas*. Lima: MIMP.

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2011). *Registro y estadísticas en los CEM a nivel nacional 2011*. Lima: MIMP-PNVFS.

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual (2012) *Intervención Profesional frente al Femicidio. Aportes desde los CEM para la atención y prevención*. Lima: MIMP-PNVFS.

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2012). *Mujer y droga*. Dirección General de Promoción de la Mujer. Lima. p.221.

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2012). *Plan Nacional de Igualdad de género 2012-2017*. (s.f.). Recuperado el 23 de septiembre, de <http://spij.minjus.gob.pe/Graficos/Peru/2012/Agosto/18/DS-004-2012-MIMP.pdf>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2013). *Registro de atenciones de los casos de violencia a la mujer en los CEM a nivel nacional 2012 - 2013*. Lima: MIMP-PNVFS.

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2013). *Plan Nacional para Adultos Mayores 2013 - 2017*. (s.f.). Recuperado el 27 de septiembre de 2013, de [http://www.mimp.gob.pe/index.php?option=com\\_content&view=article&id=253:planes-nacionales-especializados&catid=94](http://www.mimp.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=253:planes-nacionales-especializados&catid=94)

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2013). *Atención integral a víctimas de Violencia Familiar y sexual. Personas afectadas por violencia familiar y sexual atendidas en los CEM*. Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual. Recuperado el 24 de septiembre de 2013 de [http://www.mimp.gob.pe/files/programas\\_nacionales/pncvfs/estadistica/boletin\\_agosto\\_2013/Boletin\\_Estadistico\\_agosto2013.pdf](http://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/estadistica/boletin_agosto_2013/Boletin_Estadistico_agosto2013.pdf)

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2013). *Estadísticas sobre Violencia Sexual. Resumen Estadístico de Casos de Violencia Sexual a nivel nacional, 2012-2013*. Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual. Recuperado de [http://www.mimp.gob.pe/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1401&Itemid=431](http://www.mimp.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=1401&Itemid=431)

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2015). *Estadísticas sobre Femicidio. Resumen estadístico de Casos de Femicidio y Tentativa de Femicidio a nivel nacional*. Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual. Recuperado de [http://www.mimp.gob.pe/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1407&Itemid=431](http://www.mimp.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=1407&Itemid=431)

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2015). *Estadísticas sobre VFS. Resumen estadístico de Casos de a nivel nacional (ene-dic., 2014). Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual*. Recuperado de [http://www.mimp.gob.pe/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1401&Itemid=431](http://www.mimp.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=1401&Itemid=431)

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2015). Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual. *Boletines y Resúmenes estadísticos. Casos atendidos por violencia familiar y sexual en los CEM a nivel Nacional. Personas adultas mayores*. Recuperado de [http://www.mimp.gob.pe/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1401&Itemid=431](http://www.mimp.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=1401&Itemid=431)

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual. *Boletines y Resúmenes estadísticos. Casos atendidos por violencia familiar y sexual en los CEM a nivel Nacional. Personas adultas mayores*. Lima: MIMP-PNVFS.

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual. *Lineamientos para las acciones preventivas promocionales de los CEM. Unidad General de prevención y Desarrollo de las Capacidades*. Lima: MIMP.

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. *Ficha de registro de casos del centro emergencia mujer. Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual*. Lima: PNCVFS

Modelo de la escalada de la violencia en contexto conyugal. *Aporte desde el trabajo social forense*. (s.f.). Recuperado de <http://manzanadiscordia.univalle.edu.co/volumenes/articulos/A1N2/art3.pdf>

Modelo ecológico ayuda a la comprensión integral del Problema de la violencia. (s.f.). Recuperado el 24 de septiembre de 2013, de <http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2011/12/El-Modelo-Ecologico-Ciclo-de-violencia.pdf>

Naidoo, J. & Willis, J. (1998). *Health Promotion* WB Saunders, London.

National Sexual Violence Resource Center. *¿Qué es la Violencia Sexual?* (s.f.). Recuperado de [http://www.nsvrc.org/sites/default/files/Publications\\_NSVRC\\_Overview\\_Que-es-la-Violencia-Sexual.pdf](http://www.nsvrc.org/sites/default/files/Publications_NSVRC_Overview_Que-es-la-Violencia-Sexual.pdf)

National Institute on drug abuse (NIDA): Mercer, D. y Woody, G. (1999). *Therapy manuals for drug addiction 3: An individual drug counseling approach to treat cocaine addiction*. The Collaborative Cocaine Treatment Study Model. University of Pennsylvania and Veterans Affairs Medical Center.

Organización Mundial de la Salud (2013). *La violencia contra las mujeres tiene proporciones epidémicas*. Recuperado de [http://www.rpp.com.pe/2013-06-20-oms-la-violencia-contra-las-mujeres-tiene-proporciones-epidemicas-noticia\\_605956.html](http://www.rpp.com.pe/2013-06-20-oms-la-violencia-contra-las-mujeres-tiene-proporciones-epidemicas-noticia_605956.html)

Organización de las Naciones Unidas (1993). *Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. Recuperado de <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/48/104>

Organización de las Naciones Unidas (1995). *Declaración de Beijing y Plataforma para la Acción*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Organización Panamericana de la Salud (2002). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Recuperado de [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf)

Patrón, R. y Limiñana, R. (2005). *Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas*. Recuperado de [http://www.um.es/analesps/v21/v21\\_1/02-21\\_1.pdf](http://www.um.es/analesps/v21/v21_1/02-21_1.pdf)



Piazza, M. (2010). *El brindis infeliz: Perú: El alcohol y la agresión física en la pareja en Lima y Ayacucho*. Recuperado de <http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fnew.paho.org%2Fhq%2Fdocuments%2F2010%2FEI%2520brindis%2520infeliz.pdf&ei=5JBdUtCdC4bU8wTM4IHBYQ&usq=AFQjCN GNNxWm8ZW8nbzZ41y4W9HDkHVKQA>

Pons, J. y Berjano, E. (1999). *El Consumo Abusivo de alcohol en la adolescencia: Un modelo explicativo desde la Psicología Social*. Plan Nacional de Drogas, España. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/174254248/Cabu>

Rodríguez, V., Sánchez, C. & Alonso, D. (2006). *Creencias de adolescentes y jóvenes en torno a la violencia de género y las relaciones de pareja*. Universidad de Castilla La Mancha. Recuperado de <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/525/b1520273.pdf;jsessionid=383A79AE6EB1405DDA44E00800384496?sequence=1>

RPP Noticias: OMS: *La violencia contra las mujeres tiene proporciones epidémicas*. Recuperado de [http://www.rpp.com.pe/2013-06-20-oms-la-violencia-contra-las-mujeres-tiene-proporciones-epidemicas-noticia\\_605956.html](http://www.rpp.com.pe/2013-06-20-oms-la-violencia-contra-las-mujeres-tiene-proporciones-epidemicas-noticia_605956.html)

Secretaría de Salud del Estado de Veracruz – México: *Modelo ecológico ayuda a la comprensión integral del Problema de la violencia*. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7556.pdf>

Secretaría General de la Comunidad Andina (2013) *II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria*. Informe Perú, 2012. Lima: PRADICAN

*Testimonios sobre el mundo de las drogas*. (s.f.). Recuperado de <http://www.anael.org/droga/testidos.htm>

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. *Clasificación de las drogas por sus efectos en el organismo* (s.f.). Recuperado de [http://www.uaeh.edu.mx/docencia/P\\_Presentaciones/prepa4/orientacion/Prevencion%20de%20Adicciones.pdf](http://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/prepa4/orientacion/Prevencion%20de%20Adicciones.pdf)

Villacampa Estiarte, Carolina (2008). «*La violencia de género: aproximación fenomenológica, conceptual y a los modelos de abordaje normativo*». En Villacampa Estiarte, Carolina. *Violencia de género y sistema de justicia penal*.

*Violencia contra la mujer*. (s.f.). Recuperado el 22 de septiembre de 2013, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

*Violencia de género*. (s.f.). Recuperado el 23 de septiembre de 2013, de <http://redin.gob.pe/tematica/>

*Violencia intrafamiliar* (s.f.). Recuperado de [http://www.conevyt.org.mx/cursos/cursos/edu\\_hijos/contenido/fasciculos/epv12/epv12.htm#sub01](http://www.conevyt.org.mx/cursos/cursos/edu_hijos/contenido/fasciculos/epv12/epv12.htm#sub01)

Viviano, T. (2007). *Maltrato en el hogar a las personas adultas mayores: Estadísticas para la reflexión y pautas para promover el buen trato*. Lima: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES)

Viviano, T. (2008). *Taller para trabajadores sociales-Factores de riesgo en la violencia familiar y social*.



# ANEXOS

- 
- Anexo 1: Evaluación de entrada y salida.**
  - Anexo 2: Información Básica.**
  - Anexo 3: Otras técnicas de intervención.**
  - Anexo 4: Directorio de los CEM a nivel nacional.**
  - Anexo 5: Directorio de los Módulos de Atención de DEVIDA en la temática de consumo y/o dependencia de drogas a nivel nacional.**
  - Anexo 6: Directorio de Centros de Atención integral del abuso y dependencia del alcohol y otras drogas.**
  - Anexo 7: Directorio de Centros de Atención Especializada.**
  - Anexo 8: Clave de respuestas de la evaluación de entrada y salida.**
-

## ANEXO N° 1

### PRUEBA DE ENTRADA Y SALIDA DE PREVENCIÓN EN VIOLENCIA FAMILIAR ASOCIADA AL CONSUMO DE SPA

#### I. DATOS GENERALES:

Nombre				Hora de inicio	
Nombre del CEM					
Fecha de aplicación	D:	M:	A:	Hora de término	

#### INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO A PERSONAS AFECTADAS POR LA VIOLENCIA FAMILIAR ASOCIADA AL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

Marque con una "X" las respuestas proporcionadas por el entrevistado

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿A qué se denomina género fundamentalmente?	a. Construcción social de lo masculino y femenino d. Todas las anteriores
2. ¿Qué es lo que permite visualizar y reconocer el enfoque de género?	a. La existencia de relaciones de jerarquía y desigualdad entre hombres y mujeres b. La superioridad masculina sobre la femenina c. La superioridad biológica femenina sobre la masculina d. La equidad que existe actualmente entre hombres y mujeres
3. Se define como: "Una forma de ejercicio de poder mediante el empleo de la fuerza"	a. Costumbre b. Violencia c. Agresión d. Impulsividad
4. Se define como: "Todo acto de violencia basado en la pertenencia del sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer"	a. Violencia familiar b. Violencia física c. Violencia de Género d. Violencia psicológica
5. ¿Cuál de las siguientes alternativas es un indicador de negligencia física infantil?	a. Falta de comunicación con el niño/a b. No brindar atención médica c. No supervisar tareas escolares d. Golpear a un niño/a por no hacer las tareas del hogar

<p>6. Los siguientes son tipos de violencia contra el adulto mayor</p>	<p>a. Abandonarlo. b. Descuidar su abrigo y alimentación c. Cometer una negligencia solamente una vez d. Todas las anteriores</p>
<p>7. Según sus efectos sobre el sistema nervioso las drogas se pueden clasificar en:</p>	<p>a. Estimulantes y perturbadoras. b. Estimulantes, depresoras y alucinógenas. c. Estimulantes, anfetaminas y depresoras d. Tranquilizantes, alucinógenas y depresoras</p>
<p>8. El Femicidio es el homicidio de mujeres en condiciones de discriminación y violencia de género cometido por:</p>	<p>a. Pareja o ex pareja b. Quienes hayan procreado hijos/as en común c. Por alguna persona desconocida d. Todas las anteriores</p>
<p>9. En el Perú, ¿Cuál es la droga ilegal con mayor prevalencia de consumo?</p>	<p>a. PBC b. Cocaína c. Marihuana d. Éxtasis</p>
<p>10. ¿Cuál de las siguientes sustancias disminuye la sensibilidad del sistema nervioso central?</p>	<p>a. Nicotina b. Terokal c. Cafeína d. Cocaína</p>
<p>11. “Consumo que se caracteriza por ser aquello que constituye lo más importante que la persona realiza.”</p>	<p>a. Experimental b. Ocasional c. Compulsivo d. Social</p>
<p>12. El enfoque preventivo que se basa en la advertencia y el miedo frente al impacto de las drogas, se denomina:</p>	<p>a. Enfoque ético jurídico b. Enfoque socio-cultural c. Enfoque coactivo d. Enfoque médico sanitario</p>
<p>13. Modelo explicativo de la Violencia familiar, que la conceptualiza como un fenómeno multifacético basado en la interacción de factores personales, coyunturales y socioculturales:</p>	<p>a. Modelo Ecológico. b. Modelo Duluth o Rueda del poder y control. c. Modelo de la Escalada de la violencia. d. Modelo del Ciclo de la violencia</p>
<p>14. ¿Cuál de las siguientes alternativas considera son factores de riesgo de la violencia familiar y/o sexual?</p>	<p>a. Mayor status del varón sobre la mujer b. Consumo de alcohol y drogas c. Dependencia económica d. Todas las anteriores</p>

<p>15. Son consecuencias biopsicosociales del consumo de alcohol y otras drogas:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Violencia familiar</li> <li>b. Accidentes de tránsito</li> <li>c. Efectos crónicos sobre la salud</li> <li>d. Todas las anteriores</li> </ul>
<p>16. “La consejería breve va dirigido hacia:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. El desarrollo personal</li> <li>b. Apoyo en crisis o solución de problemas</li> <li>c. Ayudar a los/as usuarios/as a explorar, descubrir y esclarecer formas de vida más satisfactorias.</li> <li>d. Todas las anteriores</li> </ul>
<p>17. El periodo en el cual las personas realizan cambios objetivos, medibles y exteriorizados de su comportamiento, regularmente en un lapso que varía de uno a seis meses. ¿A qué estadio de cambio corresponde, según el modelo transteórico?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Preparación</li> <li>b. Acción</li> <li>c. Mantenimiento</li> <li>d. Recaída</li> <li>e. Seguimiento</li> </ul>
<p>18. Cuando nos damos cuenta que una persona adicta racionaliza su adicción ¿Qué estrategia debemos tomar en cuenta?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Crear discrepancias</li> <li>b. Fomentar la autoeficacia</li> <li>c. Darle un giro a la resistencia</li> <li>d. Utilizar la escucha reflexiva y empática</li> </ul>
<p>19. El consejero debe de contar con ciertas estrategias fundamentales para poder lograr el desarrollo esperado en la sesión de consejería. ¿Cuál no es una estrategia adecuada?:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Preguntas abiertas</li> <li>b. Escucha reflexiva</li> <li>c. Provocar afirmaciones auto-motivadoras</li> <li>d. Intimidar de ser necesario</li> </ul>
<p>20. “Una paciente que dejo de consumir hace 1 semana, manifiesta dolores de cabeza, insomnio y piensa: “esto de dejar de consumir es muy difícil, no quiero consumir de nuevo pero no sé si resista”. En esta situación que estrategia es la más conveniente:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Analizar ventajas y desventajas de dejar de consumir</li> <li>b. Enfatizar la importancia del apoyo familiar</li> <li>c. Plantear alternativas frente a los problemas actuales</li> <li>d. Potenciar su esfuerzo para mantenerse en abstinencia</li> </ul>

## ANEXO N° 2 INFORMACIÓN BÁSICA

1. **ATENCIÓN ESPECIALIZADA:** Es toda intervención profesional que realiza el personal de psicología, trabajo social y legal con la finalidad de que la persona afectada acceda a la justicia, se recupere psicológicamente y fortalezca su red de apoyo social. Una persona atendida en un CEM suele ser beneficiaria de varias intervenciones profesionales como son: orientación psicológica, visita social, diligencia legal, entre otros.
2. **CENTRO “EMERGENCIA MUJER”:** Los CEM son servicios públicos especializados y gratuitos de atención y prevención de la violencia familiar y sexual. Brindan información legal, orientación social, defensa judicial y apoyo psicológico. También realizan acciones preventivas promocionales con la población, a fin de evitar que la violencia se siga extendiendo y afecte a más personas. Los CEM se han creado con apoyo de una institución contraparte, que facilita un local y pago de los servicios básicos, lo que en ocasiones se amplía al pago parcial del personal.
3. **CONTENCIÓN E INTERVENCIÓN EN CRISIS:** Indicador de la ficha de registro de atenciones referido a la intervención profesional para atender situaciones de crisis o descompensación emocional y restablecer el equilibrio emotivo. Se realiza a través de una escucha atenta y palabras que transmitan empatía, confianza y seguridad. La crisis es la sumatoria de hechos que ocasionan la pérdida del control de emociones, alterando las relaciones de la víctima respecto de sí misma y su entorno. Compromete un colapso en la capacidad de resolver problemas por lo que debe superarse inmediatamente para que la persona afectada y el CEM puedan actuar para enfrentar la violencia.
4. **COMORBILIDAD:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la comorbilidad o diagnóstico dual como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico.
5. **ESTILO DE VIDA:** En epidemiología, el **estilo de vida, hábito de vida o forma de vida** es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras veces son nocivas para la salud. En sociología un **estilo de vida** es la manera en que vive una persona (o un grupo de personas). Esto incluye la forma de las relaciones personales, del consumo, de la hospitalidad y la forma de vestir. Una forma de vida, típicamente, también refleja las actitudes, los valores o la visión del mundo de un individuo.
6. **FACTOR DE RIESGO:** Condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones.
7. **INSERCIÓN EN SERVICIOS DE REHABILITACIÓN:** Consiste en derivar e insertar a la persona afectada en un establecimiento de salud especializado para que reciba tratamiento integral de rehabilitación psicológica. Para tal efecto, el CEM identifica dentro de la localidad, aquellos espacios públicos y privados que brindan estos tratamientos y establece contacto y coordinaciones con los terapeutas responsables. Atención y registro en el área legal.
8. **LÍNEA 100:** Es un servicio de orientación, consejería y derivación para niños, niñas y adolescentes que busca la detección y atención inmediata del maltrato, abuso, explotación

sexual comercial infantil, explotación laboral, sustracción internacional y otros que vulneren los derechos de la niñez y adolescencia.

- 9. ORIENTACIÓN Y/O CONSEJERÍA:** Referido a la entrevista o reunión con la persona afectada, que implica transmitir de conocimientos y orientaciones para un afronte efectivo de la violencia familiar o sexual. Se enfoca a crear una conciencia de derechos y promover actitudes positivas de protección y seguridad personal. Supone la presentación de diferentes alternativas, para acceder a la recuperación psicológica y el acceso a la justicia, con sus ventajas y desventajas. La orientación impulsa una toma de decisiones informada
- 10. REHABILITACIÓN:** Proceso que busca la superación de los problemas de abuso y/o dependencia de las drogas. Incluye el desarrollo de acciones de carácter sanitario, psicológico, social, ocupacional y educativo, tanto a nivel individual como grupal. Los procesos de rehabilitación de las dependencias se realizan a través de una variada gama de opciones terapéuticas y de recursos asistenciales y sociales.



## ANEXO N° 3

### OTRAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

#### TÉCNICA DE ACEPTACIÓN:

Está diseñada para estimular, sin presionar, la comunicación espontánea del usuario. Se recurre al uso de frases simples como “aja”, “prosiga”, “sí, continúe”.

La aceptación implica tres elementos observables:

- ▶ Expresión facial, amistosa y movimientos afirmativos de la cabeza.
- ▶ Tono de voz e inflexión: “mmm...”
- ▶ Distancia y postura corporal

#### TÉCNICA DEL SILENCIO:

El silencio es una muestra de respeto por las emociones y acontecimientos que el usuario relata. Empleado de manera deliberada, el silencio puede cumplir diversas funciones que reemplazan a las palabras e impregnan a la entrevista un clima espontáneo y natural. El silencio del consejero puede inducir a hablar al usuario, a que centre su atención en el tema, ayuda en la profundización de lo que se trata y reduce a velocidad de la entrevista. Se clasifica en tres tipos:

- ▶ **Deliberado (da énfasis).**- Guardar silencio después de la expresión de una frase, resalta lo dicho incluso para el emisor. Esto permite que el usuario preste más importancia a lo que dice y que sus palabras resuenen más en su mente.
- ▶ **De organización (para transiciones).**- Se puede facilitar el paso de un tema a otro, guardando silencio al finalizar un tema y antes de comenzar el siguiente. El silencio aquí cumple la función de bisagra o puente de conexión.
- ▶ **De terminación (final).**- Se puede indicar que la sesión ha concluido o está por concluir, permaneciendo en silencio unos instantes previos a la terminación y finalmente, concluir.

#### TÉCNICA DEL ALIENTO:

Consiste en animar al usuario, en incitarlo a continuar, darle apoyo, aliciente. Es ideal para proporcionar apoyo emocional, refuerza el comportamiento positivo y genera expectativas favorables.

“Tú eres es una persona capaz”, “tu puedes sentirte mejor”, “tu puedes tomar decisiones”, etc.

#### Técnica de cierre:

Sirve para concluir la sesión o todo el proceso de consejería.

- ▶ **Finalización de un tema:** realizar una reflexión final y unir cabos sueltos antes de pasar a otro tema.
- ▶ **Finalización de entrevista:** dejar en el usuario la sensación de que se avanza en el proceso. Minutos antes de concluir, bajar el ritmo de la entrevista y preparar la conclusión. Resumir lo tratado y preparar una reflexión. Hacer referencia a próximas sesiones o temas, o dejar tareas.

#### TÉCNICAS COGNITIVAS-CONDUCTUALES:

##### a) Fomentar la autoeficacia

Se refiere a la creencia que tiene una persona sobre su habilidad para llevar a cabo con éxito una tarea específica.

Por lo tanto, un eje importante de la entrevista motivacional, es aumentar las percepciones de los/as usuarios/as sobre su capacidad para hacer frente a los obstáculos y tener éxito en el cambio.

La tarea del consejero es estimular la salida de dicho potencial. Es decir, facilitar los procesos naturales de cambio que existen de forma inherente en todo ser humano.

#### **b) El autocontrol**

En esta técnica, el usuario se propone determinados objetivos en su conducta, que debe alcanzar periódicamente, efectuando su seguimiento, evaluación y reforzamiento.

Puede ser empleada como elemento de intervención por sí misma o bien como medio de apoyo a otras técnicas. Constituye un procedimiento base imprescindible para lograr resultados eficaces, ya que mediante éste el usuario se acostumbra a observarse, reforzando su nivel de aspiración cada vez que las ejecuta correctamente. Es un refuerzo constante de su fuerza de voluntad, junto al seguimiento de su actitud, a lo largo de un proceso.

Es utilizada a veces como medio para conocer la línea base en relación con un problema, es decir, la frecuencia o incidencia del mismo durante un período de tiempo. Otras veces, es el punto de partida o de apoyo a otras intervenciones.

En la práctica, consiste en que el usuario se propone pequeños objetivos en relación con su forma de actuar en determinadas circunstancias, permaneciendo atento a su conducta, para poder evaluarla al final de cada día y estableciendo expectativas para el siguiente. Todo ello hace que, poco a poco vaya siendo más consciente y responsable de sus actos, ilusionándose por sus progresos y modificando su actitud.

#### **c) Entrenamiento asertivo**

Algunas personas tienen dificultad para manifestar sus sentimientos, opiniones y deseos, puede ser por timidez, sentimientos de inferioridad,

A fin de modificar su actitud adecuadamente, se utiliza la terapia asertiva, que consiste en estimular al usuario a que manifieste verbalmente sus emociones y sentimientos con toda libertad.

La modalidad empleada más frecuentemente es la del ensayo de conducta o psicodrama, mediante la cual el usuario practica la actuación a desarrollar en diversas circunstancias. Posteriormente, se fija determinados objetivos asertivos, vigilando su actuación diaria y evaluándola. Sus pequeños triunfos son refuerzos que van consolidando poco a poco su actitud.

#### **d) Solución de problemas**

Otra forma de actuar en los procesos cognitivos consiste en la solución de problemas; técnica mediante la cual el usuario piensa y expresa en voz alta cómo debe conducirse ante una situación determinada, así como las consecuencias beneficiosas que se derivarán de hacerlo. Los pasos son:

- ▶ Identificar el problema
- ▶ Hacer una lista de alternativas
- ▶ Plantear una posible solución
- ▶ Evaluar las ventajas y desventajas de la solución propuesta
- ▶ Tomar una decisión
- ▶ Acción
- ▶ Analizar las consecuencias

**e) Modelado encubierto**

En esta técnica se hace imaginar al usuario la conducta deseable, así como las consecuencias favorables que provoca en los demás. Se le indica que debe practicarla dos o tres veces al día, hasta que se siente capaz de ponerla en práctica en su vida normal.

Puede combinarse con aserción, imaginando la reacción de los demás ante una adecuada actuación del adolescente.

**f) La relajación**

Mediante esta técnica se actúa sobre los diversos músculos del cuerpo para lograr su total distensión. La tensión muscular y la tensión psíquica guardan cierta relación, de tal forma que una excesiva tirantez muscular en determinadas zonas corporales puede provocar también tensión psíquica o incluso dolor. De la misma manera, la distensión muscular favorece la distensión psíquica, creando una situación placentera y reconfortante.

**ANEXO N° 4**  
**A NIVEL NACIONAL**

**LINK DEL DIRECTORIO DE LOS CENTROS EMERGENCIA MUJER**

[http://www.peru.gob.pe/transparencia/pep\\_transparencia\\_lista\\_planes\\_frame.asp?id\\_entidad=13102&id\\_tema=1](http://www.peru.gob.pe/transparencia/pep_transparencia_lista_planes_frame.asp?id_entidad=13102&id_tema=1)

**ANEXO N° 5**  
**DIRECTORIO DE LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN POR PROBLEMAS DE CONSUMO Y/O DEPENDENCIA DE DROGAS A NIVEL NACIONAL**  
**QUE FUNCIONAN DURANTE EL 2015**

REGIÓN	MÓDULOS DE ATENCIÓN EN ADICIONES	NIVEL DE ATENCIÓN	CATEGORÍA	DIRECCIÓN	RED	TELÉFONO
	Centro de Salud Totora	1°	I - 2	Av. Principal s/n - Rodríguez de Mendoza	Chachapoyas	
	Puesto de Salud Pedro Castro Alva	1°	I - 2	Av. Principal s/n - AA.HH. Pedro Castro Alva	Chachapoyas	
	Hospital Eleazar Guzmán Barrón	2°	II - 2	Av. Brasil s/n	No pertenece a ninguna red	959594393
	Hospital La Caleta	2°	II - 2	Malecón Grau s/n	No pertenece a ninguna red	943072477
	Hospital Víctor Ramos Guardia	2°	II - 2	Av. Luzuriaga s/n	No pertenece a ninguna red	
	Hospital de Recuay	2°	II - 1	Jr. Bolívar N° 200	Red Huaylas Sur	
	Hospital de Carhuaz	2°	II - 1	Jr. Unión s/n	Red Huaylas Sur	948416757
	Centro de Salud Palmira	1°	I - 3	Barrio El Milagro s/n	Red Huaylas Sur	982616155
	Centro de Salud Huarupampa	1°	I - 3	Av. Raimondi s/n Quinta cuadra	Red Huaylas Sur	
	Ciudad Anta	1°	I - 3	Av. Manco Cápac N° 130	Red Huaylas Sur	
	Hospital "Guillermo Díaz de la Vega"	2°	II - 2	Daniel Alcides Carrión s/n Distrito Abancay, Provincia Abancay	Red de atención referencial	
	Centro de Salud "Villa Gloria"	1°	I - 3	Pasaje Los Ángeles - Urb. Daniel Alcides Carrión Distrito y provincia de Abancay	Red de Salud Díaz de la Vega	
	Centro de Salud "Huancarama"	1°	I - 4	Av. Bolívar s/n. Distrito Andahuaylas, Provincia Andahuaylas	Red de Salud Díaz de la Vega	
	Centro de Salud "Chalhuanca"	2°	I - 4	Av. Centenario s/n. Distrito y Provincia de Abancay	Red de atención referencial	
	Centro de Salud "Santa Rosa"	1°	I - 4	Carretera Panamericana KM 65. Distrito Chapimarca, Provincia de Aymaraes	Red de Salud Chalhuanca	

REGIÓN	MÓDULO DE ATENCIÓN EN ADICIONES	NIVEL DE ATENCIÓN	CATEGORÍA	DIRECCIÓN	RED	TELÉFONO
AREQUIPA	Hospital Honorio Delgado Espinoza	3°	III - 1	Av. Alcides Carrión N° 505	Hospital	(054) 231818
	Centro Salud Víctor Raúl Hinojosa-SESMA	1°	I - 3	Av. Caracas N° 807 Urb. Simón Bolívar	Red de Salud Arequipa - Caylloma	(054) 422657
	Hospital Camaná	2°	II - 1	Avenida Lima 550	Red de Salud Camaná Caravelí	(054) 571603, (054) 571132
	Centro de Salud Ciudad de Dios	1°	I - 3	Kilómetro 14 CMTE. 10 M 2 F.1 Yura	Red de Salud Arequipa - Caylloma	(054) 781140
	Centro de Salud La Pampa - Camaná	1°	I - 3	La Pampa - Camaná	Red de Salud Camaná Caravelí	(054) 572442
	Centro de Salud Francisco Bolognesi	1°	I - 3	Calle 20 de Abril 204 - P.J. Fco. Bolognesi	Red de Salud Arequipa - Caylloma	(054) 59180
	Centro de Salud Ampliación Paucarpata	1°	I - 3	Avenida Kennedy 2101	Red de Salud Arequipa - Caylloma	(054) 497226, (054) 497228
	Centro de Salud 15 de Agosto	1°	I - 3	Avenida Salaverry 703	Red de Salud Arequipa - Caylloma	(054) 461824
	Centro de Salud Javier Llosa García-Hunter	1°	I - 4	Calle Córdova 125	Red de Salud Arequipa - Caylloma	(054) 441084, (054) 440083
	Centro de Salud Socabaya	1°	I - 3	Avenida Socabaya 300	Red de Salud Arequipa - Caylloma	(054) 586671
	Centro de Salud El Pedregal	1°	I - 4	Plaza Principal s/n El Pedregal	Red de Salud Arequipa - Caylloma	
	Centro de Salud Edificadores Misti	1°	I - 4	Calle Ricardo Palma 307-309	Red de Salud Arequipa - Caylloma	(054) 266729, (054) 267221
	Centro de Salud Mariano Melgar	1°	I - 4	Calle Ica 303 Urb. San Lorenzo	Red de Salud Arequipa - Caylloma	(054) 453795, (054) 455399
	Centro de Salud Maritza Campos (Zamácola)	1°	I - 4	Esquina Yaraví con Maraño	Red de Salud Arequipa - Caylloma	(054) 444576, (054) 443087
	Centro de Salud Alto Inclán (Islay)	1°	I - 4	Calle María Parado de Bellido 405	Red de Salud Islay	(054) 532331
	Centro de Salud Yanahuara	1°	I - 3	Esquina Calle Ugarte y Espinar s/n	Red de Salud Arequipa - Caylloma	(054) 253672, (054) 275384

REGIÓN	MÓDULO DE ATENCIÓN EN ADICIONES	NIVEL DE ATENCIÓN	CATEGORÍA	DIRECCIÓN	RED	TELÉFONO
AYACUCHO	Hospital Regional de Salud Ayacucho	2°	II - 2	Av. Independencia N° 355 Distrito Ayacucho	U.E 401 - 1024 Hospital de Huamanga	
	Centro de Salud San Juan Bautista	1°	I - 4	Av. 24 de Junio s/n 2da cuadra. Distrito San Juan Bautista	Red de Salud Huamanga	
	Centro de Salud Santa Elena	1°	I - 4	Jr. Lucanas N° 400 - Distrito Ayacucho	Red de Salud Huamanga	
	Hospital de Apoyo Huanta	1°	II - 1	Av. Mariscal Castilla N° 616 - Provincia de Huanta	Red de Salud Ayacucho Norte	
	Hospital de Apoyo San Francisco	1°	II - 1	Av. Huanta s/n - Distrito de Ayna.	Red de Salud San Francisco	
	Hospital de Apoyo Jesús Nazareno	1°	II - 1	Jr. Ciro Alegría N° 800 - Distrito Jesús Nazareno	Red de Salud Huamanga	
	Hospital de Apoyo Cangallo	1°	II - 1	Jr. Víctor Fajardo s/n - Provincia Cangallo	Red de Salud Centro	
	Centro de Salud Vilcashuamán	1°	I - 3	Av. Vilcasraymi s/n - Provincia de Vilcashuamán	Red de Salud Centro	
	"Ventanilla Alta"	1°	I - 2	Av. Central s/n (Alt. Local Comunal) A.A.H.H Ventanilla Alta	Red de Salud Ventanilla	5534475
	Módulo "Mi Perú"	1°	I - 2	Parque N° 17 K-12 Y K-13 - AA.HH MI Perú	Red de Salud Ventanilla	5935463
	Módulo "Perú Corea" Ciudadela Pachacutec.	2°	2	Mz. X Lt 1 AA.HH. Hiroshima - Ciudad Pachacutec	Red de Salud Ventanilla	
	Módulo "Acapulco"	2°	2	Av. José Gálvez s/n Comité 8 - PP.JJ. Acapulco	Red de Salud Bonilla	
	Módulo "San Juan Bosco"	1°	I - 1	Contraalmirante Mora Cuadra 5 - (Calle Nauta N° 122)	Red de Salud Bonilla	4536686
	Módulo "200 Millas"	1°	I - 1	Mz "L" Lote 3-4 Etapa Urb. 220 Millas (Km 5.5 Av. Garmbeta)	Red BEPECA	5771351
CALLAO	Centro de Desarrollo Emocional de la Salud Mental	1°	I - 2	Av. Ramiro Priale s/n AAHH Sarita Colonia Callao	Red BEPECA	
	Módulo "Polígono"	1°	I - 2	AA.HH. Bocanegra Sector V	Red BEPECA	
	Módulo "La Perla"	1°	I - 2	Alfonso Ugarte N° 1150	Red BEPECA	

REGIÓN	MÓDULO DE ATENCIÓN EN ADICIONES	NIVEL DE ATENCIÓN	CATEGORÍA	DIRECCIÓN	RED	TELÉFONO
CUSCO	Centro de Salud de Belepampa			Jirón 21 de mayo S/N Belepampa Distrito de Santiago-Cusco	Red Cusco Norte	969908605
	Hospital Regional del Cusco	3°	III - 1	Av. La Cultura S/n - Distrito Cusco	Hospital	
	Centro de Salud San Jerónimo-Cusco	1°	I - 4	Av. Manco Cápac s/n - (Costado del Control Policial del Distrito de San Jerónimo)	Red Cusco Sur	978645456
	Hospital de Sicuani-Canchis Red Salud	2°	II - 1	AV. Manuel Callo Cevallos s/n Hospital de Sicuani	Red Canas - Canchis - Espinar	984390938
	Hospital Santo Tomás	2°	II - 1	Av. Perú s/n Santo Tomás. Chumbivilcas	Red Cusco Sur	984710195
	Hospital La Convencion	2°	II - 1	Av. Kumpirushiato s/n - Distrito de Santa Ana Provincia de La Convención	Red La Convención	984711018
	Centro de Salud Pillico Marca	1°	I - 3	Jr. San Diego, cuadra 2 s/n - Pillico Marca	Red Huánuco	(062) 962701499
	Centro de Salud Carlos Showing Ferrari	1°	I - 4	Jr. Miguel Grau N° 216 - Amarilis	Red Huánuco	062-513750
	Centro de Salud Aparicio Pomares	1°	I - 3	Jr. Unión N° 321 - Huánuco	Red Huánuco	062-517999
	Centro de Salud Perú - Corea	1°	I - 4	Urb. María Luisa s/n - Huánuco	Red Huánuco	062-515833
HUÁNUCO	Centro de Salud Castillo Grande	1°	I - 3	Av. Iquitos N° 1599 - Distrito Rupa Rupa	Red Leoncio Prado	062-564351
	Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco	2°	II - 1	Jr. Hermilio Valdizán N° 950	Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco	(062) 512400, 513370, 519102
	Centro de Salud Pumahuasi	1°	I - 3	Jr. Principal de Pumahuasi	Red Leoncio Prado	
	Hospital de Tingo María	2°	II - 1	Av. Ucayali N° 114, Tingo María	Hospital Tingo María	(062) 562018, (062) 562019
	Centro de Salud Las Moras	1°	I - 3	Jr. Raymondi Mz. M-10, Las Moras	Red Huánuco	(062) 517999



REGIÓN	MÓDULO DE ATENCIÓN EN ADICIONES	NIVEL DE ATENCIÓN	CATEGORÍA	DIRECCIÓN	RED	TELÉFONO
JUNÍN	Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión"	2°	III - 1	Av. Daniel Carrión N° 1556 Distrito y Provincia de Huancayo		
	Centro de Salud Azampa Chilca	1°	I - 2	Calle Real N° 1700 Distrito Chilca, Provincia Huancayo	Red de Salud Huancayo	
	Hospital San Martín de Pangoa	2°	II - 1	Av. Pangoa y Calle España y Calle Ucayali	Red de Salud de Satipo	
	Centro de Salud "Ernesto Guevara La Serna / Justicia Paz y Vida" - El Tambo	1°	I - 3	Jr. Los Tunales N° 150 - AA.HH. "Justicia Paz y Vida" Distrito y Provincia El Tambo	Red de Salud Huancayo	
	Centro de Salud "La Libertad"	1°	I - 4	Jr. Huancas N° 695, Huancayo	Red de Salud Huancayo	
	Hospital RDMI "El Carmen"	2°	II - 1	Jr. Puno N° 211 - Distrito y Provincia de Huancayo	No pertenece a ninguna red	
	Hospital "Manuel Angel Higa Arakaki"	2°	II - 1	Satipo	Red de Salud de Satipo	
	Centro de Salud Salaverry	1°	I - 3	Calle Libertad N° 417, Salaverry	Red de Salud Trujillo	
	Centro de Salud Pacanguilla	1°	I - 3	Av. Panamericana N° 960 - Pacanguilla Chepén	Chepén	
	Centro de Salud Aranjuez	1°	I - 3	Jr. Chiclayo N° 108, Trujillo	Red de Salud Trujillo	
	C. S. Materno Infantil Wichanzao	1°	I - 4	Mz 33 Lote. 12 Sector 2 Wichanzao - La Esperanza	Red de Salud Trujillo	
	Hospital Distrital El Porvenir Santa Isabel	2°	II - 1	Calle Gabriel Aguilari N° 1605 - El Porvenir	Red de Salud Trujillo	
	Hospital Distrital Vista Alegre	2°	II - 1	Calle Bernardino Alcedo N° 193 Vista Alegre - Víctor Larco	Red de Salud Trujillo	
	Hospital Distrital Laredo	2°	II - 1	Av. Antenor Orrego s/n, Laredo	Red de Salud Trujillo	
LA LIBERTAD	Hospital Distrital El Esfuerzo	2°	II - 1	18 de mayo N° 1356 - Florencia de Mora	Red de Salud Trujillo	
	Hospital de Apoyo Chepen	2°	II - 1	Av. 28 de Julio s/n, Chepén	Chepén	
	Hospital de Apoyo Leoncio Prado	2°	II - 1	Av. 10 de Julio N° 209 - Huamchuco Sánchez Carrión	Sánchez Carrión	
	CADES Hospital Regional Docente de Trujillo	3°	III - 1	Prolongación Vallejo s/n - Urb. Huerta Bella, Trujillo	Red de Salud Trujillo	

REGIÓN	MÓDULO DE ATENCIÓN EN ADICIONES	NIVEL DE ATENCIÓN	CATEGORÍA	DIRECCIÓN	RED	TELÉFONO
LAMBAYEQUE	Centro de Salud José Leonardo Ortiz	1°	I - 4	Calle Húsares de Junín N° 1295 Provincia Chiclayo	Red de Salud Chiclayo	
	Centro de Salud El Bosque	1°	I - 4	Calle Lloque Yupanqui N° 1748 Lambayeque - Chiclayo - La Victoria	Red de Salud Chiclayo	
	Centro de Salud Pimentel	1°	I - 4	Av. Juan Velasco Alvarado N° 109. Distrito Pimentel, Provincia Chiclayo	Red de Salud Chiclayo	
	Centro de Salud Cruz De La Esperanza	1°	I - 3	Av. Isabel la Católica s/n Distrito y Provincia de Chiclayo	Red de Salud Chiclayo	
	Centro de Salud Cayalti	1°	I - 3	Cayalti	Red de Salud Chiclayo	
	Centro de Salud Toribia Castro Chirinos	1°	I - 4	Calle Andrés Avelino Cáceres N° 489, Distrito y Provincia de Lambayeque	Red de Salud Lambayeque	
	Centro de Salud. Jayanca	1°	I - 4	Av. Diego Ferre N° 1248 - Distrito Jayanca Provincia Lambayeque	Red de Salud Lambayeque	
	Centro de Salud Motupe	1°	I - 4	Av. Cruz de Chalpón N° 186, Distrito Motupe, Provincia Lambayeque	Red de Salud Lambayeque	
	Hospital Referencial Ferreñafe	2°	II - 1	Av. Augusto B. Leguía N° 600 Distrito y Provincia de Ferreñafe	Red de Salud Ferreñafe	
	Centro de Salud Pueblo Nuevo	1°	I - 3	Calle Arenas s/n, Distrito Pueblo Nuevo, Provincia de Ferreñafe	Red de Salud Ferreñafe	

REGIÓN	MÓDULO DE ATENCIÓN EN ADICIONES	NIVEL DE ATENCIÓN	CATEGORÍA	DIRECCIÓN	RED	TELÉFONO
LIMA	Centro de Salud Juan Pérez Carranza	1°	I - 3	Jr. Cuzco 915	Lima Ciudad	
	Centro de Salud San Luis	1°	I - 3	Calle Raúl Villarín 332	Lima Ciudad	
	Centro de Salud Conde de La Vega	1°	I - 3	Jr. Conde de la Vega Baja 488	Lima Ciudad	
	Centro de Salud Mirones	1°	I - 3	Av. Luis Braydle, cdra. 13 s/n	Lima Ciudad	
	Centro de Salud San Sebastián	1°	I - 3	Jr. Ica 774	Lima Ciudad	
	Centro de Salud Max Arias Schreiber	1°	I - 3	Jr. Antonio Raymondi 220	Lima Ciudad	
	Centro de Salud Chacra Colorada	1°	I - 3	Jr. Carhuaz N° 509	Lima Ciudad	
	Centro de Salud San Cosme	1°	I - 3	Av. Bausate y Meza 2394	Lima Ciudad	
	Centro de Salud San Miguel	1°	I - 3	Av. Libertad y los Mochicas	Lima Ciudad	
	Centro de Salud Materno Perinatal Magdalena	1°	I - 4	Jr. Junín 322	Lima Ciudad	
	Centro de Salud Materno Perinatal El Porvenir	1°	I - 4	Jr. Sebastián Barranca N° 977	Lima Ciudad	
	Centro de Salud Materno Perinatal Surquillo	1°	I - 4	Jr. Colina 840	Lima Ciudad	

REGIÓN	MÓDULO DE ATENCIÓN EN ADICIONES	NIVEL DE ATENCIÓN	CATEGORÍA	DIRECCIÓN	RED	TELÉFONO
LIMA PROVINCIA	Centro de Salud Paramonga	1°	I - 3	Calle Francisco Vía s/n Urb. 07 de Junio, Distrito Paramonga – Barranca	Red de Salud Barranca - Cajatambo	236 0738
	Centro de Salud Puerto Supe	1°	I - 3	Los Pinos 101 Puerto Supe - Barranca	Red de Salud Barranca - Cajatambo	236 4322
	Hospital de Barranca	2°	II - 2	Av. Nicolás de Piérola s/n Barranca	Red de Salud Barranca - Cajatambo	235-2075 235-2241
	Hospital de Huacho	2°	II - 2	Av. José Arnaldo Arámbulo La Rosa N° 251- Huacho - Huaura	Red de Salud Huaura - Oyón	232 2634
	Centro de Salud Hualmay	1°	I - 3	Av. Hualmay 371. Frente a la Parroquia Sagrada Familia Distrito Hualmay – Huaura	Red de Salud Huaura - Oyón	239 4342
	Centro de Salud Ricardo Palma	1°	I - 3	Av. Alameda Grau 103 - Ricardo Palma – Huarochiri	Red de Salud Huarochiri	3539673
	Centro de Salud Mala	1°	I - 3	Calle Santa Rosa s/n - Urb. Villaconde – Mala- Cañete	Red de Salud Chilca - Mala	3396126
	Centro de Salud Chilca	1°	I - 3	Av. Mariano Ignacio Prado N° 519 - Chilca - Cañete	Red de Salud Chilca - Mala	3785223
	Centro de Salud Nuevo Imperial	1°	I - 3	Calle Miraflores S/N - Nuevo Imperial - Cañete	Red de Salud Cañete Yauyos	2848630
	Centro de Salud San Vicente	1°	I - 3	Av. Circunvalación s/n (Referencia espalda del Coliseo Lolo Fernández) – San Vicente de Cañete -Cañete	Red de Salud Cañete Yauyos	3013997
	Hospital Regional de Loreto	1°	II - 2	Av. 28 de Julio s/n Distrito de Punchana, Provincia de Maynas	No pertenece a ninguna red	No tiene
	Hospital Iquitos "César Garayzar García"	1°	II - 2	Av. Cornejo Portugal N° 1710, distrito de Iquitos, provincia de Maynas	No pertenece a ninguna red	(065) 264731
	Centro de Salud San Juan de Miraflores	1°	I - 4	Calle Los Ángeles s/n, Distrito de San Juan Bautista, Provincia de Maynas	Red de Salud Maynas Ciudad	(065) 260080, (065) 228034
	Centro de Salud "Nanay"	1°	I - 4	Av. La Marina s/n, Distrito de Punchana, Provincia de Maynas	Red de Salud Maynas Ciudad	(065) 250928
Centro de Salud "Moronacocho"	1°	I - 4	caballero lastre s/n, Distrito de Iquitos, Provincia de Maynas	Red de Salud Maynas Ciudad	(065) 235980	
Centro de Salud "Caballococha"	1°	I - 4	Distrito de Ramón Castilla, provincia de Ramón Castilla	Red de Salud Loreto	No tiene	
LORETO						

REGIÓN	MÓDULO DE ATENCIÓN EN ADICIONES	NIVEL DE ATENCIÓN	CATEGORÍA	DIRECCIÓN	RED	TELÉFONO
MOQUEGUA	Hospital Regional Moquegua	2°	II - 2	Av. Simón Bolívar N° 505. Distrito de Moquegua, Provincia Mariscal Nieto	No pertenece a ninguna red	053-462410
	Centro de Salud San Francisco	1°	I - 3	Calle Daniel Becerra Ocampo s/n Distrito de Moquegua, Provincia Mariscal Nieto	Red de Salud Moquegua	053 - 461779
	Centro de Salud Mariscal Nieto	1°	I - 3	Calle Ilo S/N - Pueblo Joven Mariscal Nieto	Red de Salud Moquegua	053 - 461138
	C.S. Samegua	1°	I - 3	Calle Atahualpa 2-1. Distrito Samegua, Provincia Mariscal Nieto	Red de Salud Moquegua	053 - 463363
	C.S. San Antonio	1°	I - 3	Av. Santa Fortunata s/n, Distrito de Moquegua, Provincia Mariscal Nieto	Red de Salud Moquegua	953718844
	Hospital Ilo	2°	II - 1	Avenida N° 01, lote 01 de la Mz. C del Área 4 (A - 4) Zona de la Pampa Inalámbrica del Distrito y Provincia de Ilo, Pampa Inalámbrica	Red de Salud Ilo	053 - 570367
	Centro de Salud Pampa Inalámbrica	1°	I - 3	A.H. J.C. Mariategui F - 9	Red de Salud Ilo	053 - 496449 / 053 - 483881
	Centro de Salud Miramar	1°	I - 3	Avenida Pacífico s/n UPIS Miramar. Distrito y Provincia de Ilo	Red de Salud Ilo	053 - 482692 / 053 - 485123
	Centro de Salud Alto Ilo	1°	I - 3	Calle Chalaca s/n Alto Ilo. Distrito y Provincia de Ilo	Red de Salud Ilo	053 - 483142 / 053 - 482866
	P.S. Los Ángeles	1°	I - 2	AA.HH. Los Ángeles Mz. "O" Lt. 02 Pampa Inalámbrica	Red de Salud Ilo	953-502697
	Hospital de la Amistad Perú- Corea Santa Rosa	2°	II - 2	Av. Grau - Chulucanas s/n - San Martín	Piura Castilla	
	Centro de Salud. Consuelo de Velasco	1°	I - 4	Calle Los geranios Mz. "G" Lote 02 AA.HH. "Consuelo de Velasco"	Piura Castilla	
	Centro de Salud Tacalá	1°	I - 3	Mz. M1, Lote 1 - Tacalá	Piura Castilla	
	Centro de Salud La Unión	1°	I - 4	Calle Augusto B. Leguía s/n - La Unión	Bajo Piura	
Centro de Salud Sechura	1°	I - 4	César Pingle N° 802	Bajo Piura		
Hospital de Sullana	2°	I - 2	Av. Santa Rosa s/n	Sullana		
Centro de Salud Morropón	1°	I - 4	AA.HH. Santa Julia. Calle Francisco Bolognesi Mz. "L" lote 3	Morropón		
C.S. Jesús Guerrero Cruz	1°	I - 4	Ramón Castilla s/n	Huacabamba		
Hospital Las Mercedes Paita	2°	I - 4	Los Pescadores s/n, La Punta	Paita		
Centro de Salud Ayabaca	1°	I - 4	Jr. Montero N° 499, Ayabaca	Ayabaca		
PIURA						

REGIÓN	MÓDULO DE ATENCIÓN EN ADICIONES	NIVEL DE ATENCIÓN	CATEGORÍA	DIRECCIÓN	RED	TELÉFONO
SAN MARTÍN	Hospital Moyobamba	2°	II - 1	Carretera Baños termales Km 1 Moyobamba	Red de Salud Moyobamba	
	Hospital Rioja	2°	II - 1	Jr. Venecia s/n Barrio Castayunga - Rioja	Red de Salud Rioja	
	Hospital Tarapoto	2°	II - 2	Jr. Pajatén y Simón Bolívar, Banda de Shilcayo	Red de Salud Tarapoto	
	Hospital Juanjuí	2°	II - E	Jr. Arica N° 205 Juanjuí	Red de Salud Mariscal Cáceres	
	Hospital Bellavista	2°	II - E	Jr. Apurímac y Jr. Ancash 31 Piso, Bellavista	Red de Salud Bellavista	
	Hospital Picota	1°	I - 4	Jr. Sucre 5ta cuadra Picota	Red de Salud Picota	
	Hospital "San José de Sisa"	1°	I - 4	Jr. Mereo Cabello 2da cuadra s/n, Barrio California, Banda Pishuaya, San José de Sisa	Red de Salud Dorado	
	Hospital "Tocache"	2°	II - 1	Jorge Chávez 7ma cuadra, Tocache	Red de Salud Tocache	
	Hospital R. Nueva Cajamarca	1°	I - 4	San Luis con Jr. Piura N° 601 Nueva Cajamarca	Red de Salud Rioja	
	Centro de Salud "Morales"	1°	I - 4	01 de Mayo 5ta cuadra s/n, Morales	Red de Salud San Martín	
	Centro de Salud Nueve de Abril"	1°	I - 3	Progreso N° 324 PP.JJ. Nueve de Abril	Red de Salud San Martín	
	Centro de Salud Banda de Shilcayo (Funcionamiento temporal en C.S. Tarapoto")	1°	I - 4	Jr. Cahuide N° 145, Tarapoto	Red de Salud San Martín	
	Centro de Salud Lluylucucha	1°	I - 3	Jr. 2 de Mayo s/n Barrio de Lluylucucha	Red de Salud Moyobamba	

REGIÓN	MÓDULO DE ATENCIÓN EN ADICIONES	NIVEL DE ATENCIÓN	CATEGORÍA	DIRECCIÓN	RED	TELÉFONO
TACNA	Esperanza	1°	I - 4	Av. J. Basadre N° 1100 Distrito Alto de la Alianza	Red de Salud Tacna	311526 310462
	Ciudad Nueva	1°	I - 4	Calle Daniel Alcides Carrión s/n (frente a la Plaza Municipal) Distrito Ciudad Nueva	Red de Salud Tacna	311491 310463
	Alto Alianza	1°	I - 3	Calle Oscar Carbajal Soto s/n Distrito Alto de la Alianza	Red de Salud Tacna	
	Bolognesi	1°	I - 3	Av. Basadre y Forero N° 2119 Distrito de Tacna	Red de Salud Tacna	428204 242187
	Pocollay	1°	I - 3	Calle Celestino Vargas s/n Distrito Pocollay	Red de Salud Tacna	241942 244103
	Leoncio Prado	1°	I - 3	Av. 28 de Agosto s/n Distrito de Tacna	Red de Salud Tacna	427160 424405
	Natividad	1°	I - 3	Calle López Albuja N° 1859 Distrito de Tacna	Red de Salud Tacna	318208 546670
	Metropolitano	1°	I - 3	Calle Blondel s/n Distrito Tacna	Red de Salud Tacna	242181
	Leguía	1°	I - 3	Av. 200 Millas s/n Distrito de Tacna	Red de Salud Tacna	314640 570007
	Hospital Hipólito Umanue: CADES	2°	II - 2	Calle Federico Barreto s/n Distrito de Tacna	Red de Salud Tacna	
	San Francisco	1°	I - 4	Asociación de Vivienda Villa San Francisco: Distrito Gregorio Albarracín	Red de Salud Tacna	400404 401125
	Víñani	1°	I - 2	Asociación Monterrey Manzana 410 Lote "A": Distrito Gregorio Albarracín	Red de Salud Tacna	793263

REGIÓN	MÓDULO DE ATENCIÓN EN ADICIONES	NIVEL DE ATENCIÓN	CATEGORÍA	DIRECCIÓN	RED	TELÉFONO
UCAYALI	Hospital Regional de Pucallpa	2°	II - 2	Jr. Agustín Cáuper N° 285 Distrito Callería. Provincia Coronel Portillo	No pertenece a ninguna red	
	Hospital Amazónico de Yarinacocha	2°	II - 2	Jr. Aguaytía N° 605, Distrito de Yarinacocha, Provincia Coronel Portillo	No pertenece a ninguna red	
	Centro de Salud "San Fernando"	1°	I - 3	Av. San Fernando N° 309, Distrito Manantay, Provincia Coronel Portillo	Red de Salud Coronel Portillo	
	Centro de Salud "Nuevo Paraíso"	1°	I - 3	Jr. Miguel Grau Mz. "E" Lote 20, Distrito de Callería, Provincia Coronel Portillo	Red de Salud Federico Basadre	
	Centro de Salud "Fraternidad"	1°	I - 3	AA.HH. Fraternidad, Distrito Callería, Provincia Coronel Portillo	Red de Salud Coronel Portillo	
	Centro de Salud 7 de Junio"	1°	I - 3	Jr. Tulipanes Mz. "E" Lote 25, Distrito Manatay, Provincia Coronel Portillo	Red de Salud Coronel Portillo	
	Centro de Salud "Húsares de Perú"	1°	I - 3	Jr. Gavino Teco Mz. "8" Lote 25, Distrito Manatay, Provincia Coronel Portillo	Red de Salud Federico Basadre	
	Centro de Salud 09 de Octubre	1°	I - 3	A.H. 9 de Octubre, Distrito Manatay Provincia Coronel Portillo	Red de Salud Coronel Portillo	
	Centro de Salud "Aguaytía"	1°	I - 4	Jr. Víctor Pinedo/Palmeras s/n J.V. Pamapa Yurac. Distrito de Aguaytía Provincia Padre Abad	Red de Salud Caguaytía San Alejandro	
	Centro de Salud "Campo Verde"	1°	I - 3	Jr. Libertad s/n. Distrito Campo Verde. Provincia Coronel Portillo	Red de Salud Federico Basadre	
	Centro de Salud "Nueva Requena"	1°	I - 3	Jr. 09 de Febrero s/n. Distrito Nueva Requena. Provincia Coronel Portillo	Red de Salud Federico Basadre	
	Centro de Salud "Curimana"	1°	I - 3	Localidad de Neshuya. Distrito Curimaná, Provincia Padre Abad	Red de Salud Federico Basadre	



## **ANEXO N° 6**

### **DIRECTORIO DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ABUSO Y DEPENDENCIA DEL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS**

» **Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA**

Servicio de Orientación y Consejería en Drogas “Habla Franco”

Teléfono: 0800-44-400

Cobertura: A nivel nacional

Línea gratuita desde teléfonos fijos y públicos (cabinas)

Web: [www.hablafranco.gob.pe](http://www.hablafranco.gob.pe)

» **Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP**

Servicio de Orientación telefónica LINEA 100

Atención 24 horas (lunes a feriados)

Cobertura: a nivel nacional

Línea gratuita desde teléfonos fijos, públicos (cabinas) o celular

» **Lugar de escucha - CEDRO**

Teléfonos Servicio Lugar de Escucha: 4456665 / 4475837

Roca y Boloña 271, Urbanización San Antonio, Distrito de Miraflores, Perú

Tel.: (51-1) 4466682 / 4467046 / 4470748 Fax: (51-1) 4460751

E-mail: [lescucha@cedro.org.pe](mailto:lescucha@cedro.org.pe)

» **FUNDACIÓN ANAR**

Dirección: Calle Montero Rosas N° 166, Distrito de Barranco

Teléfono: 251 - 6845 / 251 - 3208

Línea de Ayuda: 0 - 800 - 22210

Fax: 251 - 5104

E-mail: [anar@pucp.edu.pe](mailto:anar@pucp.edu.pe)

Pág. Web: [www.anarperu.org](http://www.anarperu.org)

» **MÓDULO DE ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA PUNTO DE ENCUENTRO**

Dirección: Calle Catalina Miranda 339, Distrito de Santiago de Surco

Teléfono: 247 - 5861

## **ANEXO N° 7**

### **DIRECTORIO DE CENTROS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA**

#### **» HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA**

Departamento : Farmacodependencia – Pabellón N° 18  
Modalidad : Atención ambulatoria a mujeres y varones, adolescentes y adultos.  
Dirección : Av. El Ejercito s/n, Magdalena  
Teléfono : 261 – 5516 anexo 1066 / 1103

#### **» HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN**

Departamento : Farmacodependencia  
Modalidad : Internamiento a mujeres y varones adultos.  
Atención ambulatoria a mujeres y varones, adolescentes y adultos  
Dirección : Carretera Central Km. 3.5 Ate.  
Teléfono : 494 – 2410 / 494 – 2516 anexo 233 – 235

#### **» INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI**

Departamento : Farmacodependencia  
Modalidad : Tratamiento ambulatorio mujeres y varones, adolescentes y adultos.  
Dirección : Av. Palao s/n. San Martín de Porres.  
Teléfono : 381 – 3695 / 381 – 7256 anexo 252

#### **» CENTRO DE REHABILITACIÓN DE ÑAÑA**

Departamento : Farmacodependencia  
Modalidad : Internamiento de varones adultos.  
Dirección : Av. Balanguer s/n Ñaña (Altura del Km. 19.5 Carretera Central)  
Teléfono : 359 – 2257

#### **» HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATTI**

Departamento : Hospital del día de Farmacología  
Modalidad : Tratamiento a mujeres y varones adultos.  
Dirección : Av. Edgardo Rebagliatti 490. Jesús María.  
Teléfono : 265 – 4901 / 265 \_ 4904 anexo 3656

#### **» CADES (SOCIEDAD DE BENEFICENCIA PÚBLICA DEL CALLAO)**

Centro de atención ambulatoria de día para consumidores y dependientes de sustancias psicoactivas – CADES CALLAO  
Modalidad : Tratamiento de día y ambulatorio  
Dirección : Av. Miguel Grau (ex Buenos Aires) N° 487 Distrito: Callao Cercado  
Teléfono : 453-4007  
E-mail : cadescallao@yahoo.es

### **OTRAS ALTERNATIVAS**

#### **» ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS (A.A)**

Teléfono : 265 – 1847

#### **» NARCÓTICOS ANÓNIMOS (N.A)**

Teléfono : 9995 - 7841

#### **» AL – ANON (AYUDA PARA FAMILIARES DE ALCOHOLICOS)**

Teléfono : 265 – 1847

**ANEXO N° 8**

**CLAVE DE RESPUESTAS DE LA EVALUACIÓN DE ENTRADA Y SALIDA**

NÚMERO DE ÍTEM	CLAVE DE RESPUESTA
1	D
2	A
3	B
4	C
5	B
6	D
7	A
8	C
9	A
10	B
11	D
12	B
13	C
14	C
15	A
16	D
17	A
18	C
19	D
20	D

# MIMP

Ministerio de la Mujer y  
Poblaciones Vulnerables