

Manual de Prevención

Manual auto instructivo
de prevención frente
a la violencia familiar
y consumo de alcohol
y otras drogas



Manual de Prevención

Manual auto instructivo
de prevención frente
a la 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 Prevención. Manual autoinstructivo de prevención frente
a la 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

Carmen Victoria Valencia Condor – PNCVFS
Gaby Iturrizaga Medina – 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° 2015-14210

Octubre de 2015

Tiraje: 250 ejemplares

Diseño, Diagramación e Impresión:

Inversiones y Representaciones Molino de Viento S.A.C.
Av. Emancipación N° 160 Dpto. 146, Lima - Perú
Telf.: 428-1738

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. MEDIOS Y MATERIALES DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL Y EL CONSUMO DE DROGAS

Aprendizajes Esperados

2.1. Materiales educativos para la prevención del consumo de drogas y la violencia familiar y de género

- 2.1.1. Tipos de materiales
- 2.1.2. Talleres de Prevención

CAPÍTULO 3. ESTRATEGIAS COMUNICACIONALES PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL Y EL CONSUMO DE DROGAS

Aprendizajes Esperados

3.1. Estrategias para la prevención del consumo de alcohol y otras drogas y la violencia familiar y de género. Tipos de estrategias.

- 3.1.1. Enfoque de Comunicación para el desarrollo y cambio del comportamiento.
- 3.1.2. Estrategias

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

- Anexo 1: Prueba de Entrada de Prevención en violencia familiar asociada al consumo de drogas
- Anexo 2: Información básica (Glosario de términos)
- Anexo 3: Links de videos sobre prevención de la violencia familiar asociada al consumo de drogas
- Anexo 4: Lecturas Complementarias
- Anexo 5: Directorio de los CEM a nivel nacional
- Anexo 6: Directorio de los Módulos de Atención de DEVIDA en la temática de consumo y/o dependencia de drogas a nivel nacional
- Anexo 7: Directorio de los Centros para la Atención Integral del abuso y dependencia del alcohol y otras drogas
- Anexo 8: Directorio de los Centros de Atención Especializada
- Anexo 9: Claves de Respuestas de la Prueba 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. Esta situación obliga a la sociedad y a sus organismos públicos a plantear enfoques, metodologías y acciones de prevención de las sustancias psicoactivas y sus efectos como la violencia familiar y sexual.

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, tiene como una de sus líneas de acción fundamentales el: “Desarrollar programas de prevención en el ámbito familiar, considerando la importancia de la familia como espacio de socialización y aprendizaje primario del ser humano. La ejecución de los programas se coordinará a través de los gobiernos regionales y locales, sector educación y sector salud, así como otras organizaciones públicas y de la sociedad civil, con la finalidad de desarrollar capacidades y habilidades en los miembros de la familia que contribuyan a prevenir la aparición de conductas de riesgo”.

Con este propósito, DEVIDA ha establecido un convenio con el Programa Nacional contra Violencia Familiar y Sexual del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) que tienen a su cargo los Centros de Emergencia Mujer (CEMs) a nivel nacional.

Los CEMs constituyen servicios especializados y gratuitos, de atención integral y multidisciplinaria para personas afectadas por hechos de Violencia Familiar y Sexual (VFS), donde es factible, detectar los casos de VFS asociados al consumo de drogas, identificar el tipo de consumo y derivar los casos identificados de consumo de alcohol y otras drogas hacia los servicios, programas o módulos de atención en adicciones.

Sin embargo, se ha demostrado la importancia de incorporar estrategias preventivas, por ello se pretende implementar acciones de prevención de la VFS asociados al consumo de drogas, pues ambas problemáticas están estrechamente asociadas, como lo evidencian diferentes estudios realizados a nivel nacional e internacional. Por esta razón, es importante que los/as promotores/as del Programa sean actualizados y reforzados en sus habilidades y capacidades con el fin de prevenir la ocurrencia de los hechos de la VFS mediante técnicas educativas y de comunicación que fortalezcan la capacidad de prevención de estos/as profesionales.

Finalmente, cabe señalar que el presente documento es una revisión y actualización del Manual Auto Instructivo de prevención frente a la violencia familiar y el consumo de alcohol y otras drogas elaborado en el 2013.

introducción

La Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas – DEVIDA y el Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - MIMP, han realizado acciones orientadas a abordar la violencia familiar asociada al consumo de alcohol y otras drogas. Con el fin de coadyuvar a la formación de sus profesionales, se propone el presente Manual de prevención de la violencia familiar y sexual, asociado al consumo de las drogas.

El propósito del Manual es ofrecer las herramientas y recursos necesarios a los/las profesionales de los “Centros Emergencia Mujer” - CEM, quienes realizan las labores de prevención de los hechos de Violencia Familiar y Sexual - VFS y de esta manera se puedan identificar las situaciones de riesgo y protección y posibilitar las mejores condiciones para el bienestar humano y el desarrollo.

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, presenta el tema, Medios y Materiales de Prevención de la Violencia Familiar y Sexual y el consumo de drogas, es decir materiales educativos para la prevención. Asimismo en el tercer capítulo se detallan las Estrategias Comunicacionales para la prevención de la VFS y el consumo de drogas, desde el enfoque de la comunicación para el desarrollo y el cambio de comportamiento.

Como parte de los anexos, están considerados, la Prueba de entrada, un glosario de términos, Links de videos sobre prevención de la VFS asociada al consumo de drogas y 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 prevención y servirá de herramienta de consulta en sus diversas 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. Así mismo, las orientadas a la recuperación de la salud del/la 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 este 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 y 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. Así mismo cuentan con un área de Promoción que brinda acciones preventivas promocionales dirigidas a la comunidad.

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 la víctima.

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 y 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 agresores/as consumidores/as de alcohol y otras drogas afectados/as 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 conocimientos de los/as profesionales de Prevención y Promoción de los Centros “Emergencia Mujer” en la prevención de violencia familiar asociada al consumo de alcohol y otras drogas.

descripción del MANUAL de prevención

1. ORIENTACIONES METODOLÓGICAS

¿Cuál es el propósito del manual de Prevención?

Ofrecer las herramientas y recursos necesarios a los/las profesionales de los Centros “Emergencia Mujer” a nivel nacional, quienes cumplen el rol de promotores/as para que en sus acciones de promoción y prevención de casos de violencia familiar incorporen la temática del consumo de alcohol y otras drogas.

¿Qué queremos lograr al usar este manual?

Fortalecer las competencias técnicas de los/as promotores/as de los Centros “Emergencia Mujer” en materia de prevención de violencia familiar y sexual asociada al consumo de alcohol y otras drogas.

PERFIL DE ENTRADA

Los y las profesionales a los/as cuales va dirigida el presente Manual de Prevención, son:

- Especialistas responsables de las acciones de prevención y promoción vinculada con la temática de violencia familiar y sexual de los Centros Emergencia Mujer del PNCVFS a nivel nacional.

PERFIL DE SALIDA

Los profesionales de los CEM que se preparen 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 para la prevención del consumo de drogas y los hechos de violencia familiar
- Emplear técnicas pedagógicas que ayuden a los profesionales de la prevención a tener una ayuda para su propio auto aprendizaje.

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 profesional en cada uno de los capítulos.



EVALUACIÓN DE ENTRADA

Que recoja los saberes previos de los 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
CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE GÉNERO Y VIOLENCIA	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.
CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	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
VIOLENCIA FAMILIAR	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
CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS	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
VIOLENCIA FAMILIAR ASOCIADA AL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS	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)¹.



LECTURA BÁSICA²:

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 Género³

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?

³ 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 privaciones⁴.”

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.⁵

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.⁶



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.⁷

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 - MIMP⁸, 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?⁹

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?

⁹ 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 - 2002-2015¹⁰

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	%
2002-2015	%		
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 padres¹¹

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 nacional¹²

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 oportunamente¹³

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 - 2021¹⁴ 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)

¹⁴ 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 - 2013¹⁵

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 como¹⁶:



“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”¹⁷

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 concurran 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 lupa¹⁸.



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 2009-2015¹⁹

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
Total	96	186	282	100%

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 formas²⁰: 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.

20 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, 2013-2014²¹

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 DROGAS²²

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

²² 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?²³

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/A²⁴

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 psicósomáticos 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 en²⁵:

Drogas Estimulantes (aumentan la sensibilidad del sistema nervioso)	Drogas Depresoras (insensibilizan el sistema nervioso)	Drogas Perturbadoras o Alucinógenas
<p>Estimulantes mayores: cocaína PBC anfetaminas broncodilatadores</p> <p>Estimulantes menores: nicotina cafeína</p>	<p>Alcohol.</p> <p>Inhalantes: Terokal, gasolina, bencina</p> <p>Tranquilizantes: pastillas para calmar la ansiedad.</p> <p>Hipnóticos (Sedantes): pastillas para dormir.</p> <p>Anestésicos: pastillas para calmar el dolor o malestar</p> <p>Opiáceos: heroína, morfina, metadona, etc.</p>	<p>Derivados del cannabis: hachís, marihuana, etc.</p> <p>LSD</p> <p>Ayahuasca</p> <p>Drogas de síntesis: 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”²⁶

**LECTURA COMPLEMENTARIA:**

Las drogas y el Sistema Nervioso Central²⁷

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:²⁸

- ▶ 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 Perú²⁹ 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):³⁰

- ▶ 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 psicosomáticos 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
ALCOHOL	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.
TABACO	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.
MARIHUANA	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.
INHALANTES	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.
PASTA BÁSICA DE COCAÍNA	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.

CLORHIDRATO DE COCAÍNA	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.
HEROÍNA	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)
ÉXTASIS	Es una sustancia derivada de las anfetaminas y derivados de los alucinógenos.	Hiperactividad, ansiedad, pérdida de peso, alucinaciones, paro.	Destrucción de las funciones de la neurona, con graves alteraciones del comportamiento.



LECTURA COMPLEMENTARIA:
 “Conociendo las drogas I y II”³¹

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” ³²



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	Ilegales	Folclóricas	Industriales
Alcohol Tabaco Café Te	Marihuana PBC Cocaína Heroína Drogas de diseño (éxtasis)	San Pedro Ayahuasca Hoja de Coca Floripondio	Inhalantes: pegamentos (terokal), gasolina, kerosene, lejía, pinturas, etc. Medicamentos: 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:³³



“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.³⁴

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 2012-2017³⁵, 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 Perú³⁶

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 hogar³⁷. 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 VF³⁸

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 SI 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:



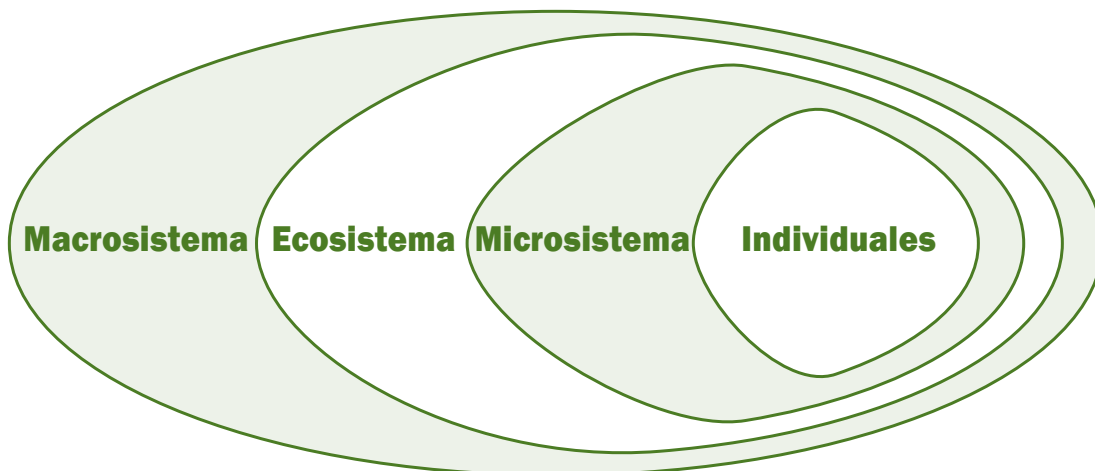
Conocer los modelos teóricos que explican la V.F.



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)³⁹



Este modelo explicativo de la VF, es una adaptación del modelo del desarrollo humano de Bronfenbrenner (1987)⁴⁰, 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.

Heise⁴¹, 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 Control⁴²

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.

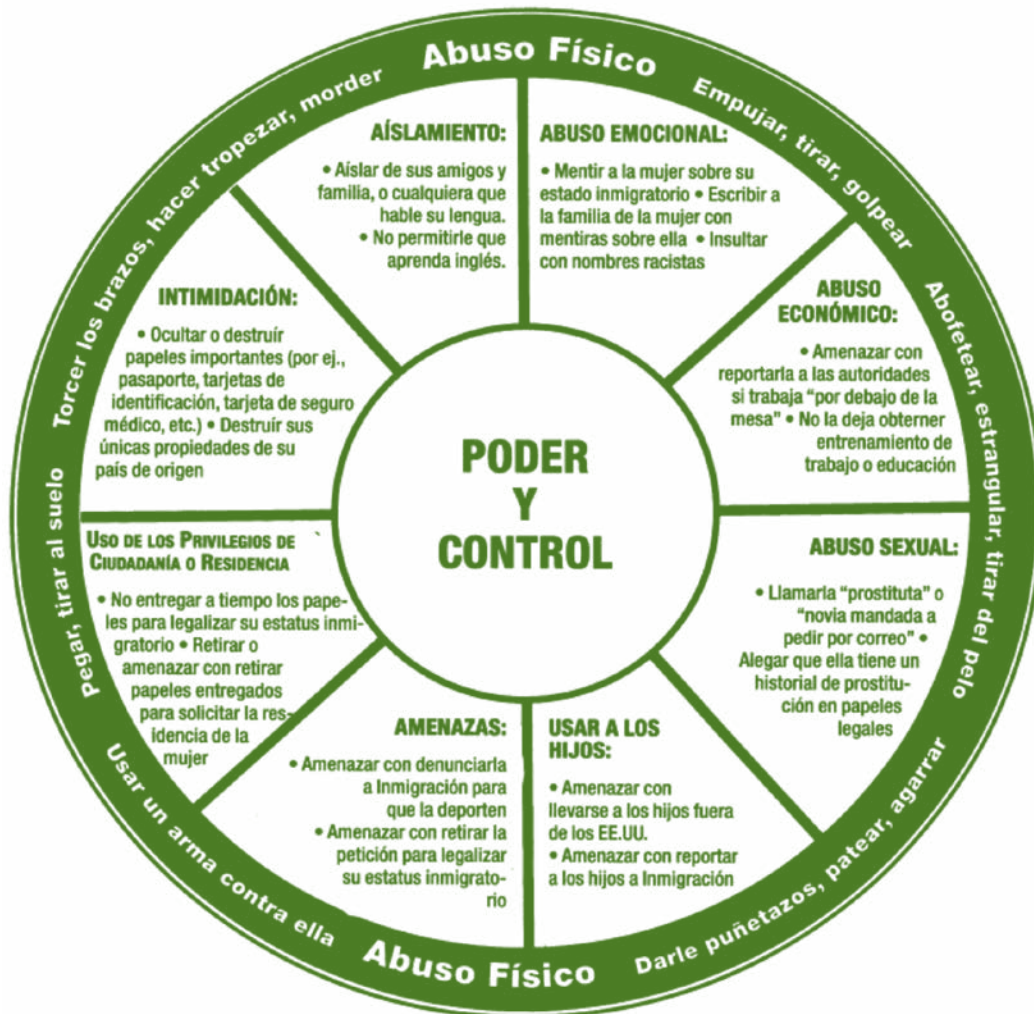


“Este modelo destaca las conductas de control que suelen presentar las personas agresores para demostrar el poder sobre sus parejas. Entre ellas: la intimidación, el abuso emocional, aislamiento de la mujer, minimización, culpabilidad, utilización de los/las hijos/as, el abuso económico, el abuso sexual 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.

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

Modelo Duluth o Rueda del Poder y el Control⁴³



c.- El Modelo de la Escalada de la violencia⁴⁴



“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 Violencia⁴⁵

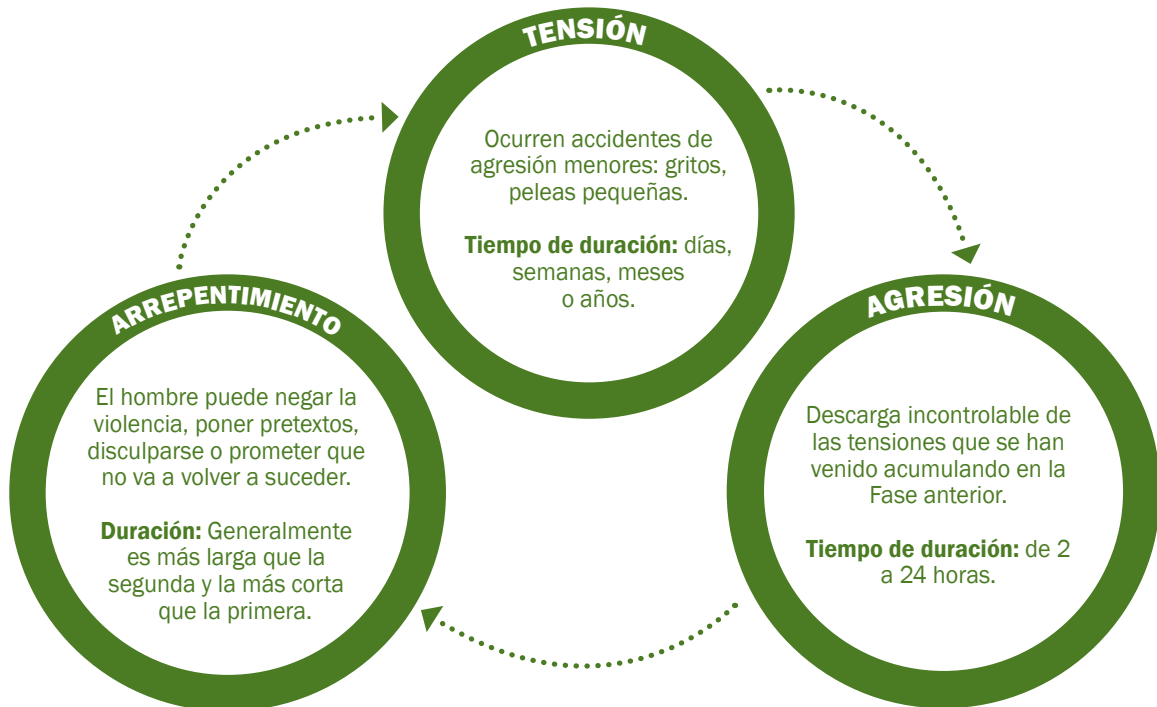


“Explica la permanencia de la mujer en la violencia señalando que esta se desarrolla en una dinámica en la que la pareja se encuentra atrapada en un patrón de comportamiento cíclico”.

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)⁴⁶



- ▶ **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.

46 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 harto, 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 Sexual⁴⁷

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)⁴⁸.
- ▶ 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.⁴⁸

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?

48 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)⁴⁹ 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.

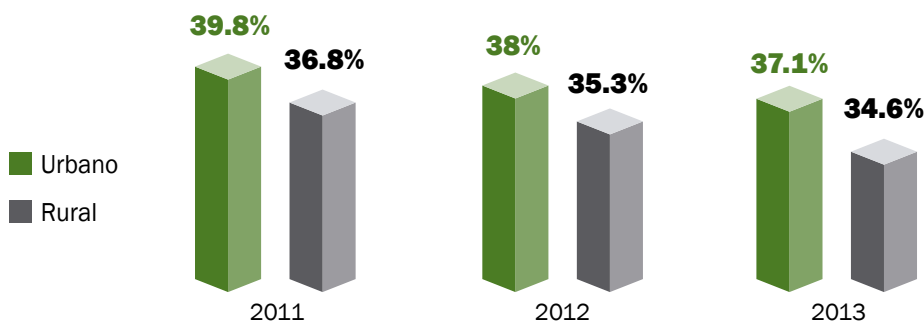
Entre las **formas de violencia sexual**, el 7,6 por ciento de las mujeres alguna vez unidas manifestaron que su esposo o compañero las obligó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, en su mayoría tenían de 40 a 49 años de edad (9,5 por ciento, en promedio), divorciadas, separadas o viudas (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

- 1 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,...*
- 2 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*
- 3 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.*
- 4 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.

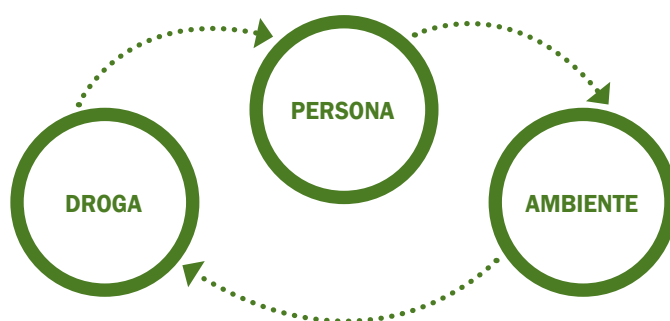
Tensión	Agresión	Arrepentimiento
<p>La víctima desarrolla estrategias para evadir las situaciones de violencia por parte del esposo, tales como: "Para que no haya tanto lío en su casa se quedaba callada o no le decía o hacía algo para que él no se altere o requinte".</p> <p>Crea justificaciones "... 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.*⁵⁰

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?

⁵⁰ 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 RIESGO⁵¹:

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 ilegales⁵²

- ▶ 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.

⁵² 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”⁵³



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)⁵⁴

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”⁵⁵

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 PERÚ⁵⁶

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.

⁵⁶ 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 Perú⁵⁷

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

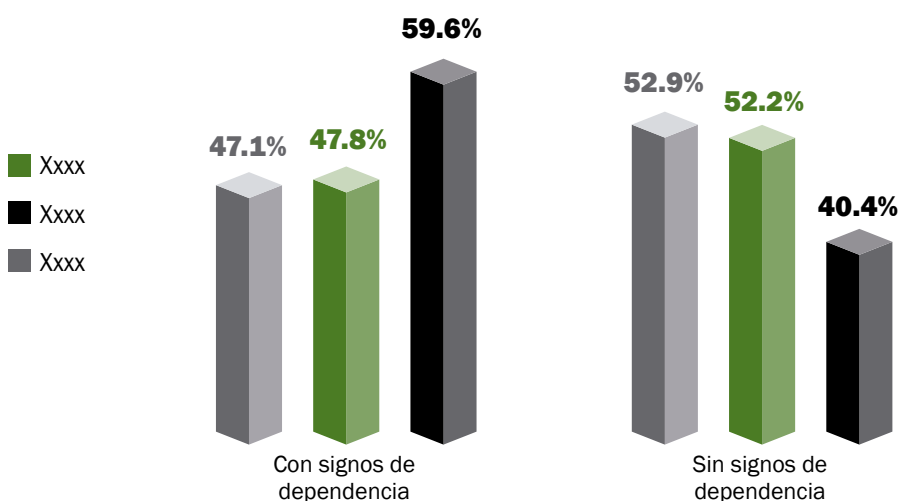
Consumidores/as de último Año de sustancias ilegales que presentan signos de dependencia		
Tipo de droga	%	N Expandido
Drogas Ilegales		
Marihuana	47.1	58,556
Cocaína	47.8	23,852
PBC	59.6	33,280

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
Subtotal			75.1
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
Subtotal			24.8
Total			100

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)⁵⁸, 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)⁵⁹, 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)⁶⁰, 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 Ayacucho⁶¹, 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 2012⁶². 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
TOTAL	100	100	100	12	100

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:⁶³

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).⁶⁴

► 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”⁶⁵



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.⁶⁶

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.”⁶⁷ 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 mujer⁶⁸

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.»⁶⁹

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 Salud⁷⁰ 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.

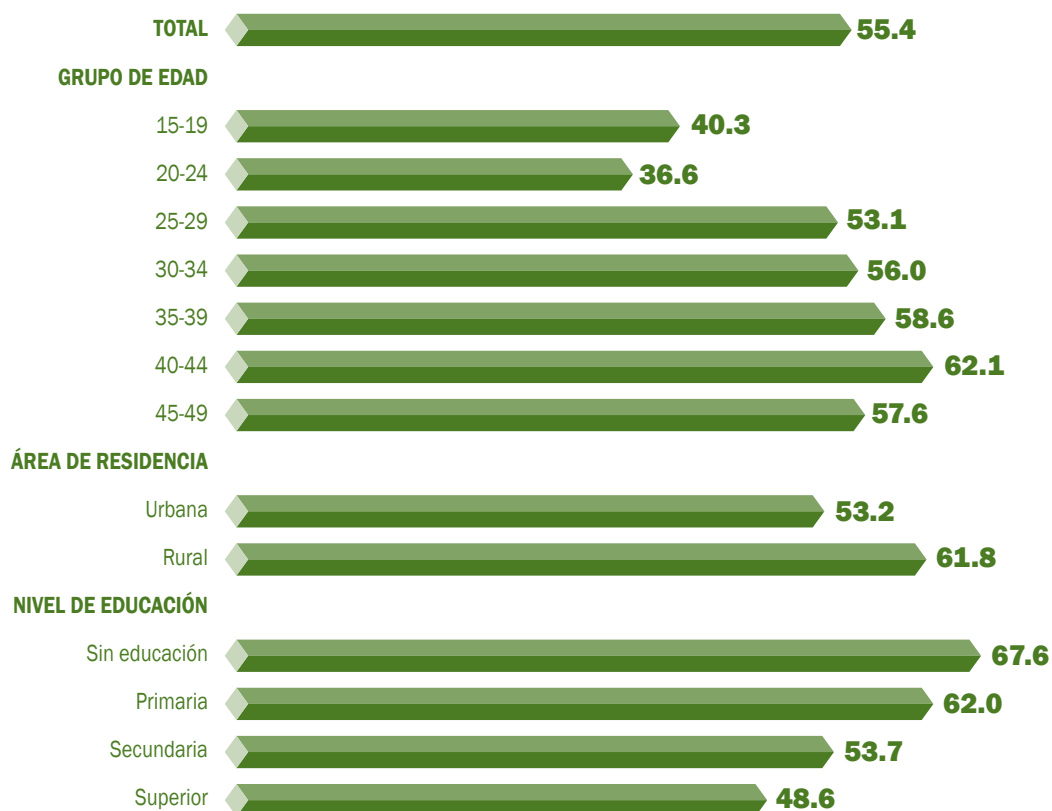
Esta situación de consumo se presenta **en el área urbana con un 7,8 por ciento y en el área rural, con un 6,1 por ciento**, en la región Sierra en un 7,8 por ciento y en los departamentos de Cusco y Apurímac en un 11,4 por ciento y un 11,0 por ciento respectivamente.

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)⁷¹.

Además en relación a las motivaciones para el consumo de drogas en mujeres víctimas de violencia familiar y sexual, el MIMP en el año 2002⁷², 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)⁷³. 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)⁷⁴, 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

**medios y materiales
de prevención de la violencia
y el consumo de drogas**



MEDIOS Y MATERIALES DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA Y EL CONSUMO DE DROGAS

Aprendizajes esperados

ÁREAS/DIMENSIONES	DESCRIPCIÓN	INDICADOR
CONOCIMIENTO	Reconoce los medios y materiales de prevención del uso del consumo de drogas y la violencia familiar y de género a través de su conocimiento, comprensión y constante aplicación.	Emplea los medios y materiales de prevención del uso del consumo de drogas y la violencia familiar y de género.
HABILIDAD	Aplica los materiales de prevención del consumo de drogas y la violencia familiar y de género a través de su conocimiento, comprensión y constante aplicación.	Emplea apropiadamente los materiales de la prevención del consumo de drogas y la violencia familiar y de género.
ACTITUD	Identificar sus potencialidades, debilidades y carencias mostrando actitud de superación personal.	Valora responsablemente y se compromete en el desarrollo de las actividades planeadas.

Contenidos de las sesiones

SESIONES	OBJETIVOS
Los materiales educativos para la prevención del consumo de drogas y la violencia familiar y de género. Tipos de materiales.	<ul style="list-style-type: none">● Reconocer los materiales para la prevención del consumo de drogas y la violencia familiar y de género.● Aplica los tipos de materiales a situaciones problemáticas.
Los materiales educativos para trabajar los factores de riesgo para la prevención del consumo de drogas y la violencia familiar y de género.	<ul style="list-style-type: none">● Reconocer los materiales elaborados para trabajar los factores de riesgo para la prevención del consumo de drogas y la violencia familiar y de género.● Aplicar los tipos de materiales a situaciones de riesgo seleccionados para el consumo de drogas y la violencia familiar y de género.
Los materiales educativos para trabajar los factores de protección para la prevención del consumo de drogas y la violencia familiar y de género.	<ul style="list-style-type: none">● Reconocer los materiales educativos para trabajar los factores de protección para la prevención del consumo de drogas y la violencia familiar y de género.● Aplicar los tipos de materiales a situaciones de riesgo seleccionados para el consumo de drogas y la violencia familiar y de género.

2.1 MATERIALES EDUCATIVOS PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y LA VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO

2.1.1. TIPOS DE MATERIALES



Los materiales educativos son:⁷⁵

Elementos que son utilizados en el proceso de enseñanza-aprendizaje y sirven de apoyo para generar los aprendizajes propuestos. Pueden consistir en una explicación gráfica del contenido, en las vistas/imágenes que apoyan una exposición, en la guía de una práctica, en los instrumentos que ayudan a realizar una experiencia para comprobar un hecho o fenómeno, en general, cualquier medio que forme parte del proceso de aprendizaje de cualquier contenido.

Los materiales educativos se dividen en los siguientes tipos:

- a) **Material impreso:** como libros o guías de prácticas; en general, todo tipo de información escrita o gráfica complementaria.
- b) **Material grabado:** todo material visual, auditivo o audiovisual; puede complementarse con material escrito, exposiciones, demostraciones, etc.; en general, todo tipo de representaciones gráficas, pictóricas y animadas.
- c) **Material electrónico:** aquel que se sirve de los medios informáticos, como programas de procesamiento de textos o de diseño gráfico, entre otros, y, en general, diferentes programas multimedia.
- d) **Material no impreso:** como maquetas, modelos, mapas, murales, juegos que se realicen con los contenidos que se estén trabajando, experimentos, etc.; en general, todo material que brinde la posibilidad de observar, manipular, consultar, investigar, analizar, visualizar los principios y aprender a través del juego y el trabajo.

El material no impreso puede cumplir varias funciones dentro de la unidad didáctica que diseña el/la promotor/a, dependiendo del uso que se le dé a cada material. En la interacción que el grupo objetivo tiene con el material, se puede observar que:

- ▶ Propicia el desarrollo de capacidades al estimular con el uso del material diversas habilidades (intelectuales, motoras, sociales); del mismo modo, alienta el actuar e impulsa actitudes positivas hacia los contenidos que se enmarcan en el material.
- ▶ Permite la asimilación de contenidos, en primer lugar, al favorecer la observación y la manipulación de objetos y fenómenos muy similares a los que existen y/o ocurren en la realidad, lo que posibilita un acercamiento a esta y a la comprensión del mundo, en la medida en que pueden interactuar con él. Y, en segundo lugar, al ofrecer la posibilidad de experimentar con los materiales, de manera que se puedan producir descubrimientos o la comprobación de hechos y fenómenos.

75 Flores, I. (2001) Elaboración de Materiales educativos con recursos de la zona. Experiencia de PLANCAD, pág. 11. Lima: PLANCAD

Es importante recalcar que no serán los materiales por sí mismos, con independencia del manejo que haga el/la promotor/a, los que lograrán crear estas condiciones. Tanto el manejo de los procedimientos como la actitud con la que el docente enfrente ese momento del proceso de enseñanza – aprendizaje son los que producirán las condiciones necesarias para facilitarlos.

En el proceso de aprendizaje se necesitan las estructuras cognitivas las cuales se definen como la organización de la inteligencia, donde cada etapa del desarrollo supone la adquisición de nuevas estructuras. Se entiende el desarrollo intelectual del ser humano como un proceso de reestructuración constante del conocimiento.

El proceso de reestructuración comienza cuando ocurre la aparición de un nuevo dato o información que desequilibra una forma de pensar propia de un determinado nivel o estructura⁷⁶. Se crea así un conflicto, la persona debe compensar ese desequilibrio a través de su propia forma de pensar y estructurar las cosas, de esa manera resuelve el conflicto y vuelve el equilibrio.

El aprendizaje supone el procesamiento activo de la información y cada persona lo realiza a su manera. Jerome Bruner postula que más importante que la información obtenida son las estructuras que se forman a través del proceso de aprendizaje. Bruner habla del aprendizaje por descubrimiento como la manera de reordenar o transformar la información de modo que permita ir más allá de la información misma, para lograr así la construcción de un nuevo conocimiento.

Parte de la riqueza de trabajar con materiales educativos impresos y no impresos, especialmente estos últimos, es que estos tienen un potencial formativo muy grande pues, además de desarrollar aspectos académicos y cognitivos, permiten propiciar en los alumnos experiencias de interrelación entre ellos y generar situaciones de entrenamiento de sus habilidades sociales.

Se definen las habilidades sociales como las conductas que permiten la evolución de las personas en un contexto individual o interpersonal, desarrollando la capacidad de expresar sus sentimientos, promueven la reflexión, el trabajo cooperativo opiniones, deseos, derechos, de una manera adecuada y en el momento preciso, respetando las conductas de los otros y resolviendo los problemas de un modo eficaz.

76 Flores, 2001, p. 21.



ACTIVIDAD 24

Reconociendo determinados materiales educativos para la prevención (Emplee para ello el listado de materiales educativos seleccionados)

Objetivo: Reconocer determinados materiales educativos para la prevención de la violencia y el consumo de drogas

MATERIALES PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y EL CONSUMO DE DROGAS

Amor y Control. Campaña Nacional. Todos contra el consumo nocivo de alcohol. MINSA 2008

El presente plan de comunicaciones tiene como objetivo informar a la población en general, especialmente a los jóvenes, sobre los beneficios de una vida sana alejada del alcohol para cultivar la armonía familiar y la paz social, así como proporcionar al personal de salud mensajes básicos para la promoción permanente de la Campaña contra el consumo nocivo de alcohol.

<http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2008/amorycontrol/>

Catálogo de materiales de comunicación en drogas. Proyectos Especiales-Centro de Documentación de CEDRO

El catálogo presenta documentación bibliográfica de prensa escrita, libros, material multimedia, informes y documentos presentados en reuniones, entre otros. La información que incluye es sobre temas especializados en drogas, comunicación, y temas afines.

<http://www.cedro.org.pe/coaliciones/catalogo%20de%20materiales%20de%20comunicaciones%20en%20drogas.pdf>

Manual de educación sanitaria. Recursos para diseñar Talleres de Prevención con usuarios de drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. España. 2009

En este manual se describen aspectos relacionados con la educación para la salud (EPS), los programas de reducción de daños (PRD) y la prevención de los comportamientos de riesgo de los usuarios de drogas (UDs)

<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/maedsan.pdf>

Manual para fortalecer la prevención de adicciones desde la educación secundaria

Dirección General de Desarrollo de la Gestión e Innovación Educativa de la Subsecretaría de Educación Básica de la Secretaría de Educación. México 2012.

Es parte de la Estrategia Nacional para fortalecer la Prevención de Adicciones desde la Educación Básica, cuyo propósito, se centra en brindar a los colectivos escolares herramientas teóricas y metodológicas para participar como agentes de prevención y de contención para evitar el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, entre la población en edad escolar.

<http://basica.sep.gob.mx/escuelasegura/pdf/adicciones/mpfpaes.pdf>

Manual de Formación de Mediadores Sociales. Instituto de Adicciones de Madrid Salud. España. 2006

El objetivo de esta publicación es dotar a los mediadores sociales (líderes juveniles, voluntariado, policía municipal, tejido asociativo, profesionales del sector socio-sanitario, profesionales de la educación, etc.), de una formación específica que les permita mejorar su papel preventivo en el trabajo que realizan cotidianamente con distintos grupos en los que intervienen como referentes sociales.

<http://www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/doctecnicos/FormacionMediadoresSoc.pdf>

Manual de validación de materiales educativo-comunicacionales / Perú. Ministerio de Salud. Proyecto Salud y Nutrición Básica. – Lima: Proyecto de Salud y Nutrición Básica, ene. 2001. – 87 p.

Una vez elaborado un material educativo-comunicacional es necesario validarlo. Es decir, probar su valor y su impacto, antes de distribuirlo masivamente. Este proceso tiene por finalidad identificar sus aciertos y sus errores, mostrar sus logros y sus puntos débiles, para luego adecuarlos, perfeccionarlos y proceder a su promoción y difusión. El presente documento ofrece las pautas necesarias para validar folletos, afiches, rotafolios, fotonovelas y comics, cuñas radiales, programas radiales y spots televisivos.

http://bvs.minsa.gob.pe/local/PSNB/33_manvalid.pdf

Actividades alternativas para la prevención del uso de drogas.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP)

Brinda a los y las jóvenes como a los adultos, los principios, los conocimientos básicos necesarios y algunos consejos prácticos que les permitan utilizar el deporte, la representación artística y el internet como actividades alternativas eficaces para prevenir el uso de drogas; de ningún modo se trata de un manual completo, sino más bien de una guía con información básica.

http://www.unodc.org/documents/peruandecuador/ProyectoEcuador/actividades_1.pdf



ACTIVIDAD 25

“Aprendiendo a elaborar folletos para la prevención”

Objetivo: Elaborar folletos de prevención aplicando los factores de protección en los valores de la familia.

Pasos para su elaboración:

- Revisando la literatura.
- Elaborando las primeras ideas del factor de protección.
- Determinando el factor de protección.
- Trabajando los valores en la familia.
- Determinando los valores.
- Determinando la estructura del tema y su desarrollo.
- Desarrollando la estructura en formato published del office.
- Determinando los tips a utilizar.
- Presentando el contenido en el folleto.
- Haciendo la prueba de impresión.
- Probando la aceptación del folleto en los usuarios
- Difundiendo el documento entre los usuarios.

¿Cómo hacemos un folleto?

En cuanto al texto:

- ▶ Debemos escribir una idea por frase. No usen subordinadas.
- ▶ En general hay que usar frases cortas, sencillas y directas: sujeto, verbo y predicado. ¡Pero que no parezca un telegrama!
- ▶ Hay que usar palabras cortas y de uso diario.
- ▶ No es bueno utilizar palabras densas o complejas porque son más difíciles de entender de una sola vez.
- ▶ Usen verbos que remitan a acciones concretas.
- ▶ También tenemos que evitar los términos demasiado abstractos.

En cuanto a lo gráfico:

Existen varias formas de trabajar gráficamente un folleto en función de cómo doblemos el papel. Por ejemplo, si lo doblamos por la mitad, nos queda una especie de librito que se llama díptico. Aquí vamos a trabajar con el formato tríptico, que tiene tres partes de cada lado y es el que permite incluir un desarrollo más complejo. El tríptico tiene dos caras, una interna y otra externa. En la cara interna tenemos dos partes y en la externa tres.

Les mostramos en un croquis estas partes para que resulte más clara la explicación:

1. Tapa: Funciona como un afiche. Debe llamar la atención, ser el gancho que nos invita a abrir el folleto. Para eso tiene que ser atractiva.
2. Presentación del tema o problema: en esta cara tenemos que plantear el problema, su importancia, los principales aspectos, cuáles son las implicancias, y sobre todo como afecta a nuestro interlocutor.
3. Desarrollo y propuesta: en la cara interior del folleto, desarmamos el problema, damos nuestros argumentos y también planteamos nuestras propuestas.
4. Cierre: es la última cara del tríptico, debemos cerrar con alguna frase que recupere nuestra propuesta, nuestra postura frente al tema. También aquí va la información sobre nuestra organización o equipo de salud: el logo, contactos, dirección, teléfono, mail.

Materiales: Tomar en cuenta la lectura de los Valores (ver anexo)



ACTIVIDAD 26

Elaborando el afiche “Modelos de Vida y Mi Proyecto de Vida”

Objetivo: Elaborar un afiche de prevención de la violencia mediante la elaboración de modelos de vida y proyecto de vida.

Pasos para su elaboración:

- a) Revisando la literatura.
- b) Elaborando las primeras ideas del factor de protección.
- c) Determinando el factor de protección.
- d) Trabajando “Mi Proyecto de vida mediante modelos de vida”
- e) Determinando la estructura del tema y su desarrollo.
- f) Desarrollando la estructura en formato published o ppt del office.
- g) Determinando los tips a utilizar (Tomar sugerencias de algunos de ellos)
- h) Presentando el contenido del afiche.
- i) Haciendo la prueba de impresión.
- j) Probando la aceptación del afiche en los usuarios
- k) Difundiendo el afiche entre los usuarios.

¿Cómo hacemos un afiche?

En cuanto al texto:

- ▶ En estos productos sólo podemos trabajar con una idea central, que se expresa en el título y en el encabezado.
- ▶ Más que en otros materiales gráficos, aquí debemos expresarnos con simpleza y de manera muy concreta.
- ▶ Tenemos que asegurarnos de incluir toda la información que la gente tiene que saber: fechas, horas y sitios de las reuniones.
- ▶ Esta información va en lo que se llama el pie del afiche.
- ▶ Igual que para otras producciones es aconsejable usar el humor para lograr la complicidad de nuestro destinatario. El humor además de generar cierta proximidad con el interlocutor, es un buen recurso para elaborar mensajes impactantes.

En cuanto a lo gráfico:

- ▶ El afiche tiene una diagonal central que es la que indica el recorrido de lectura, por eso la información principal debe situarse donde este recorrido comienza tal como se ve en el gráfico.
- ▶ La imagen que utilizemos debe ser llamativa.
- ▶ El título es el texto que expresa la idea central, debe estar con letras gruesas para que tenga peso y resulte fácilmente visible.
- ▶ El encabezamiento y el pie permiten construir la forma del afiche, le dan estructura.
- ▶ La imagen y el texto no tienen que decir lo mismo, deben complementarse

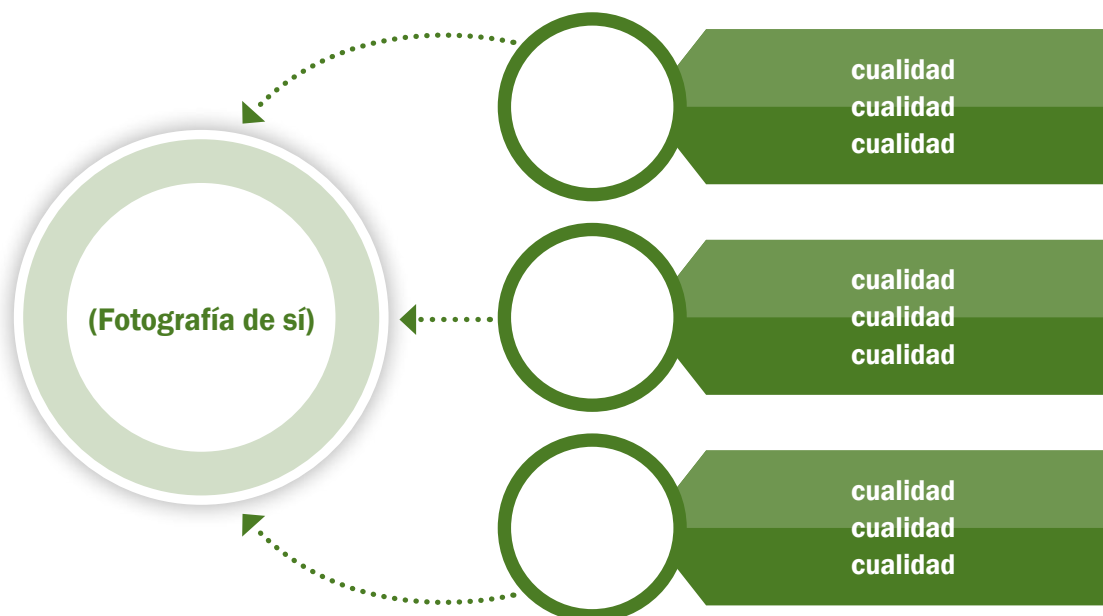
Algunos consejos:

- ▶ Es importante que el afiche este bien trabajados, que tenga calidad gráfica, que el texto y la imagen llamen la atención.
- ▶ Es eficaz si combina palabras y elementos visuales para transmitir un mensaje sencillo pero con fuerza.
- ▶ El afiche es un formato dedicado a decir algo a una persona que está en movimiento, que no puede detenerse a captar detalles. Por eso debemos diseñarlos para ser leídos con rapidez.

- ▶ Un buen ejercicio para aquellos que no somos profesionales del diseño es mostrar el producto terminado a otra persona a cierta distancia y preguntarle: ¿Qué dice, se entiende de qué es? ¿pudo ver dónde y cuándo es la actividad que promociona? ¿Qué vio primero? ¿Qué sensaciones tuvo al verlo? ¿Qué le quedó de lo que vio?

Materiales: Tomar en cuenta la lectura de Proyecto de Vida (ver anexo)

**Modelos de Vida
(Fotografía de los modelos)**



Ejemplos de Tips:

- ▶ “En la vida es importante tener modelos de vida”
- ▶ “Los proyecto son importantes para alcanzar nuestro desarrollo personal”
- ▶ “La planificación de nuestras vida es importante para tener derroteros y alcanzar metas”



ACTIVIDAD 27

Elaborando una cartilla de metas y estrategias personales

Objetivo: Aplicar los procedimientos de elaboración de un díptico para la prevención mediante el diseño de las metas y estrategias personales.

Plazo de la meta	Metas personales	Acciones	Amenazas	Fecha de logro de la meta
A corto plazo				
A mediano plazo				
A largo plazo				

Material: Modelo del presente ejercicio.



ACTIVIDAD 28

Análisis de casos de detección de riesgo y de protección frente a la violencia asociada al consumo de alcohol:

Video "JONAS Y LISA"⁷⁷

Objetivo: Identificar los factores de riesgo y protección y las alternativas frente al problema



1. ¿Cuáles son los factores de riesgo y protección en el caso de Jonás y Lisa?

- ▶ _____
- ▶ _____
- ▶ _____
- ▶ _____

2. ¿Qué alternativas frente al problema de violencia asociada al consumo de alcohol podrían aplicarse en el caso de Jonás y Lisa?

- ▶ _____
- ▶ _____
- ▶ _____
- ▶ _____

⁷⁷ Video "JONAS Y LISA". Recuperado de <http://youtu.be/i0n4FuEui08>



ACTIVIDAD 29

Análisis de casos de detección de riesgo y de protección frente a la violencia asociada al consumo de alcohol:

Video “EL PANTEONERO 2/6”⁷⁸ *

Objetivo: Identificar los factores de riesgo y protección y las alternativas frente al problema



1. ¿Cuáles son los factores de riesgo y protección en el caso de Eleuteria?

- ▶ _____
- ▶ _____
- ▶ _____
- ▶ _____

2. ¿Qué alternativas frente al problema de violencia asociada al consumo de alcohol podrían aplicarse en el caso de Eleuteria?

- ▶ _____
- ▶ _____
- ▶ _____
- ▶ _____

⁷⁸ Video “El Panteonero 2/6”. Recuperado de <http://youtu.be/pebiR2b02q8>



ACTIVIDAD 30

Elaborando historias de análisis de casos de detección de riesgo y de protección frente a la violencia

Pasos para su elaboración:

- Determinando el contenido de los casos.
- Empleando las historias de casos de análisis de casos en riesgo.
- Empleando las historias de casos de resistencia y éxito frente a la violencia
- Formateando las historias.
- Presentando como prueba a las usuarias.
- Desarrollando talleres con las usuarias.
- Difundiendo el material entre las usuarias en los talleres.

Material. Emplear material de los contenidos y actividades dentro del texto

Ejemplo Caso Laura

Laura tiene 37 años, secundaria completa, vive en un Asentamiento Humano, es conviviente. Se le observa que presenta moretones en los brazos y una cicatriz debajo del ojo izquierdo. Hay descuido en su presentación y está muy delgada. En la entrevista menciona que vive con Luis desde hace 20 años, tienen un hijo de 8 años y una hija de 16 años que trabaja como empleada doméstica... “casi no la veo, cuando está de salida prefiere irse con las amigas... dice que soy idiota, que le doy cólera, porque mucho he aguantado a su papá, no entiendo que era porque no quería dejarla crecer sin padre”... Conoció a Juan en una fiesta, le parecía una persona muy buena, cuando estaban de novios la jaloneaba, era muy celoso, incluso la obligó a dejar el trabajo, a la semana de convivir la golpeó y le dijo que yo había dicho un nombre de hombre mientras dormía y seguro que era su amante. Nos relata “cuando yo me comprometí pensé tener una vida diferente a la que había tenido en mi niñez, mis padres peleaban mucho, cuando murió mi madre me entregaron a mi tía para que se haga cargo, pero igual ellos también peleaban hasta con cuchillo.

Por eso yo me escapé de la casa y una señora me llevó a su casa para trabajar y me dieron otro trato, me sentía como la hija de ellos, cuando conocí a Luis, él me decía que me estaban explotando por eso me escapé con él, pensando que él me llevaría a vivir mejor, que tendría todas mis comodidades, sin embargo esto no fue así, él me ha traicionado, él es mujeriego y últimamente toma varias veces a la semana”.

Ella escuchaba rumores de que se encontraba con una amiga de ambos, cuando le pidió explicaciones la cacheteó y le dijo que era mala y cochina por pensar así y le exigió que le vaya a pedir disculpas a la amiga y ella muy obediente se fue a pedir disculpas, dice que ella de esto nunca se olvidará porque su amiga le dijo que era una tonta y se rio en su cara.

“Todo el Asentamiento sabía de esta situación y yo fui la última en enterarme. Cuando estaba embarazada me decía pareces una vaca, cómo no tengo un cuchillo para sacarte esa cochinidad, con los demás es distinto, es amable, cariñoso, cuando le exijo que me aumente el diario me dice primero tienes que estar conmigo, actualmente no dormimos juntos. Me siento triste, sin apoyo, en la casa somos como extraños, es indiferente a todo, ya no lo quiero, me he resignado a mi situación, cuando me miro al espejo me doy cuenta cuánto he cambiado, en el color de mi piel, en mi forma de vestir, de arreglarme y me da vergüenza de encontrarme con personas que me conocen desde antes... me siento vacía... sin ganas de vivir”.

IDEAS A RESALTAR

Se tratará que identifiquen:

- ▶ Las diferentes formas de violencia, sus efectos en la conducta, pensamientos y emociones de Laura.
- ▶ Factores de riesgo de aumento de la violencia.
- ▶ Conductas del agresor.
- ▶ Alternativas que funcionen a partir de sus experiencias como promotores/as.

Por ejemplo mencionar presencia de:

- ▶ Violencia física y psicológica desde el noviazgo, que se ha incrementado con el tiempo.
- ▶ Tristeza, desánimo, descuido físico, resignación frente a su situación, baja autoestima, aislamiento, pasividad, sentimientos de vacío y pérdida del sentido a la vida en la víctima.
- ▶ No tiene redes de apoyo social ni afectivo, la hija adolescente la rechaza.
- ▶ Experiencia de violencia en su niñez.
- ▶ Esposo: frecuente ingesta de alcohol e infidelidades, celoso, no le permite trabajar, amable con los demás, culpabiliza, humilla, abusa sexualmente de Laura ante su necesidad económica.
- ▶ Aumento de la violencia durante el embarazo (mayor vulnerabilidad).
- ▶ Una posibilidad podría ser propiciar su acercamiento a algún grupo (OSB, parroquial, vecinal, etc.) para romper el aislamiento e incentivar su proceso de recuperación.



ACTIVIDAD 31

Elaborando material lúdico mediante afiches para el reconocimiento de las emociones

Objetivo: Elaboración de un afiche lúdico para el reconocimiento de las emociones



AUTOEVALUACIÓN:



- ▶ ¿Qué he aprendido acerca de la actividad de elaboración de reconocimiento de materiales educativos para la prevención de la violencia familiar asociada al consumo de drogas?
- ▶ ¿Qué aspectos hay que tener en cuenta en el uso de los materiales educativos?
- ▶ ¿Cuáles son los materiales más indicados para la prevención de la violencia familiar asociada consumo de drogas?

2.1.2. TALLERES DE PREVENCIÓN

OBJETIVO:



Aplicar los tipos de materiales a situaciones problemáticas

TALLER 1 VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL

Objetivo General

Los y las participantes identifican las diferentes expresiones de violencia en la familia y toman una actitud crítica frente a ello.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

1. *Dinámica de animación: “Las cuatro estaciones”*

Objetivo: Integrar a los y las participantes.

Tiempo: 15 minutos.

Procedimiento:

- ▶ Invitar a los y las participantes a ubicarse en el centro del salón y caminar libremente, sin formar grupos, ni parejas.
- ▶ Dar la siguiente consigna: “Ustedes se van a agrupar de acuerdo a la estación del año en que hayan nacido; por ejemplo, quienes cumplen años en los meses de abril, mayo y junio, corresponden a la estación otoño, quienes cumplen años en los meses de julio, agosto y septiembre, corresponden a la estación de invierno”
- ▶ Pedir una vez, formados los grupos de las cuatro estaciones, que elaboren un pequeño estribillo que promueva la estación que les ha tocado.
- ▶ Preguntar cómo se han sentido y reforzar la idea que jugar y recrearse libera tensiones y ayuda a relacionarse mejor.

2. *Identificando la violencia*

Objetivo: Detectar las forma de violencia que se presentan en las familias.

Tiempo: 30 minutos.

Materiales: papel bulky, papelotes, plumones gruesos, maskintape.

Procedimiento:

- ▶ Manteniendo los cuatro grupos de la dinámica anterior, indicar a los y las participantes que tienen 15 minutos para presentar aspectos basados en sus tradiciones y/o creencias que promuevan, sustenten o justifiquen la violencia familiar: Cada grupo presentará una determinada estrategia comunicacional:

Grupo 1: Una historia.

Grupo 2: Un cuento.

Grupo 3: Una tradición

Grupo 4: Una costumbre.

- ▶ Finalizado el tiempo, cada grupo presenta lo trabajado. Se promueve el diálogo en base a las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se expresa la violencia en la familia?
- ¿Qué situaciones de violencia son más frecuentes?
- ¿Quiénes se ven más afectados ante las situaciones de violencia familiar?, ¿por qué?

Ideas Básicas:

Violencia significa hacer uso de la fuerza para imponerse sobre los demás o para ejercer el poder, es doblegar la voluntad del otro, sin tomar en cuenta sus deseos y opiniones.

La violencia familiar se da cuando una persona insulta, ofende o golpea a algún miembro de su propia familia, produciéndoles daño físico y emocional.

La violencia, como un sistema particular de relaciones en la familia, se sustenta en ciertas tradiciones arraigadas en algunas culturas y en normas sociales que legitiman la imposición de los hombres sobre las mujeres y de adultos, de ambos sexos, sobre jóvenes, niños y niñas.

Así, la violencia familiar se refiere a todas las formas de abuso que se dan en las relaciones entre los miembros de una familia, sea a nivel de pareja, de padres a hijos, entre hermanos o hacia los ancianos.

Respecto a la violencia sexual, para muchas mujeres ésta comienza en la infancia y adolescencia y puede darse en muchos contextos incluyendo el hogar, la escuela y la comunidad.

La violencia sexual tiene consecuencias significativas para la salud, incluyendo el suicidio, el síndrome de estrés postraumático, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, lesiones auto infringidas y, en el caso del abuso sexual de menores, adopción de conductas de alto riesgo como tener múltiples parejas sexuales y consumir drogas.

En el Perú se producen aproximadamente 54 violaciones diarias y más de dos mujeres son violadas cada hora.

Gran parte de los casos de violencia sexual son cometidos por los familiares más cercanos, especialmente padres, hermanos, tío o padrastro.

3. Cierre: “promoviendo la armonía familiar”

Objetivo: Reforzar la armonía y acercamiento entre los miembros de la familia

Tiempo: 15 minutos.

Procedimiento:

- ▶ Formar grupos de tres personas.
- ▶ Indicar que tiene cinco minutos para plantear una acción práctica y concreta, que se pueda realizar con toda la familia, y que haga sentir bien a sus integrantes.
- ▶ Cada grupo presenta su propuesta.

4. Sugerencias para aplicar en el hogar

Propiciar un momento de reunión familiar y, en un ambiente cálido y agradable para todos, conversar sobre ciertos hechos que producen malestar en la familia, porque suelen llevar a situaciones de violencia en el trato diario. Por ejemplo, discusiones entre esposos o de padres a hijos, gritos, reacciones acaloradas, etc.

Proponer, en conjunto alternativas para evitar la violencia y resolver los conflictos sin hacer daño a los demás.

TALLER 2

“IDENTIFICANDO LOS DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA”

Objetivo:

Identificar los diferentes tipos de violencia de familia o de pareja que existen.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

1. *Actividad Motivadora*

Tiempo: 5 minutos

Recursos: Pregunta

Descripción: Pregunta motivadora: ¿Cuántos tipos de violencia de familia y de pareja conocen? ¿Qué deberíamos hacer para enfrentar estos tipos de violencia?

2. *Presentación*

Tiempo: 10 minutos

Recursos: Plumones gruesos, pizarra

Descripción: Se realiza la técnica “lluvia de ideas” para saber si conocen los diferentes tipos de violencia. Una de las formas de identificación de las formas de violencia puede ser con imágenes o historias de vida de violencia.

3. *Desarrollo*

Tiempo: 30 minutos

Recursos: Papelógrafos, plumones gruesos, plumones delgados, cartulina, historia de vida

Descripción:

- ▶ Conformar dinámicamente los grupos de trabajo (4 a 6 integrantes) y trabajan durante 30 minutos. Se indica que cada uno de los grupos se encarguen de describir con alguna historia: Una historia, un cuento, una tradición, una costumbre
- ▶ Los grupos deben describir los diferentes tipos de violencia que conocen en sus barrios o comunidades a través de las historias encargadas.
- ▶ Los grupos exponen sus trabajos al estilo de feria de contenidos y se promueve el debate en base a las siguientes preguntas:
- ▶ ¿Cómo se expresa la violencia en la familia o en la pareja?
- ▶ ¿Qué situaciones de violencia en la familia o en la pareja son más frecuentes?
- ▶ ¿Quiénes se ven más afectados ante las situaciones de violencia familiar y de pareja?, ¿por qué?
- ▶ Los participantes presentan sus estrategias de cómo trabajar las diferentes formas de violencia.
- ▶ El/la promotor/a reflexiona acerca de la importancia de identificar apropiadamente las diferentes formas de violencia familiar y de pareja

4. *Cierre*

Tiempo: 10 minutos

Descripción: Los participantes analizan y reflexionan sobre las mejores estrategias para prevenir las diferentes formas de violencia familiar, de género y de pareja

5. *Evaluación*

Tiempo: 05 minutos

Recursos: Hoja de evaluación

Descripción: Evaluación mediante la hoja de evaluación

HISTORIAS DE VIDA 1

“Desde el principio fue rara mi relación, yo tenía sólo 15 años y estaba muy enamorada, no me di cuenta del control que le di sobre mi vida, ya no era libre, no era yo. Al principio, y al final era igual, en verdad era feliz con él, sin embargo, le llegué a tener mucho miedos, hasta en la universidad, no podía verme con mis amigos, porque se alteraba y yo dejé de hacer muchas cosas que quería hacer para no tener problemas con él. Los episodios de violencia física siempre estuvieron y eran los peores, pero no me daba cuenta de la violencia psicológica, los insultos, las humillaciones y el dolor de ver cómo arrojaba mis cosas a la calle.

Me intimidaba mucho, yo empecé a hacer muchas cosas para desquitarme, le era infiel y lo insultaba. Él me pegaba delante de la gente aunque no muy feo, pero lo hacía de alguna manera. Me hizo llorar un día porque me lastimó al tener relaciones. Siempre se disculpaba y yo me sentía confundida porque estaba humillada y a la vez no quería perderlo.

HISTORIA DE VIDA 2

Siempre ha sido así, me cuesta mucho trabajo, él es mi marido pero no me respeta, me insulta y sé que anda con otras mujeres aún ahora.

Desde siempre ha tomado mucho y se pone muy agresivo, me pegaba a mí y a mis hijos por nada y me obligaba a estar con él mientras me decía que venía de estar con otra mujer. No sé qué puedo hacer, son muchos años.

HISTORIA DE VIDA 3

Estoy aquí porque mi esposo me golpeó otra vez por llegar borracho anoche, llegó borracho tarde y empecé a discutir con él por la hora y el estado en que llegó y él estaba alterado como siempre, empezó a gritar y me tomó del cuello hasta llevarme a la pared, porque todo empezó porque le dije que su padre me había visto mientras me cambiaba.

Cuando me apretaba me decía que no volviera a inventar cosas de su familia y me aventó al piso, me gritó un par de groserías, me levantó y me cacheteó y me prohibió hablar de su familia.

Sólo se dio la vuelta y se fue a dormir, lo que más me molesta es que nunca se acuerda o eso parece porque no habla de eso. Siempre ha sido así, cuando bebe y yo no puedo decirle nada porque no lo va a entender, sólo sé que debo desahogarme ya que antes no lo hacía.

HISTORIA DE VIDA 4

Mi esposo es alcohólico, no he sufrido violencia física, pero sí psicológica en sus estados de alcoholismo y esos estados son frecuentes, necesito su apoyo.

AUTOEVALUACIÓN:



- ▶ ¿Qué he aprendido acerca de la actividad de identificar las diferentes formas de violencia familiar, de género y de pareja?
- ▶ ¿Qué estrategias aspectos hay que tener en cuenta para enfrentar apropiadamente las diferentes formas de violencia?
- ▶ ¿Cuál es la importancia de elaborar estrategias de prevención de la violencia?

TALLER 3 “RECONOCIENDO MIS EMOCIONES”

Objetivo:

Reconocer las emociones de cólera e ira en el momento que se inician y la forma cómo evoluciona hasta expresarse en conducta de agresión psicológica y física.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

1. *Actividad Motivadora*

Tiempo: 5 minutos

Recursos: Preguntas

Se plantea la siguiente pregunta motivadora:

¿Sabemos reconocer cuando nuestras emociones cuando nos estamos alterando, cuando comienza a aumentar nuestra cólera e ira?

2. *Presentación*

Tiempo: 10 minutos

Recursos: Plumones gruesos de diferentes colores, Pizarra

Descripción:

- ▶ Se realiza la técnica “lluvia de ideas” para conocer la opinión e información que se tiene acerca de si sabemos reconocer nuestras emociones en estado de cólera.
- ▶ Se solicita que los participantes refieran algún hecho anecdótico de mucha cólera que permita saber cómo sucedieron los hechos y de qué manera afectaron la sensibilidad de las personas.

3. *Presentación*

Tiempo: 10 minutos

Recursos: Papelógrafos, Plumones gruesos Plumones delgados, Cartulina, Hoja de trabajo

Descripción:

- ▶ Conformar dinámicamente los grupos de trabajo (4 a 6 integrantes).
- ▶ Los grupos describen las emociones más fuertes, aquellas que alteran significativamente a las personas.
- ▶ Los grupos trabajan durante 40 minutos acerca de reconocimiento de las emociones básicas mediante las imágenes de trabajo.
- ▶ Los participantes preparan su exposición de reconocimiento de emociones mediante dramatizaciones y diálogo breves. (Alternativamente se puede emplear un video breve de expresión de emociones). Plantean maneras y procedimientos de cómo evitar la violencia por medio de su control apropiado.
- ▶ Se califica de acuerdo a la cartilla de calificación.
- ▶ El/a promotora/a reflexionará acerca de la importancia de saber detectar en sí mismo así como en otros cuando las emociones de cólera e ira empiezan a aumentar hasta ser incontrolables y motivo de violencia.

4. *Cierre*

Tiempo: 10 minutos

Descripción:

Los participantes en parejas analizan y reflexionan sobre la importancia de detectar las emociones de ira y cólera y su manera de controlarlas y evitar las conductas de agresión.

5. Evaluación

Tiempo: 5 minutos

Recursos: Hoja de Evaluación

Descripción:

Evaluación mediante la hoja de evaluación

Cartilla de calificación de la capacidad de reconocimiento de las emociones

- El reconocimiento de 1 de ellas indica que sabe muy poco sobre cómo reconocer las emociones.
- El reconocimiento de 2 de ellas indica que sabe poco sobre cómo reconocer las emociones.
- El reconocimiento de las emociones de cólera e ira es indicativo de reconocimiento de estas emociones.



AUTOEVALUACIÓN:



- ▶ ¿Qué he aprendido acerca de la actividad de reconocimiento de emociones?
- ▶ ¿Se podría hablar de un momento determinado en que las emociones de cólera e ira son incontrolables?
- ▶ ¿De qué manera, mediante qué procedimientos se podría auto controlar estas emociones?
- ▶ ¿Qué he aprendido acerca de fortalecer los sistemas de apoyo y soporte social en nuestra misma comunidad?

TALLER 4

FACTORES DE RIESGO DE LA VIOLENCIA FAMILIAR/SEXUAL Y DEL ALCOHOLISMO

Objetivo:

Los y las participantes identifican aspectos de su vida familiar o de su entorno social que pueden llevar a conductas violentas o el abuso de alcohol.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

1. *Dinámica de Animación: “Llegó el correo”*

Objetivo: Iniciar la sesión de manera activa

Tiempo: 15 minutos

Procedimiento:

- ▶ Invitar a los y las participantes a formar un círculo.
- ▶ Dar la siguiente consigna: “Cada vez que el/la promotor/a diga: “llegó el correo”, todos deberán preguntar: “para quién”. El/la promotor/a dará la indicación, por ejemplo, “para todos los que llevan zapatos negros”, todos los aludidos deberán cambiarse de asiento, lo más pronto posible.
- ▶ Retirar una de las sillas al momento de iniciarse el cambio de asientos, con lo cual siempre una persona quedará de pie y deberá replicar el ejercicio.
- ▶ Finalizar el juego después de 5 a 10 minutos.

2. *Factores de riesgo asociados a la violencia familiar y sexual*

Objetivo: Los y las participantes reconocen los factores conducentes a la violencia en la familia.

Tiempo: 30 minutos.

Materiales: Papelotes, plumones, papel bulky

Procedimiento:

- ▶ Formar grupos de ocho personas.
- ▶ Indicar que tienen 15 minutos para responder a las siguientes preguntas:
 - ¿Por qué producen situaciones de violencia en la familia?
 - ¿Qué características tienen las sillas en las cuales es más frecuente la violencia?
 - Solicitar que presenten sus respuestas y pedir comentarios

Ideas básicas

La violencia familiar está relacionada a una serie de factores que se entrelazan y que van generando un ambiente cada vez más cargado de tensiones.

Dentro de estos múltiples factores, cabe resaltar dos relacionadas a las diferencias de género, que están en la base de la mayoría de hogares violentos.

3. *Factores de riesgo asociados al alcoholismo*

Objetivo: Los y las participantes identifican factores contundentes al abuso de alcohol

Tiempo: 30 minutos.

Materiales: Papel bond, lapiceros.

Procedimiento:

- ▶ Formar dos grupos, ubicando uno frente al otro.
- ▶ Indicar que tienen cinco minutos para pensar y preparar sus argumentos, un grupo a favor y otro en contra del consumo de alcohol.
- ▶ Iniciar el debate, hasta que los argumentos vayan disminuyendo o se perciba que un grupo se impone al otro.

Ideas Básicas

La adicción a las drogas, entre ellas, al alcohol, tiene un origen multifactorial e involucra una serie de aspectos fisiológicos, psicológicos, genéticos, familiares y ambientales.

4. Cierre: “Propuesta de cambio”

Objetivo: Reforzar las ideas centrales.

Materiales: Papelotes, plumones.

Tiempo: 15 minutos

Procedimiento:

- ▶ Formar grupos de cuatro personas.
- ▶ Pedir que encuentren tres factores de riesgo en común para el alcoholismo y la violencia familiar y sexual.
- ▶ Indicar que una vez identificados los factores, planteen alternativas de prevención respecto a ellos.
- ▶ Presentar los aportes de los grupos.

5. Sugerencias para aplicar en el hogar

Poner en algún lugar visible de la casa una pizarra o pegar un papelote. Cada día los miembros de la familia anotarán aquellas cosas con las que están en desacuerdo.

Fijar un día y hora de la semana, como una fecha establecida, en que la familia se reunirá a conversar sobre esos aspectos y a plantear cambios concretos que permitan mejorar las relaciones intrafamiliares y facilitar el bienestar de todos.

TALLER 5

“MITOS Y CREENCIAS ACERCA DEL CONSUMO DE DROGAS”

Objetivo:

Analizar la verdad o falsedad del consumo de drogas y su relación con la violencia familiar y de pareja.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

1. Actividad Motivadora

Tiempo: 5 minutos

Recursos: Preguntas

Se plantea la siguiente pregunta motivadora:

¿Creen ustedes que todas las afirmaciones en relación a la violencia familiar y el consumo de drogas son verdaderas o muchas de ellas son falsas?

2. Presentación

Tiempo: 10 minutos

Recursos: Papelógrafos, Plumones gruesos de diferentes colores.

Descripción:

- ▶ Se realiza la técnica “lluvia de ideas” para conocer la opinión e información que se tiene respecto a los mitos y creencias de la violencia familiar y el consumo de drogas.
- ▶ Se les solicita que refieran algunas creencias típicas de la sociedad o su comunidad y finalmente se les pide que identifiquen algunos mitos o creencias que existen respecto a la violencia y el consumo de drogas.

3. Presentación

Tiempo: 30 minutos

Recursos: Papelógrafos, Plumones gruesos Plumones delgados, Cartulina, Historia de la Familia Céspedes, Hoja de trabajo

Descripción:

- ▶ Se dividen en grupos a través de la dinámica “Narrando una historia” (se narra cualquier historia y los participantes caminan por el auditorio, cada vez que el facilitador mencione un número estos se agruparán de acuerdo al número referido en la historia).
- ▶ A cada grupo se le entregará una tarjeta con algunas creencias sobre una determinada droga (alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, inhalantes, medicamentos éxtasis). También se le entregará la Lectura seleccionada (Ver anexo), una sustancia por grupo.
- ▶ El grupo analizará, discutirá y fundamentará si las creencias son falsas o verdaderas. Sus conclusiones las anotarán en una hoja.
- ▶ Durante la plenaria se expondrán las creencias en relación a la violencia familiar que como resultado del grupo fueron verdaderas o las que fueron más controvertidas y discutidas. El facilitador consolida y orienta adecuadamente lo trabajado por el grupo.
- ▶ El/la promotor/a reflexionará y complementará la discusión del tema tratado.
- ▶ Finalmente, se les entregará una lectura complementaria donde se detalla la reestructuración de las creencias trabajadas en la sesión a través de bases y fundamentos reales. (ver anexo)

4. Cierre

Tiempo: 15 minutos

Recursos: Hoja de auto aplicación

Descripción:

Los participantes analizan y reflexionan sobre los mitos y creencias trabajadas, para que reconozcan su influencia en el comportamiento de las persona.

5. Evaluación

Tiempo: 5 minutos

Recursos: Hoja de auto aplicación

Descripción: Evaluación mediante la hoja de evaluación.

AUTOEVALUACIÓN:

- ▶ ¿Qué he aprendido acerca de la actividad?
- ▶ ¿Qué he aprendido acerca de las verdades o falsedades acerca de los mitos de la violencia familiar y de las drogas?
- ▶ ¿Qué he aprendido acerca de la influencia de las verdades o falsedades acerca las creencias analizadas en relación a la violencia familiar y el consumo de drogas?

Caso: Familia Céspedes

En la familia Céspedes permanentemente se dan situaciones en las que el Señor Céspedes consume alcohol los fines de semana. El Señor Céspedes dice que el alcohol no hace daño; por el contrario que lo fortalece y que le da buen estado de ánimo, lo hace sentir “fuerte”, además que consume “con su plata” o que el alcohol no es una droga.

El Señor Céspedes toda vez que consume alcohol le dan “los diablos azules”, se transforma y agrede verbalmente y hasta físicamente, especialmente a su esposa, expresa que él es el único que manda en casa que nadie debe interferir en sus decisiones y que es el único dueño de la casa que tienen.

Otro aspecto que llama la atención en su comportamiento es que él expresa que las mujeres deben obedecer a los hombres, siempre deben estar subordinadas a ellos: “nosotros somos los únicos que mandamos en la casa”.

TALLER 6

CÓMO SE JUSTIFICA EL CONSUMO DE ALCOHOL

Objetivo General:

Los y las participantes identifican cómo las comunidades justifican y promueven el consumo del alcohol.

DESARROLLO DE LA SESIÓN:

1. *Dinámica de animación: “La búsqueda del mensaje”*

Objetivo: Iniciar la sesión con entusiasmo.

Tiempo: 15 minutos

Materiales: Tarjetas con frases de los mensajes.

Procedimiento:

- ▶ Distribuir en el salón, en lugares escondidos y dispersos, partes de tres mensajes.
- ▶ Formar tres grupos.
- ▶ Indicar que hay un mensaje para cada grupo, que las partes de cada mensaje están dispersas y la tarea es armarlo.
- ▶ Concluir la dinámica cuando cada grupo tenga un mensaje completo, el cual debe ser leído y comentado por todos.

2. *Identificando cómo se justifica o promueve el consumo de alcohol*

Objetivo: Los y las participantes identifican las formas en que la comunidad promueve y/o justifica el abuso de alcohol.

Tiempo: 30 minutos.

Procedimiento:

- ▶ Mantener los tres grupos de la dinámica anterior.
- ▶ Indicar que cada grupo debe preparar e interpretar una canción de su folklore que incentive o justifique el consumo de alcohol.
- ▶ Analizar con los y las participantes, después de cada presentación, los contenidos de las canciones y su relación con la realidad.

3. *Ideas Básicas:*

Tomar en cuenta cómo la comunidad promueve el consumo de alcohol en el presente texto.

4. *Sugerencias para aplicar en el hogar*

Organizar una pequeña reunión familiar con una comida especial, con música suave y conversar sobre las formas o estilos que la familia tiene para divertirse, sin necesidad de consumir alcohol. Hacer una lista y comprometerse a poner en práctica lo sugerido, extendiéndolo a los amigos y a otros familiares.

ANEXO

Dinámica “La búsqueda del mensaje”

Mensaje 1

Tu salud es lo más importante
De ti depende conservarla.
Si consumes alcohol,
La estás poniendo en riesgo

Mensaje 2

¿Es el alcohol el alma de la fiesta?

Si es así, ¿por qué muchos lloran... discuten o pelean?

¡Tú eres el alma de la fiesta!

Mensaje 3

Nuestros hijos necesitan

Amor y dedicación

Cumplamos esta tarea

Con alegría y convicción.

TALLER 7

MITOS Y CREENCIAS SOBRE EL ABUSO DE ALCOHOL Y LA VIOLENCIA FAMILIAR

Objetivo General:

Los y las participantes asumen una actitud crítica con relación a falsas creencias y patrones de comportamiento que pretenden dar justificación al consumo de alcohol, a su abuso, y a la violencia familiar.

DESARROLLO DE LA SESIÓN:

1. *Dinámica de Animación: “El protocolo”*

Objetivo: Iniciar la sesión con buen ánimo.

Tiempo: 15 minutos.

Procedimiento:

- ▶ Formar grupos de cinco personas.
- ▶ Indicar que tienen 10 minutos para que piensen en un saludo original y diferente, el cual deberán representar a sus compañeros.
- ▶ Concluido el tiempo cada grupo presenta su saludo.

2. *Mitos sobre el alcohol*

Objetivo: Contrastar y revelar juicios engañosos y falsas ideas arraigados en la población respecto al alcohol y al consumo de bebidas alcohólicas.

Tiempo: 30 minutos.

Materiales: Papelotes, plumones, papel bulky

Procedimiento:

- ▶ Formar grupos de cinco personas.
- ▶ Entregar a cada grupo una tarjeta con dos preguntas del anexo 1 e indicar que tienen 10 minutos para responderlas.
- ▶ Terminado el tiempo presentar sus conclusiones.

Ideas Básicas:

Los mitos son ideas falsas que se toman como auténticas porque explican situaciones que se viven y que generalmente se aceptan sin tomar en consideración su real significado. Se aprenden en la familia y en la comunidad y, en base a ellos, se actúa y se relaciona con los demás.

La llamada “cultura alcohólica” es parte del mito sobre el alcohol, en ella se mezclan creencias, prácticas y costumbres que pretenden avalar el consumo y el abuso de estas sustancias.

Es necesario brindar información precisa sobre el alcohol, ya que se transmiten ideas distorsionadas que suelen ocultar los graves riesgos que conllevan la falta de moderación en su consumo.

Algunos mitos en relación al alcohol:

1. El alcohol da energía
2. El alcohol ayuda a olvidar las penas.
3. El alcohol estimula sexualmente.
4. El alcohol no es una droga.
5. El alcohol es un estimulante.
6. El alcohol alimenta.
7. Las personas que “aguantan mucho” corren menos riesgo de llegar al alcoholismo.
8. El café le devuelve la sobriedad al embriagado.
9. Un baño de agua fría hace pasar la borrachera.
10. Las personas que sólo beben cerveza no pueden llegar a ser alcohólico.

11. El alcohol daña por igual a los hombres y a las mujeres.
12. El alcohol hace que las personas tímidas se vuelvan más extrovertidas y sociables.
13. El alcohol da poder.

3. Mitos sobre la violencia familiar

Objetivo: Revelar la inconsistencia de las creencias comunes que pretenden justificar o presentar como algo natural y aceptable, situaciones de maltrato y violencia familiar.

Tiempo: 30 minutos.

Materiales: Papelotes, plumones, papel bulky

Procedimiento:

- ▶ Solicitar a los y las participantes que nombren algunas frases de la vida familiar cotidiana, que expresen agresión o maltrato (Modelos de frases Anexo 2).
- ▶ Escribirlas en un papelote y luego seleccionar las más destacadas.
- ▶ Formar grupos de 5 o 6 integrantes.
- ▶ Entregar a cada grupo una de las frases recogidas y solicitarles que, a partir de esta frase, elaboren una historia para ser representada.
- ▶ Después de 10 minutos solicitar a los grupos que representen su historia.
- ▶ Una vez representada cada historia, inducir al debate a través de las siguientes preguntas:
 - ¿Ocurren situaciones como las que se han presentado?
 - ¿Qué sintieron al ver el acto: con quién se identificaron, qué o a quién rechazaron?
 - ¿Qué harían en una situación parecida a la descrita?

Ideas Básicas:

Existen muchos mitos populares y prejuicios sobre la violencia familiar, ellos son producto de una falta de conocimiento sobre este tema.

Estos mitos ofrecen una explicación simple de un fenómeno muy complejo y tienen la función de reducir el miedo de las personas a convertirse en víctimas de la violencia, al suponer que los abusos sólo ocurren a cierto tipo de personas y bajo ciertas circunstancias. Muchas víctimas de la violencia también se convierten en víctimas de los mitos, lo cual las conduce a sentirse incapaces de pedir ayuda, y por ello dificultan su capacidad de buscar formas de salir del entorno violento.

Algunos mitos en relación a la violencia familiar:

1. El problema de la violencia familiar se magnifica.
2. Hombres y mujeres han peleado siempre, es algo natural.
3. El maltrato generalmente se produce una sola vez. Debería ser un asunto familiar privado, no un crimen.
4. Las mujeres que son maltratadas se lo buscan, les gusta se lo merecen.
5. Violencia y amor no coexisten en la familia.
6. La violencia es el fruto de una enfermedad mental.
7. La violencia familiar es propia de los pobres o familias de estratos bajos.
8. Los hombres son los únicos que abusan de los niños y las mujeres.
9. El abuso y las violaciones ocurren en lugares peligrosos y oscuros, y el atacante es un desconocido.
10. No existe la violación conyugal.
11. El maltrato emocional no es tan graves como la violencia física.
12. Los niños/as no se dan cuenta de que su madre es golpeada, por lo cual no son afectados/as.
13. La conducta violenta es algo innato, que pertenece a la “esencia” del ser humano.
14. Los violentos no cambian.

4. Cierre: “Los Eslogan”

Objetivo: Reforzar las verdades acerca del consumo de alcohol y la VF

Tiempo: 15 minutos.

Procedimiento:

- ▶ Formar grupos de seis a ocho personas.
- ▶ Indicar que cada grupo deberá crear dos frases o eslogan contra el consumo de alcohol y la violencia familiar.
- ▶ Después de 10 minutos solicitar a cada grupo que repita sus frases en voz alta.
- ▶ Solicitar aplausos después de cada intervención.

5. Poniendo en práctica lo aprendido:

Explicar a la familia lo conversado en la sesión y durante la semana propiciar momento de unión familiar que permitan la comunicación y reflexión en grupo. En ello pueden considerarse preguntas como:

- ▶ ¿Qué ventajas y desventajas encuentran en el hábito de beber alcohol?
- ▶ ¿Qué problemas podrían estar enfrentando debido a la falta de control en la bebida por parte de uno de los miembros de la familia?
- ▶ ¿Cómo pueden comprometerse y poner cada uno de su parte para solucionar los problemas familiares, sin llegar a situaciones de violencia familiar?

Traer por escrito o hacer un dibujo describiendo las situaciones presentadas y/o las alternativas sugeridas.

ANEXO 1

- ▶ ¿En qué situaciones o fechas se ofrece y se consume alcohol?
- ▶ ¿Qué significado tiene para ustedes, para su familia, para las personas de su comunidad, brindar y beber licor?
- ▶ ¿Qué ocurre cuando las personas beben mucho?
- ▶ ¿Beber alcohol ayuda a relacionarse mejor?
- ▶ ¿Las personas que consumen alcohol tienen más poder?
- ▶ ¿El alcohol ayuda a olvidar los problemas?
- ▶ ¿Beber alcohol alimenta?

ANEXO 2

Ejemplos de frases cotidianas referidas a la violencia familiar:

- ▶ “El del dinero soy yo y te callas”
- ▶ “Como soy muy macho, tengo derecho a decir y hacer lo que quiero”
- ▶ “Es la última vez que lo tolero, porque la próxima no respondo de mí”
- ▶ “La única manera como tú entiendas es a golpes.
- ▶ “Un empujoncito no es nada”
- ▶ “Bruta”, “Si no puedo tener hijos contigo me busco otra que sí pueda dármelos”
- ▶ “Para eso te casaste conmigo y hoy yo quiero hacerlo y punto”
- ▶ “Con estos 50 soles te debe alcanzar para toda la quincena”
- ▶ “Tú no sales de esta casa hasta que yo lo diga y con quien a mí me parezca”.
- ▶ “Así no se hace eso”
- ▶ “Eres muy lenta”
- ▶ “Cállate, no seas tarada”

ANEXO 3

Rotafolio: “Violencia familiar asociada al consumo de alcohol y otras drogas”

La comunidad unidad para PREVENIR la Violencia familiar asociada al consumo de alcohol y otras drogas MIMP /PNCVFS – DEVIDA

- ▶ Se sugiere su uso con grupos pequeños o personas analfabetas.

TALLER 8

“ANALIZANDO LAS EXPECTATIVAS”

Objetivo:

Tener conocimiento de las expectativas de los participantes a los talleres para contribuir a satisfacerlas y hacer que el mismo sea participativo.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

1. *Actividad Motivadora*

Tiempo: 5 minutos

Recursos: Preguntas

Se plantea la siguiente pregunta motivadora:

¿Creen ustedes que todos nosotros conocemos lo que queremos de los talleres o sesiones de prevención de la violencia familia en relación al consumo de drogas?

2. *Presentación*

Tiempo: 10 minutos

Recursos: Papelógrafos, Plumones gruesos de diferentes colores

Descripción:

- ▶ Se realiza la técnica “lluvia de ideas” para conocer la opinión e información que se tiene respecto a los mitos y creencias.
- ▶ Se plantea que los participantes respondan mediante papeles a las siguientes preguntas:
- ▶ ¿Qué esperan ustedes que sucedan en este taller?
- ▶ ¿Qué no les gustaría que pase en este taller?

3. *Desarrollo*

Tiempo: 30 minutos

Recursos: Papelógrafos, Plumones gruesos, plumones delgados, cartulina, hoja de trabajo.

Descripción:

- ▶ Se dividen en grupos de una manera dinámica
- ▶ A cada persona de cada grupo se le entrega media hoja de papel para que escriban sus respuestas una tarjeta con algunas creencias sobre una determinada
- ▶ Después de cinco minutos recoge las respuestas y las coloca a la vista de las y los participantes
- ▶ Se comparan las expectativas con los objetivos del taller. Las conclusiones se anotarán en una hoja o en la pizarra.
- ▶ El facilitador consolida y orienta adecuadamente lo trabajado por el grupo y el facilitador solicita al grupo que sugiera cinco comportamientos que pueden ayudar a todas y todos los participantes a sentirse más en confianza y con libertad en las sesiones. Se les anima a comprometerse en su cumplimiento
- ▶ El/la promotor/a reflexionará y complementará la discusión del tema tratado.

Cierre

Tiempo: 15 minutos

Descripción:

Los participantes analizan y reflexionan sobre el significado de las expectativas en el marco de las sesiones a realizar a partir de este momento.

AUTOEVALUACIÓN:



- ▶ ¿Qué he aprendido acerca de la actividad?
- ▶ ¿Qué he aprendido acerca de la importancia de las expectativas para el desarrollo de las sesiones de prevención de la violencia familiar en relación al consumo de drogas?
- ▶ ¿Qué he aprendido acerca de las expectativas que podrían favorecer y las que se podrían oponer al desarrollo de las sesiones de la prevención de la violencia familiar en relación al consumo de drogas?

TALLER 9

“DETECTANDO LAS ZONAS DE RIESGO PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y DE PAREJA EN MI COMUNIDAD”

Objetivo:

Detectar las zonas de mayor riesgo de violencia familiar y de pareja en mi comunidad y fortaleciendo el apoyo social.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

1. *Actividad Motivadora*

Tiempo: 5 minutos

Recursos: Pregunta

Descripción:

Pregunta motivadora: ¿Conocemos qué mujeres o familias están en riesgo de violencia familiar y de pareja y si conocemos los mecanismos de cómo denunciar y comunicar a las autoridades estos hechos?

2. *Presentación*

Tiempo: 10 minutos

Recursos: Plumones gruesos, pizarra

Descripción:

- ▶ Se realiza la técnica “lluvia de ideas” para conocer la opinión e información que se tiene respecto a la importancia de detectar e informar a las autoridades que determinadas familias y mujeres u hombres están en riesgo de violencia en relación al consumo de sustancias psicoactivas.
- ▶ Se solicita que los participantes refieran si conocen que algunos de estos casos en su comunidad o sociedad.

3. *Desarrollo*

Tiempo: 40 minutos

Recursos: Papelógrafos, Plumones gruesos, Plumones delgados, Cartulina, Hoja de trabajo

Descripción:

- ▶ Conformar dinámicamente los grupos de trabajo (4 a 6 integrantes).
- ▶ Los grupos deben describir e informar los casos que conocieran sobre riesgo de violencia familiar y de pareja en relación al consumo de sustancias psicoactivas.
- ▶ Los grupos trabajan durante 40 minutos acerca de la ubicación, la cantidad de casos y la dimensión y nivel del riesgo de violencia y análisis de los mecanismos de su informe a las autoridades del caso o a los sistemas de soporte y apoyo social en la comunidad.
- ▶ Preparan su exposición gráfica o esquemática, precisando el procedimiento de la comunicación a las autoridades.
- ▶ Se califica de acuerdo a la ficha anexa (Hoja de calificación)
- ▶ El/la promotor/a reflexionará acerca de la importancia de detectar las zonas de riesgo de violencia y el consumo de drogas, así como fortalecer los sistemas de apoyo social.

4. *Cierre*

Tiempo: 10 minutos

Descripción:

Los participantes analizan y reflexionan sobre la importancia de detectar las zonas de

riesgo de violencia familiar y de pareja en la comunidad, así como fortalecer los sistemas de apoyo social.

5. Cierre

Tiempo: 10 minutos

Recursos: Hoja de Evaluación

Descripción: Evaluación mediante la hoja de evaluación.

Cartilla de calificación del riesgo (Adaptado de: Malgesini, 2007)

1. Acceso limitado a recursos para el desempeño social-familiar saludable y enriquecedoramente.
2. Pobreza de ingresos.
3. Inestabilidad e Inseguridad del sustento diario.
4. Desprotección e Indefensión personal como mujer o como familia.
5. Capacidades físicas disminuidas.
6. Falta de cultura y nivel bajo de instrucción aceptable.
7. Falta de protección por el Estado, la Iglesia o los gobiernos locales.
8. Debilidad o inexistencia de redes de apoyo social.
9. Dificultad para ejecutar estrategias de afrontamiento.
10. Autoestima baja.
11. Autoconcepto social pobre.
12. Débil interrelación interpersonal y habilidades sociales.

Sistema de referencia para la calificación del riesgo.

- 4 de ellas indica riesgo bajo, pero hay que analizar el valor cualitativo de cada una de ellas.
- 8 de ellas indican medio-alto riesgo
- Más de 8 de ellas indican alto riesgo y hay que iniciar el contacto con las autoridades de la comunidad, de los CEMs, del MINSA, DE VIDA, la PNP o del Ministerio Público.

AUTOEVALUACIÓN:



- ▶ ¿Qué he aprendido acerca de la actividad?
- ▶ ¿Qué he aprendido acerca de la metodología de detección y focalización de las zonas de riesgo de violencia familiar y sexual?
- ▶ ¿Qué he aprendido acerca de comunicar las zonas de riesgo de violencia y el consumo de sustancias psicoactivas?
- ▶ ¿Qué he aprendido acerca de fortalecer los sistemas de apoyo y soporte social en nuestra misma comunidad?

TALLER 10

“EL BAILE DE LAS DANZAS PARA LA PREVENCIÓN”

Objetivo:

Mostrar la cultura de nuestros pueblos e interrelacionarnos de manera saludable

DESARROLLO DE LA SESIÓN

1. Actividad Motivadora

Tiempo: 5 minutos

Recursos: Pregunta

Descripción:

Pregunta Motivadora: ¿Conocemos el lado pacífico y la armonía de nuestras culturas?

2. Actividad Motivadora

Tiempo: 10 minutos

Recursos: Plumones gruesos de diferentes colores, Pizarra

Descripción:

- ▶ Se realiza la técnica “lluvia de ideas” para conocer la opinión e información que se tiene respecto a la importancia de la cultura para la prevención de la violencia y el consumo de sustancias.
- ▶ Se les solicita que refieran si conocen culturas que promuevan comportamiento positivos y saludables en sus lugares de nacimiento respecto al consumo de drogas.

3. Desarrollo

Tiempo: 30 minutos

Recursos: Papelógrafos, Plumones gruesos, Plumones delgados, Cartulina, Hoja de trabajo

Descripción:

- ▶ Conformar dinámicamente los grupos de trabajo (4 a 6 integrantes). Se indica que los grupos podrían recibir un premio a la representación de mejor belleza, colorido, contenido y la que más promueva las buenas costumbres y el menor uso de alcohol y que no haya violencia entre las personas, ni denigre la imagen de las mujeres y en general de las personas.
- ▶ Se conformará un jurado para la calificación de la representación más saludable y positiva. Se deja claro que la exposición o representación que no promueva comportamientos positivos tendrá menos puntos.
- ▶ Debatir el lado positivo y saludable de nuestras danzas, bailes o costumbres.
- ▶ Los grupos deben seleccionar la costumbre, la danza o baile que promueva las relaciones entre las comunidades de manera positiva y saludable.
- ▶ Los grupos debaten durante 50 minutos las características de sus costumbres, bailes o danzas, y su representación.
- ▶ Preparan su exposición, la cual puede ser en forma expositiva y mejor si es dramatizada.
- ▶ Se califica de acuerdo a la ficha anexa (Cartilla de calificación).
- ▶ El/la promotor/a reflexionará y complementará los contenidos de la prevención de la violencia y el consumo de drogas.
Finalmente, se les entregará una lectura complementaria donde se detalla la reestructuración de las creencias trabajadas en la sesión a través de bases y fundamentos reales.

4. Cierre

Tiempo 15 minutos

Descripción:

Los participantes analizan y reflexionan sobre los mitos y creencias trabajados, para que reconozcan su influencia en el comportamiento de las persona

5. Evaluación

Tiempo: 5 minutos.

Recursos: Hoja de Evaluación.

Descripción: Evaluación mediante la hoja de evaluación.

AUTOEVALUACIÓN:



- ▶ ¿Qué he aprendido acerca de la actividad?
- ▶ ¿Qué he aprendido acerca del respeto a las culturas?
- ▶ ¿Qué he aprendido acerca del lado positivo de nuestras culturas y la prevención de la violencia y el consumo de sustancias psicoactivas?

Cartilla de calificación

Contenido:

- a) Presenta por lo menos 5 características positivas y saludables (5 puntos).
- b) Presenta por lo menos 4 características positivas y saludables (4 puntos).
- c) Presenta por lo menos 3 características positivas y saludables (3 puntos).
- d) Presenta por lo menos 2 características positivas y saludables (2 puntos).
- e) Presenta 1 característica positiva y saludable (1 punto).

Dramatización

- a) Representa y destaca por lo menos 5 características positivas y saludables (5 puntos).
- b) Representa y destaca por lo menos 4 características positivas y saludables (4 puntos).
- c) Representa y destaca por lo menos 3 características positivas y saludables (3 puntos).
- d) Representa y destaca por lo menos 2 características positivas y saludables (2 puntos).
- e) Representa y destaca 1 característica positiva y saludable (1 punto).

Valores:

- a) Se visualiza por lo menos 5 valores de respeto y aceptación de las culturas (5 puntos).
- b) Se visualiza por lo menos 4 valores de respeto y aceptación de las culturas (4 puntos).
- c) Se visualiza por lo menos 3 valores de respeto y aceptación de las culturas (3 puntos).
- d) Se visualiza por lo menos 2 valores de respeto y aceptación de las culturas (2 puntos).
- e) Se visualiza por lo menos 1 valor de respeto y aceptación de las culturas (1 punto).

TALLER 11

“CULTURA Y COSTUMBRES PARA PREVENIR LA VIOLENCIA FAMILIAR Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS DENTRO DE MI COMUNIDAD DE ORIGEN”

Objetivo:

Mostrar las experiencias de aprendizaje de la prevención de la violencia y la cultura dentro de mi comunidad de origen

DESARROLLO DE LA SESIÓN

1. *Actividad Motivadora*

Tiempo: 5 minutos

Recursos: Pregunta

Descripción:

Pregunta motivadora: ¿Conocemos alguna experiencia dentro de mi comunidad de origen para prevenir la violencia y el consumo de sustancias dentro de mi comunidad de origen?

2. *Presentación:*

Tiempo: 10 minutos

Recursos: Plumones gruesos, Pizarra

Descripción:

- ▶ Se realiza la técnica “lluvia de ideas” para conocer la opinión e información que se tiene respecto a la importancia de la cultura de origen para la prevención de la violencia y el consumo de sustancias.
- ▶ Se les solicita que refieran si conocen culturas que promuevan comportamientos positivos y saludables en sus lugares de nacimiento respecto al consumo de drogas.

3. *Desarrollo:*

Tiempo: 30 minutos

Recursos: Papelógrafos, Plumones gruesos, Plumones delgados, Cartulina, Hoja de Trabajo

Descripción:

- ▶ Conformar dinámicamente los grupos de trabajo (4 a 6 integrantes). Se indica que los grupos recibirán un premio a la historia de mejor contenido y la que más promueva las buenas costumbres y el menor uso de alcohol y que no haya violencia entre las personas, ni denigre la imagen de las mujeres y en general de las personas.
- ▶ Se conformará un jurado para la calificación de la representación más saludable y positiva. Se deja claro que la exposición o representación que no promueva comportamientos positivos tendrá menos puntos.
- ▶ Debatir el lado positivo y saludable de la historia contada.
- ▶ Los grupos deben seleccionar la costumbre, que promueva las relaciones entre las comunidades de manera positiva y saludable.
- ▶ Los grupos debaten durante 30 minutos las características de sus costumbres y su representación.
- ▶ Preparan su exposición, la cual puede ser en forma expositiva y mejor si es dramatizada.
- ▶ Se califica de acuerdo a la ficha anexa (Cartilla de calificación).
- ▶ El/la promotor/a reflexionará y complementará los contenidos de la prevención de la violencia y el consumo de drogas.

4. *Cierre:*

Tiempo: 15 minutos

Recursos: Papelógrafos, Plumones gruesos, Plumones delgados, Cartulina, Hoja de Trabajo

Descripción:

Los participantes analizan y reflexionan sobre los mitos y creencias trabajados, para que reconozcan su influencia en el comportamiento de las persona.

5. Evaluación:

Tiempo: 5 minutos.

Recursos: Hoja de Evaluación.

Descripción: Evaluación mediante la hoja de evaluación.

AUTOEVALUACIÓN:



- ▶ ¿Qué he aprendido acerca de la actividad?
- ▶ ¿Qué he aprendido acerca del respeto a las culturas?
- ▶ ¿Qué he aprendido acerca del lado positivo de nuestras culturas y la prevención de la violencia y el consumo de sustancias psicoactivas?

TALLER 12

“CÓMO EDUCAR LA ASERTIVIDAD”

Objetivos

Favorecer una actitud positiva de los padres hacia sus hijos/as que mejore la asertividad de los mismos.

Reflexionar sobre cómo facilitar el desarrollo de la asertividad de los hijos.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

1. *Actividad Motivadora*

Tiempo: 5 minutos

Recursos: Pregunta

Descripción: Pregunta motivadora: ¿conocen ustedes lo que es la asertividad? ¿Qué tipo de comunicación existen? ¿Qué tipo de comunicación es la más adecuada?

2. *Presentación*

Tiempo: 10 minutos

Recursos: Plumones gruesos, pizarra

Descripción: Se realiza la técnica “lluvia de ideas” para recoger saberes previos sobre la asertividad y tipos de comunicación (pasiva, agresiva y asertiva).

3. *Desarrollo*

Tiempo: 30 minutos

Recursos: Un juego de hojas para cada participante que incluya “Cómo educar la asertividad”.

“Técnicas básicas de asertividad para discusiones” y “Ejemplo de cómo enseñar a hacer frente a las críticas de manera asertiva usando el banco de niebla y la aserción negativa”.

4. *Descripción*

▶ Se explican distintas formas indirectas y directas de enseñar la asertividad. (Hoja: Cómo educar en asertividad)

▶ Se realizan ensayos conductuales por parejas de algunas técnicas de asertividad (disco rayado, banco de niebla, aplazamiento asertivo, técnica para procesar el cambio, técnica de ignorar, acuerdo asertivo y pregunta asertiva).

5. *Cierre*

Tiempo: 10 minutos

Recursos:

Descripción: El/la facilitador/a finaliza haciendo referencia de la importancia de actuar con asertividad.

6. *Evaluación*

Tiempo: 05 minutos

Recursos: Hoja de evaluación

Descripción: Evaluación mediante la hoja de evaluación

HOJA: CÓMO EDUCAR LA ASERTIVIDAD

1. Formas indirectas de enseñar asertividad:

- ▶ Hacerle consciente de sus derechos asertivos.
- ▶ Ayudarle a detectar sus ideas irracionales, a cuestionarlas y a sustituirlas por alternativas positivas.
- ▶ Reforzar sus conductas asertivas y sus capacidades.
- ▶ Ignorar sistemáticamente toda expresión de no asertividad o agresividad.
- ▶ Darle la oportunidad de mostrar su capacidad: hacerle partícipe en discusiones y enseñarle mediante refuerzos a conversar correctamente.
- ▶ Cuando veamos que tiende a evitar pequeñas situaciones que puede afrontar, ayudarle a afrontarlas.

2. Formas directas de enseñar asertividad:

- ▶ Describiéndole la conducta errónea, aportándole una razón para el cambio, reconociendo los sentimientos del muchacho, formulándole claramente lo que se espera de él, reforzándole el intento de superación y ayudándole a sentirse bien consigo mismo aun en situaciones de fracaso.
- ▶ Haciendo que se imagine situaciones peligrosas e intente afrontarlas en la imaginación.
- ▶ Role-playing ofreciendo varias alternativas de conducta, para que sea él el que elija cuál estrategia le gusta más y si la técnica elegida le falla, siempre pueda contar con otras alternativas.
- ▶ Compartiendo guiones de actuación paso a paso ante situaciones problema.
- ▶ Conociendo y practicando las técnicas básicas de asertividad: disco rayado, banco de niebla, aplazamiento asertivo, procesamiento del cambio, ignorar, acuerdo asertivo, pregunta asertiva.

Técnicas básicas de asertividad para discusiones

TÉCNICA	DEFINICIÓN	EJEMPLO
Disco rayado	Repetir el propio punto de vista una y otra vez, con tranquilidad, sin entrar en las provocaciones que pueda hacer el otro.	- Te entiendo, pero yo no lo hago. - ... - Te entiendo, pero yo no lo hago.
Claudicación simulada o banco de niebla	Dar la razón al otro en lo que consideremos puede haber de cierto en sus críticas, pero negándonos a entrar en mayores discusiones; así aparentamos ceder el terreno, sin cederlo realmente, pues dejamos claro que no vamos a cambiar de postura.	- Tú tienes la culpa de que... - Sí, es posible que tengas razón. - Claro, como siempre haces... - Pues sí, casi siempre. - Pues estoy harto de que de que por tu culpa sea imposible... - Es verdad, es poco probable.
Aplazamiento asertivo	Aplazar la respuesta que vayamos a dar al otro hasta que nos sintamos más tranquilos y capaces de responder correctamente.	- Por tu egoísmo... - Mira, éste es un tema problemático entre nosotros. Si te parece, lo tratamos en profundidad mañana.

Procesamiento del cambio	No dejarse provocar por incitaciones ante las que uno cree necesario defenderse y desplazar el foco de discusión hacia el análisis de lo que está ocurriendo entre las dos personas.	<ul style="list-style-type: none"> - Por tu culpa... - Mira, estamos muy cansados los dos y estamos empezando a sacar trapos sucios. Quizás, esto no tiene tanta importancia como para hacernos daño mutuamente, ¿no crees?
Ignorar	Cuando nuestro interlocutor está fuera de sí, le expresamos, con un tono de voz amable y comprensivo, que ahora no lo atendemos.	<ul style="list-style-type: none"> - ¡Como siempre, tú tienes la culpa de...! - Me parece que estás muy enfadado, por lo que creo que es mejor hablar de eso más tarde.
Acuerdo asertivo	Reconocemos el error, pero dejamos claro de que una cosa es el error cometido y otra el hecho de ser buena o mala persona.	<ul style="list-style-type: none"> - Tú eres el/la culpable de que... - Tienes razón, pero sabes que habitualmente no lo hago.
Aserción negativa	Dejar de lado el hábito de decir “lo siento” o “perdona” que a fuerza de repetidos no significan nada y utilizar frases del tipo “ha sido una tontería por mi parte”, “no debería haber dicho/hecho”, “tienes toda la razón”	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre te estás olvidando de todo. - Tienes toda la razón, me olvido de muchas cosas.
Auto-revelación	Proporcionar información de lo que uno siente y piensa, empleando mensajes “yo”, “yo siento...”, “pienso que...”	<ul style="list-style-type: none"> - Cómo pudiste hacerme esto. - Me sabe realmente mal haberlo hecho.
Pregunta asertiva	Consiste en solicitar a la otra persona más información acerca de sus argumentos, para así tener claro a qué se refiere y en qué quiere que cambiemos.	<ul style="list-style-type: none"> - Si fueras menos egoísta y no hicieras... - Exactamente, ¿qué es lo que te molesta de mi forma de actuar? ¿Qué tiene de malo?

AUTOEVALUACIÓN:



- ▶ ¿Qué he aprendido acerca de la actividad?
- ▶ ¿Qué tipos de comunicación existen?
- ▶ ¿Cómo debe de ser una persona asertiva?

Realiza el ejercicio de contestar al cuestionario de asertividad

Muchas personas tienen dificultades al afrontar algunas situaciones en que han de afirmarse ante otros. Para poder medir tu grado de dificultad ante estas situaciones, te pedimos que respondas qué acostumbras hacer cuando te encuentras en alguna de ellas. Pon una cruz donde corresponda.

Situación	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
Digo que no cuando me piden prestada una cosa de valor.			
Puedo expresar mis sentimientos honestamente.			
Hago un elogio a un amigo/a			
Puedo decir "no" sin disculparme o sentirme culpable			
Reconozco cuando cometo un error			
Trato de encontrar la causa de mi enfado.			
Digo a una persona, que conozco muy bien, que me molesta alguna cosa de lo que dice o hace			
Espero tener todos los hechos antes de tomar decisiones.			
Inicio una conversación con alguien desconocido / a			
Me responsabilizo de mis propios sentimientos sin culpar a otros.			
Pregunto a alguien si le he ofendido.			
Expreso los sentimientos malos así como los buenos			
Resisto ante la insistencia de alguien para que beba.			
Digo cómo me siento, sin causar daño a alguien más.			
Me opongo a una exigencia injusta de alguien con autoridad sobre mí.			
Si no estoy de acuerdo con alguien no lo maltrato ni física ni verbalmente.			
Pido explicaciones a alguien que me ha criticado.			
Ofrezco soluciones a los problemas en lugar de quejarme.			
Pido que me devuelvan algo que he dejado.			
Respeto los derechos de los demás mientras me mantengo firme.			

TALLER 13

PLANIFICACIÓN, PROPUESTAS Y COMPROMISOS

Objetivo:

Los y las participantes refuerzan su capacidad de organización y planificación de tal forma que pueda traducirse en la formulación y coherencia de propuestas y compromisos a asumir.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

1. *Dinámica de Animación: “Manos a la Obra”*

Objetivo: Estimular a trabajar en equipo

Tiempo: 15 minutos

Materiales: Tarjeta con “Las Tareas” (anexo 7)

Procedimiento:

- ▶ Dividir a los y las participantes en tres o cuatro grupos.
- ▶ Indicar que designen a un integrante de cada grupo para que reciba la tarjeta con “Las Tareas”.
- ▶ Precisar que el grupo ganador será aquel que cumpla exactamente con las tareas indicadas, en el tiempo más breve.
- ▶ Felicitar al grupo que resulte ganador, reforzar a los otros por su participación y conversar sobre el procedimiento que se dio en cada grupo para lograr el resultado esperado.

2. *La Planificación*

Objetivo:

Proporcionar nociones básicas que faciliten el orden y la claridad al formular propuestas, a través de planes de trabajo realistas y coherentes.

Tiempo: 30 minutos.

Materiales: Papelotes, plumones gruesos, masking tape.

Procedimiento:

- ▶ Formar grupo de cinco personas y entregar a cada grupo unos papelotes y plumones.
- ▶ Relatarles la siguiente situación:

“Ustedes son los pocos sobrevivientes de un naufragio. Después de dos días de navegar en un pequeño bote salvavidas, llegan a una isla desierta, desconocida, por lo cual existen muy pocas probabilidades de que sean rescatados. Las pocas provisiones que lograron rescatar se están terminando, por lo cual es necesario establecer algún tipo de organización para poder subsistir. Ustedes no se conocían previamente y sus nacionalidades son diferentes: uno es ruso, otro es alemán, otro es japonés, hay un francés y un árabe. Les ha sido imposible comunicarse verbalmente, pues cada uno habla un idioma diferente. Han decidido establecer tres reglas básicas de conducta que les permita subsistir hasta que llegue un eventual rescate. Debido a las barreras del lenguaje, la comunicación se hará por medio de mímicas y representación gráfica (dibujos).
- ▶ Decirles que tienen que guiarse por las siguientes instrucciones:
 - Definir tres normas o reglas básicas que les permitan sobrevivir.
 - La comunicación se debe realizar exclusivamente mediante mímica y dibujos, pues nadie conoce el idioma del otro.

- Explicar con dibujos, en el papelote, las tres reglas o normas básicas. Una vez finalizados los dibujos o esquema cada grupo debe colocar sus hojas en lugares visibles para que todas las puedan apreciar.
- Si tiene alguna duda, pueden consultarla antes de iniciar el ejercicio.
- ▶ Después de diez minutos, solicitar a cada grupo que exponga su trabajo, los demás grupos deberán interpretar las normas escritas.

3. Ideas Básicas

“Cuando uno no sabe a dónde va, cualquier camino le sirve”

Una persona que va a salir de su casa, primero piensa a dónde va, esa es la misión, observa cómo está el ambiente, qué clase de transporte hay o si existen otros problemas afuera, ese es el análisis del entorno. Después tiene que ver si tiene dinero, si está vestido adecuadamente, si tiene la energía para realizar el viaje, por más cercano que sea. Todo eso es un análisis interno. Una vez hecho lo anterior, se diseñan las estrategias.

En conclusión, se puede decir que la planificación no es nueva, toda la vida se ha practicado.

Planificar es tender un puente desde dónde estamos hasta dónde queremos llegar, relaciona el impacto que tendrán en el futuro las decisiones que tomemos en el presente. Planificar es el proceso que permite reducir los niveles de incertidumbre, conocer el sentido y la dirección de las acciones cotidianas, retroceder como parte del avance tranquiliza y da seguridad.

Planificar es responder a determinadas preguntas: el qué, el para qué y el cómo.... De este modo la planificación deberá considerar varios aspectos tales como:

Diagnóstico	:	¿Cuál es la situación del problema?
Objetivos	:	¿Qué quiero conseguir?
Metas	:	¿Qué y cuántos debo alcanzar?
Recursos	:	¿Con qué cuento?
Actividades	:	¿En qué va a consistir el programa?
Responsables	:	¿Quiénes están encargados del programa?
Cronograma	:	¿En qué tiempo se va a realizar el programa?
Evaluación	:	¿Cuáles son los resultados obtenidos?

4. Propuestas y Compromisos

Objetivo: Plasmear lo tratado en una propuesta y compromiso de acción.

Tiempo: 30 minutos.

Materiales: Hojas de papel, lapiceros, papelotes, plumones, masking tape.

Procedimiento:

- ▶ Conservar los grupos formados anteriormente, pedir que se reúnan y que, utilizando los conceptos e instrumentos trabajados en esta sesión, analicen la situación de sus instituciones, organizaciones, familias o grupos de origen en relación a las problemáticas discutidas a lo largo de las sesiones.

- ▶ Asimismo, solicitarles que preparen una propuesta de acción y un compromiso de cumplimiento.
- ▶ Invitar luego a exponer lo trabajado y pedir comentarios.
- ▶ Seleccionar, con los participantes, las propuestas más motivadoras.
- ▶ Proponer que elijan una a dos de ellas para su pronta realización.
- ▶ Señalar que este es su compromiso, así como llevar a la práctica lo tratado en las sesiones.
- ▶ Establecer una fecha para reuniones de seguimiento.

5. Cierre

“Mi compromiso personal”

Objetivo: Reafirmar el compromiso adquirido a lo largo del taller.

Tiempo: 15 minutos.

Procedimiento:

- ▶ Entregar a cada participante una hoja del compromiso personal y solicitarle que, de manera individual, completen la información necesaria y firmen el compromiso.
- ▶ Pedir algunos voluntarios para que compartan con el grupo su compromiso personal. Si lo desean, todos pueden exponer.
- ▶ Cerrar la reunión invitando a corear un lema
 - Juntos y unidos podemos superar nuestras dificultades.
 - Juntos y unidos, podemos alcanzar nuestras metas.
 - Juntos y unidos, somos más.
 - Solicitar aplausos a todos los participantes

6. Sugerencias para aplicar en la comunidad

Procurar espacios de reunión con la comunidad y conversar acerca de algún problema en particular que pueda afectar a todos, analizarlo en sus diversos aspectos y plantearse lo que deseáramos alcanzar como objetivo y los pasos a seguir para ello. Se puede comenzar con algún problema relativamente sencillo. Lo importante en principio es lograr la participación y el comportamiento de todos y todas.

Anexo 1

- ▶ Un retablo de papel.
- ▶ Cinco lapiceros.
- ▶ Tres correas amarradas.
- ▶ Cinco hojas de un árbol.
- ▶ Cuatro gorros de papel.
- ▶ Un paisaje dibujado.
- ▶ Una persona peinada con tres trenzas.
- ▶ Una persona con cinco chompas o casacas puestas.

capítulo 3

**estrategias comunicacionales
para la prevención de la
violencia y el
consumo de drogas**



ESTRATEGIAS COMUNICACIONALES PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA Y EL CONSUMO DE DROGAS

Aprendizajes esperados

ÁREAS/DIMENSIONES	DESCRIPCIÓN	INDICADOR
CONOCIMIENTO	Conocer las estrategias para la prevención del uso del consumo de drogas y la violencia familiar y de género	Aplica estrategias meta cognitivas en el desarrollo de sus actividades.
HABILIDAD	Reconocer y aplicar materiales de para la prevención del consumo de drogas y la violencia familiar y de género	Emplea apropiadamente los materiales para la prevención del consumo de drogas y la violencia familiar y de género.
ACTITUD	Identificar sus potencialidades, debilidades y carencias mostrando actitud de superación personal.	Valora responsablemente y se compromete en el desarrollo de las actividades planeadas.

Contenidos de las sesiones

SESIONES	OBJETIVOS
Las estrategias para la prevención del consumo de drogas y la violencia familiar y de género. Tipos de estrategias.	<ul style="list-style-type: none">● Reconoce las estrategias para la prevención del consumo de drogas y la violencia familiar y de género.● Aplica las estrategias a situaciones problemáticas.
Las estrategias aplicadas a la prevención de los problemas del área emocional afectiva y del involucramiento social para el cambio.	<ul style="list-style-type: none">● Aplica las estrategias de a situaciones del área emocional afectiva y del involucramiento social para el cambio.
Las estrategias aplicadas a la prevención de los problemas del área cognitiva (Conocimiento, reflexión, cambio).	<ul style="list-style-type: none">● Aplica las estrategias de a situaciones del área cognitiva (Conocimiento, reflexión, cambio).

3.1 ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS Y LA VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO. TIPOS DE ESTRATEGIAS

OBJETIVO:



Reconocer las estrategias para la prevención del consumo de drogas y la violencia familiar y de género

Los sistemas de comunicación en el mundo y con la tecnología que actualmente los caracteriza son en realidad un fenómeno de la segunda mitad del último siglo. Las comunicaciones tienen la propiedad de comunicar en el mismo momento que ocurren los hechos, así estos pueden ser hechos de la ciencia, del conocimiento, del arte, del transporte, de la salud, etc., y también los hechos de las personas como la violencia familiar, de género y sexual, infantil, adolescente, de la adulto mayor, etc., tanto en el nivel internacional, nacional o local.

Ahora, las comunicaciones tecnológicas tienen mucha velocidad y densidad, por lo cual, muchas veces no es posible procesar apropiadamente toda esta comunicación ni es posible generar profunda memoria ni conciencia de los hechos.

Los medios de comunicación masiva son los intermediarios entre los ciudadanos y los poderes y desde este punto de vista establecen vínculos entre los grupos sociales, las ideas universales como los derechos humanos y los derechos a la realización. Es necesario tener pedagogías y actividades que permitan concentrarnos en los problemas que presentan la humanidad, en especial, los niños, las mujeres y los ancianos.

De otro lado, en el trabajo de fortalecer el trabajo de prevención es igualmente importante fortalecer los procesos de ciudadanía, entre los que se encuentran los procesos de constitución justa de la identidad de hombres y mujeres, como personas con igualdad de derechos y con capacidad de participar de los beneficios del desarrollo.

La palabra comunicar proviene del latín “poner en común”, por lo tanto la comunicación facilita que existan las organizaciones y que se proyecten hacia otras organizaciones y hacia la población en general⁷⁹.

Cuando se habla de comunicación por lo general se hace referencia al intercambio de información (flujos) verbal y no verbal y a la utilización de medios técnicos (impresos, radio, televisión, cine, internet) pero la comunicación abarca fenómenos que van más allá de la transferencia como los educativos, de entretenimiento y de diálogo entre actores sociales. Se refiere también a la diversidad de fenómenos y procesos en los que las personas involucradas intercambian, comparten, ponen en común ideas y sentimientos mediante símbolos. En el marco de las relaciones sociales no hay emisores ni receptores que se limiten a una única función, por lo tanto, en la construcción del diálogo no podemos hablar de quien “recibe”, sino de quien comparte⁸⁰.

79 León 1969.

80 León 1999. Pág 26.

3.1.1 ENFOQUE DE COMUNICACIÓN PARA EL DESARROLLO Y CAMBIO DEL COMPORTAMIENTO

La comunicación para el desarrollo, (CPD, Communication for Development o C4D por sus siglas en inglés) es una herramienta eficaz que puede contribuir a lograr los objetivos y la sostenibilidad de los resultados de los proyectos de desarrollo. Informar, educar o elevar el nivel de conciencia son ingredientes necesarios de la comunicación, pero no son suficientes para que la gente cambie prácticas y comportamientos establecidos a lo largo de mucho tiempo. La comunicación para el desarrollo busca lograr un cambio en el comportamiento y hacer sostenible el desarrollo alcanzado. Pues todo proceso de desarrollo requiere de un cambio en el comportamiento de las partes involucradas.

Al respecto, diversas investigaciones indican que los cambios en conocimiento y actitudes no necesariamente resultan en un cambio de comportamiento. Porque para generar cambios en el comportamiento, es necesario partir la lógica y las prácticas sociales de la propia población. Es decir, “descubrir” y entender las barreras para el cambio o adopción de nuevas prácticas y la lógica en el comportamiento de la población. No basta con crear conciencia en cuanto a los “beneficios”; es imprescindible entender los obstáculos que enfrenta la gente o los “costos” que ellos creen que se derivarían de tal cambio.

Una comunicación efectiva consiste en difundir información a públicos específicos, escuchar sus necesidades e inquietudes y responder apropiadamente. Ya sea que se esté discutiendo un proyecto específico o un programa de reformas más amplio -desde salud, educación o desarrollo rural hasta desarrollo del sector privado, o reforma financiera o judicial- la idea es construir el mayor consenso posible, mejorando para ello el grado de entendimiento público y promoviendo un diálogo informado entre todas las partes involucradas.

El conocimiento y la información son factores esenciales para que las personas puedan sacar provecho de las oportunidades y desafíos que plantean los cambios sociales, económicos y tecnológicos, sobre todo aquéllos que contribuyen a mejorar la productividad, la seguridad alimentaria y los medios de vida de las poblaciones menos favorecidas. Pero para que sean útiles, el conocimiento y la información deben ser comunicados eficazmente a las personas. Por eso la comunicación, como parte de los proyectos de desarrollo, debe posibilitar, entre otras cosas, el empleo de procesos y medios de comunicación destinados a ayudar a la población a intercambiar experiencias, encontrar bases comunes para la colaboración, y participar activamente en actividades de desarrollo y gestionarlas.

La comunicación para el desarrollo abarca muchos medios y enfoques diferentes, como medios de difusión populares y agrupaciones sociales tradicionales, radios rurales para el desarrollo comunitario, videos y módulos multimediales para la capacitación, y la Internet para vincular a los investigadores, educadores, extensionistas y grupos de productores entre sí y con fuentes de información de carácter mundial.

Sea que las aldeas estén comunicadas con el mundo exterior a través de las telecomunicaciones modernas, o que aprendan lo atinente a la atención de salud a través de proverbios y cantos populares o escuchen transmisiones radiales sobre las mejores prácticas agrícolas, el proceso es siempre el mismo: personas que se comunican y aprenden juntas.

El papel de la comunicación para el desarrollo en los procesos de empoderamiento contribuye a distinguirla de otras formas de comunicación. Su papel en el empoderamiento la convierte en un elemento vital para planificar esfuerzos dirigidos a alcanzar los Objetivos de Desarrollo

del Milenio (ODM) y otras prioridades de desarrollo. En 1997, mediante el Artículo 6 de la Resolución 51/172 de la Asamblea General, las Naciones Unidas adoptaron la siguiente definición formal de comunicación para el desarrollo:

La comunicación para el desarrollo destaca la necesidad de apoyar los sistemas de comunicación recíproca que propicien el diálogo y permitan que las comunidades se manifiesten, expresen sus aspiraciones e intereses y participen en las decisiones relacionadas con su desarrollo.⁸¹

La Comunicación para el cambio de comportamiento (CCC) es un “proceso interactivo para desarrollar mensajes y enfoques a través de una mezcla de canales de comunicación con el objetivo de fomentar y preservar comportamientos positivos y adecuados”. Éste es probablemente el enfoque más conocido, ya que ha sido utilizado ampliamente por los programas de desarrollo desde la década de 1950. La comunicación para el cambio de comportamiento considera que los cambios sociales e individuales son dos caras de la misma moneda.

Se suele definir al cambio de comportamiento como un proceso de consulta basado en la investigación y referido a los conocimientos, las actitudes y las prácticas intrínsecamente relacionadas con los objetivos de los programas. Uno de los componentes de ese proceso es el suministro a los participantes de información pertinente y motivación mediante el empleo de estrategias bien definidas, de canales de comunicación interpersonales, de grupos y de los medios de comunicación que se adapten al público al que están dirigidos los mensajes, así como diversos métodos de participación. Las estrategias de modificación de comportamiento suelen considerar al individuo como el sujeto del cambio.

Ha evolucionado de programas de información, educación y comunicación (IEC) a promover mensajes más adaptados, un mayor diálogo y competencia local, teniendo como foco la aspiración y consecución de resultados que mejoren la salud. Desde la década de 1990, se utilizan cada vez más estrategias de comunicación exhaustivas para lograr cambios de comportamiento, incluidas la movilización de las comunidades, la orientación centrada en el/la cliente/a y las intervenciones en la red social. Estas estrategias reconocen que el comportamiento individual está determinado por el contexto social, cultural económico y político, de ahí que puedan incorporar elementos como la educación entre iguales, el marketing social, la educación para el entretenimiento, las políticas públicas, la incidencia de los medios de comunicación, el empoderamiento personal y comunitario, así como las relaciones públicas.⁸²

3.1.2 ESTRATEGIAS

Crear en los medios la posibilidad de hacer converger las condiciones objetivas de los problemas y discursos sociales con las percepciones subjetivas de tales condiciones. Presentando deseos y necesidades de las personas y los grupos sociales (Una lógica del protagonismo de los sujetos sociales y narrativas culturalistas).(Ejemplos: jóvenes sin empleo

81 PNUD (2011) Comunicación para el desarrollo. Fortaleciendo la eficacia de las Naciones Unidas.

82 Cornejo, Franklin (2011) “Hacia un enfoque de Comunicación para el Desarrollo” capítulo del Libro Desde la Comunicación: Apuesta para un desarrollo inclusivo, Instituto Latino-americano de Comunicación para el Desarrollo ILCD - Secretaría de Información y Comunicación SICOM, Paraguay.

cuentan sus dificultades y posibilidades para acceder al mercado de trabajo; campesinos en estado de pobreza muestran su historia local y enfrentan la globalización comunicándose con las ciudades mediante la telefonía móvil; jóvenes de las metrópolis afrontan la soledad y la falta de espacios para socializar intercambiando fotos, vídeos y música mediante las redes sociales de Internet).

Fomentar el pensamiento crítico desde las condiciones de existencia incluyendo lo comunicativo y cultural, uso de los vídeos interactivos, radios comunitarias, periódicos rurales, blogs, técnicas de investigación acción participativa, educación popular, campañas mediáticas desde los medios, programas comunicativos desde la localidad, uso de las TIC, revistas electrónicas, y foros de diálogos entre comunicadores, conferencias, mesas de diálogo, encuentros entre operadores, comunicadores, investigadores para generar redes de intercambio de experiencias y estudios.

Descentralizar los proyectos de desarrollo comunicativo: establecer contactos y redes con las zonas rurales, zonas urbanas marginales, las poblaciones de niños, adolescentes, jóvenes, inmigrantes mujeres, ex campesinos, escuelas públicas, sedes hospitalarias, asociaciones, Universidades etc.



CONCLUSIÓN:

“La comunicación para el desarrollo destaca la necesidad de apoyar los sistemas de comunicación recíproca que propicien el diálogo y permitan que las comunidades se manifiesten, expresen sus aspiraciones e intereses y participen en las decisiones relacionadas con su desarrollo”.



LECTURA COMPLEMENTARIA:

Elaboración de mensajes

En la elaboración de los mensajes es importante tomar en cuenta los insumos obtenidos de la población usuaria. Se puede proponer elaborar mensajes de prevención de violencia. En este propósito es importante tomar en cuenta las siguientes orientaciones:

1. Diagnosticar los temas de preocupación de la población.
2. Seleccionar las ideas y jerarquizarlas para su transmisión.
3. Tener en cuenta que un mismo mensaje puede tener diferentes significados.
4. El mensaje puede influir de manera distinta en la población, depende de su bagaje y experiencia de vida.
5. La elaboración del mensaje debe seguir criterios de creatividad o novedad.
6. Los mensajes deben considerar los objetivos de conocimientos, actitudes y prácticas, y deben ser redactados en ese sentido. Por ejemplo: si los objetivos son de conocimiento sobre violencia familiar, los mensajes deben reflejar propuestas de información sobre cómo enfrentar el tema de la violencia familiar.

Principios básicos para elaborar mensajes:

- a. **Atractivo:** Los mensajes deben ser ágiles para despertar el interés de la población, deben contener aspectos afectivos para llamar la atención.
- b. **Comprensión:** Los mensajes deben ser claros en sus contenidos y presentación. No se deben emplear palabras de difícil comprensión.
- c. **Identificación:** El mensaje debe ser dirigido al público objetivo, se deben utilizar los códigos visuales, orales, escritos y auditivos que emplea esta población.

- d. **Uniformidad:** Proponer mensajes uniforme en el contenido técnico sobre la violencia familiar.
- e. **Repetición:** Los principales aspectos del mensaje deben repetirse.
- f. **Credibilidad:** El portavoz y la fuente deben ser confiables y fidedignos.
- g. **Aceptación:** El mensaje no debe ser contradictorio con la idiosincrasia de la población beneficiaria.
- h. **Inducción a la acción:** El mensaje debe indicar qué debe hacer la población para el cambio.
- i. Necesidad pública: Los mensajes deben basarse en lo que la población cree que es lo más importante.
- j. **Redacción en positivo:** El mensaje no debe negar ni sancionar al público por no practicar lo que se propone.

Para la redacción del mensaje también es necesario tomar en cuenta lo siguiente:

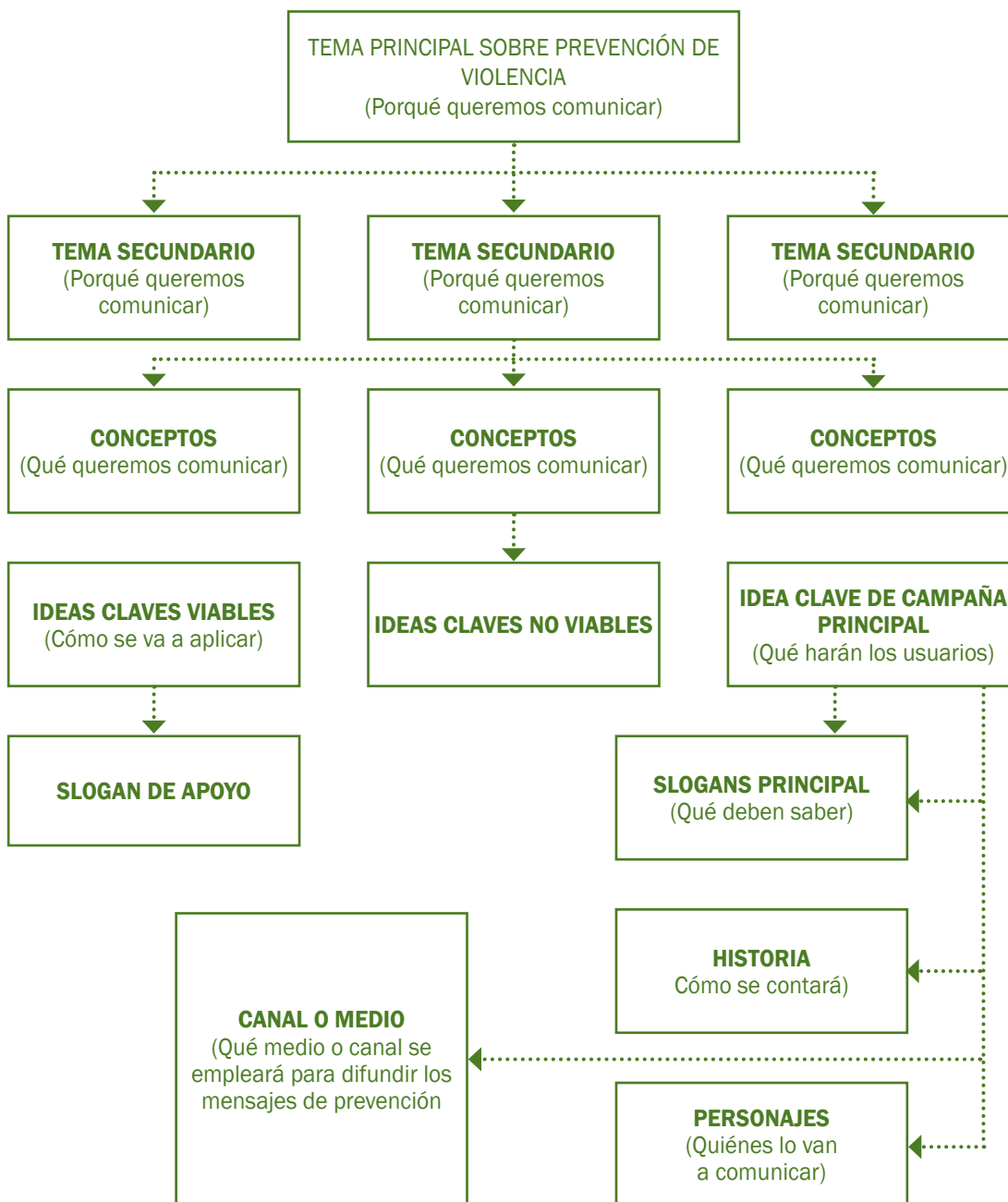
- ▶ **Tono comunicacional:** Se deben emplear contenidos atractivos, el humor, lo evidente, la motivación. Hay que ponerle emoción al mensaje.
- ▶ **Lema o slogan:** Siendo la síntesis debe ser corto, ágil, atractivo y que se pueda recordar fácilmente.



ACTIVIDAD 32

Elaborando material lúdico mediante afiches para el reconocimiento de las emociones

Objetivo: Elaboración de un afiche lúdico para el reconocimiento de las emociones.



Material: Modelo sugerido

Fuente: Elaboración propia



ACTIVIDAD 33

“El árbol temático de las comunicaciones para la prevención”

Objetivo: Determinar temas y procedimientos para difundir mensajes en la comunidad.

Frase o actividad Motivadora:

- ▶ ¿Creen ustedes que en un proceso de trabajo de las comunicaciones deberíamos tratar todos los temas o habría que seleccionarlos y de acuerdo a nuestra población objetivo?
- ▶ Se solicita que los participantes refieran si conocen alguna experiencia en la que se haya trabajado los temas de prevención de violencia mediante los medios de comunicación para lo cual emplearás la Guía de determinación de Temas
- ▶ Precisarás el procedimiento de la comunicación a las autoridades y elaborarás una propuesta de material de comunicación gráfico de prevención de violencia, tratando de responder al tipo de material que se elaborará, los objetivos, el público meta, el tema de violencia familiar, qué historia se va a emplear y bajo qué lenguaje se difundirá.
- ▶ Analizarás y reflexionarás sobre la importancia de emplear apropiadamente los mensajes de prevención de violencia familiar y de pareja en la comunidad o en medios de comunicación.



ACTIVIDAD 34

Buscando aliados para una campaña de comunicación para prevenir la violencia familiar

Objetivo: Obtener la participación de los diferentes aliados de la comunidad para una campaña de prevención de violencia familiar.

Frase o actividad Motivadora:

- ▶ ¿Creen ustedes que tendríamos éxito sino trabajamos conjuntamente con los diferentes actores de la comunidad mancomunadamente? ¿Cómo creen que sería nuestro trabajo sin la participación de ellos?
- ▶ Se reflexiona acerca de los actores de la comunidad que se conozcan. Se deberá enlistar en algún cuaderno, en la pizarra o en la computadora para poder visualizarlos y reflexionar acerca de sus características y actividades que se desarrollan dentro de la comunidad.
- ▶ Se analizará y describirá el “Mapa de las relaciones de poder en la comunidad” (ver modelo) las diferentes características de cada uno de ellos, incluyendo los opositores y los aún no comprometidos e indecisos para ganarlos para la prevención de la violencia familiar y de pareja en relación al consumo de sustancias psicoactivas.
- ▶ Después de identificados los actores principales se realiza un análisis del principal de ellos y tal vez con el que vayamos a trabajar en prevención.
- ▶ Se presentan las estrategias de cómo trabajar con los aliados pero también con los indecisos y los opositores.
- ▶ Se reflexiona acerca de la importancia de identificar apropiadamente a los actores a para prevenir la violencia y el consumo de drogas.

Ejemplo para construir el mapa del poder de la comunidad



Ejemplo de análisis actores

Actor	Interés principal del actor	Debilidad del actor	Fortaleza del actor	Relación con el Equipo de Trabajo	Relación deseada	Perfil deseado con el actor
Educación	Conducir la política educativa del Gobierno Local	Está en proceso de transición de la educación a los gobiernos locales	Experiencia. Controla muchos canales de comunicación	Regular, inestable	Profundizar la relación	Muy deseado



ACTIVIDAD 35

Reconociendo los aliados para la prevención de la violencia familiar, sexual y de género en la comunidad

“Mapa de las relaciones de poder en la comunidad”

Actor	Interés principal de el/la actor/a	Debilidad de el/la actor/a	Fortaleza de el/la actor/a	Relación con el Equipo de Trabajo	Relación deseada	Perfil deseado con el/la actor/a
Aliado 1						
Aliado 2						
Aliado 3						
Aliado 5						
Opositor 1						
Opositor 2						
Indeciso 1						
Indeciso 2						

Guía para la elaboración

El análisis de poder es una herramienta que nos permite identificar las relaciones de poder que se han establecido o que se pretende lograr con diversas organizaciones, empresas, instituciones y persona con quienes se interactúa y entre los que se identifican a:

ALIADOS (alianzas): Son actores que nos apoyan y tienen influencias beneficiosas sobre nuestro trabajo. Cooperan con recursos humanos y materiales y nos brindan apoyo práctico y operativo. La estrategia es mantener comunicación todo el tiempo.

OPONENTES (competencia): Son actores a quienes no les interesa que nuestra relación de poder mejore en la sociedad. Es la competencia y quienes se oponen a nuestras políticas y trabajo. Por lo general tienen poder económico o ideológico por lo cual no se debe obviar su influencia. La estrategia es saber qué están haciendo.

INDECISOS (inclinan la balanza): Son los actores que no sabemos hacia dónde se van a inclinar. Son a los que tenemos que persuadir y conquistar. El buen manejo de la información es clave para inclinar la balanza de estos indecisos. Es un error no tomarlos en cuenta pues pueden ser decisivos para el éxito o fracaso de una estrategia planteada. En general, la mayoría de los medios de comunicación pueden ubicarse aquí y las poblaciones organizadas, entre otros actores.

ORGANIZADORES (nuestro grupo): Son los que planifican, ejecutan y evalúan el trabajo. Es el equipo que lleva adelante el plan de trabajo.

En este ejercicio vamos a identificar a quienes interactúan con relación al problema de comunicación que hemos identificado (y no desde cada organización). Para identificarlos llenamos en plenario un mapa de poder y luego, para cada uno de los actores llenamos una matriz de análisis. En esta matriz vamos a profundizar nuestro conocimiento de cada actor. Si consideramos que no contamos con información suficiente, es conveniente buscar apoyo en otras compañeras o compañeros de nuestra organización.

AUTOEVALUACIÓN:



- ▶ ¿Qué he aprendido acerca de la actividad de elaboración del mapa de actores del poder dentro de la comunidad?
- ▶ ¿Qué aspectos hay que tener en cuenta en la elaboración del mapa de actores o involucrados dentro de la comunidad?
- ▶ ¿Cuál es la importancia de la elaboración de actores o involucrados en relación a la prevención de la violencia familiar?



ACTIVIDAD 36

Análisis del Video “AMOR Y CONTROL” de la Campaña Nacional Contra el Uso Nocivo de Alcohol. MINSA⁸³

Objetivo: Identificación del mensaje de prevención y los principios considerados para su elaboración



1. ¿Cuál es el mensaje principal de la campaña y cuál es su objetivo?

- ▶ _____
- ▶ _____
- ▶ _____

2. ¿Qué Principios básicos para elaborar mensajes se han considerado en el mensaje?

- ▶ _____
- ▶ _____
- ▶ _____

⁸³ Video “AMOR Y CONTROL” de la Campaña Nacional Contra el Uso Nocivo de Alcohol. MINSA. Recuperado de <https://youtu.be/C7elg9mido8>



ACTIVIDAD 37

La “Rueda de Prensa”

Objetivo: Simular una rueda de prensa con periodistas de medios diferentes, para obtener información sobre el evento y redactar los titulares de un artículo periodístico.

Desarrollo:

1. Asignar un medio a cada persona o grupo
 - ▶ Grupo 1: periodistas de una revista de salud.
 - ▶ Grupo 2: periodistas de una revista para el hogar.
 - ▶ Grupo 1: periodistas de una revista política.
 - ▶ Grupo 1: periodistas de una revista sensacionalista.
2. Se presenta la conferencia, escribiendo el título con una frase motivadora: “Comunidad Saludable, para el Desarrollo y Vida sin violencia y sin Drogas”.
3. Se indicará que cada grupo elabore un listado de cinco preguntas sobre lo que desearía saber el público de su revista o periódico, respecto al tema de prevención.
4. La organización se podría emplear de la siguiente manera: un/a alumno/a será el/la entrevistador/a y hará la pregunta al/la entrevistado/a. Otros dos integrantes del grupo serán los/las analistas que seleccionaran 3 de las 5 preguntas, de acuerdo a como se vaya desarrollando la entrevista. Finalmente otros dos integrantes de grupo serán los/as redactores/as, que tomarán notas de las respuestas de las respuestas del/la entrevistado/a para luego presentarlas al grupo.
5. Iniciar la rueda de prensa y de la palabra, por turno, a los/as cuatro entrevistadores/as para hacer su primera pregunta y responder a ellas. De nuevo la palabra por turno para la segunda y luego para la tercera. El/la entrevistado/a puede elegir un rol cualquiera, como por ejemplo: Ministro/a de Salud, Alcalde o Alcaldesa, Comisario/a, Poblador/a, Adolescente varón o mujer, etc.
6. Se reflexionará acerca de la importancia de emplear los medios de comunicación para promover acciones de prevención dentro de la comunidad y mediante la tecnología de los medios.



Actividad 38

“Entrevistando a doña María”

Objetivo: Emplear la radio como medio de transmisión de ejemplos de vida.

Desarrollo:

- ▶ Se determinará qué historia de su vida narrará doña María en la radio.
- ▶ Se prepara la historia subrayando la forma cómo salió adelante en su comunidad.
- ▶ Se preparan las preguntas que se hará a doña María.
- ▶ Las respuestas de ella deberán hacer alusión a las formas saludables de su comportamiento.
- ▶ Se reflexiona acerca de la historia de su vida y de los recursos personales (cognitivos y emocionales para salir adelante)



ACTIVIDAD 39

Organizando la marcha por la No Violencia

Objetivo: Conocer los procedimientos de organización de una marcha

Desarrollo:

1. El Equipo se organiza determinando el número de integrantes y responsabilidades.
2. Determinan el líder o lideresa del equipo.
3. Se determinan las actividades a desarrollar.
4. Se determina la fecha de realización de la actividad (Se sugiere aplicar estos procedimientos en fechas emblemáticas de la prevención de la violencia, u otro tema, por ejemplo, prevención del abuso sexual).
5. Se cronograma las acciones
6. Se analizan las necesidades y requerimientos.
7. Se ejecuta las acciones (Tomar en cuenta el cuadro de programación)

Cuadro de Programación de actividades

Acciones	Fecha de realización	Responsable	Requerimientos
Determinación de la actividad y su tema.			
Realiza la convocatoria que puede ser en la comunidad			
Iniciar convocatoria de la comunidad.			
Obtener apoyo de actores sociales claves.			
Realizar Mesa de Trabajo con la comunidad			
Iniciar la publicidad del evento mediante actores claves y comunidad			
Realizar difusión de la actividad en medios radiales o TV de la comunidad			
Desarrollar la actividad.			
Evaluar la actividad.			
Informar la actividad.			

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGORA: Módulo I. *La Construcción Social de la Identidad de Género*. España. Recuperado de <http://www.ceuta.es/OEDFD25C-311A-49F7-888D-5C833D7CC11B/FinalDownload/DownloadId-4BAB147203DCFDB0FD75CCCD7C528B96/OEDFD25C-311A-49F7-888D-5C833D7CC11B/cam/documentos/ViolenciadeGenerO.EfectosyRepercusiones.pdf>, p. 178

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.

Arinero, M. (2006). *Análisis de la eficacia de un programa de intervención psicológico para víctimas de violencia doméstica*. Universidad Complutense de Madrid, España, pp. 16-19.

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.

Burga, E. (2005). *La interculturalidad desde la escuela*. Lima: MINEDU.

Cantera, L. (2004) *Tesis Doctoral. Más allá del género. Nuevos enfoques de "nuevas" dimensiones y direcciones de la violencia en la pareja*. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5441/lce1de1.pdf;jsessionid=E1F3EBEA1AED9A11BEA4D247ED6F1F6B.tdx2?sequence=1>

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

Centro de Estudios de Prevención, Tratamiento e Investigación de la Salud (2013). *Los valores*. 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/coadccion>

Comisión de lucha contra el consumo de drogas (1999). *Programa de Capacitación para comunidades terapéuticas*. Lima: Fondo Editorial Contradrogas.

- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (2003). *Manual para la prevención del consumo de drogas*. Lima: Editora AVANFIT.
- 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 (2012). *Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas 2012-2016*. 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
- 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>
- Cornejo, Franklin (2011). “Hacia un enfoque de Comunicación para el Desarrollo” capítulo del Libro: *Desde la Comunicación: Apuesta para un desarrollo inclusivo*, Instituto Latinoamericano de Comunicación para el Desarrollo ILCD - Secretaría de Información y Comunicación SICOM, Paraguay
- Corte Suprema de Justicia. (2011). *Manual de postgrado en violencia de género intrafamiliar, sexual y trata de personas*. Managua: Escuela Judicial.
- Del Pozo, J., Pérez, L, Ferreras, M. (2009). *Adicciones y Nuevas Tecnologías de la Información y de la Comunicación: Perspectivas de su uso para la prevención y el tratamiento*. España: Quintana Industrias Gráficas
- 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. (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.; & 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
- 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-coste-economico-y-determinantes-de-la-violencia-domestica-en-el-peru.pdf>

Dirección de Tutoría y Orientación Educativa. *Tutoría y orientación educativa*. Anexo 23. El consejo de una Madre sobre las drogas. Recuperado de <http://ditoe.minedu.gob.pe/Materiales%20DITOE/App41.PDF>

Dirección Regional de Educación (s/f). *Diseñando el tipo de hombre: Proyecto de Vida*. Recuperado de http://educaciontacna.edu.pe/gretoi/2013/Modulo5_1.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>

ENDES (2012) *Violencia contra las mujeres, niñas y niños*. Recuperado de <http://share.pdfonline.com/4fe19db687144ea2b4b25a39ad357efd/vilonecia%202012.htm>

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.

Flores, I. (2001). *Elaboración de Materiales educativos con recursos de la zona*. Experiencia de PLANCAD. Lima: PLANCAD.

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>

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>

Gorrotxategi, M y De Haro, I. *Materiales didácticos para la prevención de la violencia en la educación Secundaria*, España: Consejo de Educación y Ciencia. Junta de Andalucía

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 Chileno de Psicoterapia integrativa. *Violencia Intrafamiliar hacia el adulto mayor: una mirada desde el Enfoque Integrativo Supra paradigmático*. Recuperado de http://www.puentesconsultores.cl/upload/pdfs/20120709230420_violencia-intrafamiliar-hacia-el-adulto-mayor-una-mirada-desde-el-enfoque-integrativo-supraparadigmatico.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2012). *Encuesta demográfica y de salud familiar 2012: Violencia contra las Mujeres, Niñas y niños*. Pp. 354-356. Recuperado <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/cap12.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2012). *Encuesta demográfica y de salud familiar 2012*. Recuperado de <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/>

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.gov.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.gov.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 sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo (2005). *Alcohol: un problema de la salud de la mujer*. Departamento de Salud y Recursos Humanos de Estados Unidos. Recuperado de <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/WomenSpanish/women.htm>

Información básica sobre drogas. (s.f.). Recuperado de <http://ditoe.minedu.gov.pe/Materiales%20DITOE/App38.PDF>

Lastra, S. (2011). *Violencia de género, alcohol y drogas*. Infonova. Recuperado de <http://www.dianova.es/docs/infonova/Infonova22.pdf>

León, L. (1999). *Guía de planificación para el uso de la radio participativa en el desarrollo comunitario*. Asociación Voces Nuestras. San José, Costa Rica.

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:_XSaqqrDvHlJ: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=hg0Uz_hRQNwC&pg=PA236&dq=modelo+duluth+o+rueda+del+poder+y+del+control&hl=es-419&sa=X&ei=s6pEUvj5H4a88ASstYGwDw&ved=0CCOQ6AEwAA#v=onepage&q=modelo%20duluth%20o%20rueda%20del%20poder%20y%20del%20control&f=false

Malgesini, G. (2007). *La Vulnerabilidad social y la familia en España*. Cruz Roja Española.

Manual de Prevención de la Violencia Familiar/Sexual y del Alcoholismo, Programa integral de Lucha contra la Violencia Familiar y Sexual - Ayacucho (MIMDES, 2007)

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=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.unioviado.net%2Freunido%2Findex.php%2FPST%2Farticle%2Fdownload%2F8213%2F8077&ei=JzhLUqDwE83whQebsoC4Aw&usg=AFQjCNFQ00tN_Ev1ZSF9IGrQUBM958kDzA&sig2=ebTGlpwBm3fWjWGnVeyfeA&bvm=bv.53371865.d.dmg

Ministerio de Integración Social (2012). *Venciendo la Violencia en las Familias. Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual*. Recuperado de (http://www.mimp.gov.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/procesos/gicccp_pncvfs_2012.pdf)

Ministerio de Educación (2004). *Cartillas Auto Instructivas para padres de familia. Conociendo a las drogas I y II. Cartillas 4 y 5*. Recuperado el 15 de octubre del 2013, de <http://ditoe.minedu.gov.pe/Materiales%20DITOE/App38.PDF>

Ministerio de Educación. Viceministerio de Gestión Pedagógica. *Programa de prevención del uso indebido de drogas*. Recuperado de <http://ditoe.minedu.gob.pe/Materiales%20DITOE/App27.pdf>

Ministerio de Educación. Viceministerio de Gestión Pedagógica. *Programa de prevención del uso indebido de drogas. Cocaína*. Recuperado de http://ditoe.minedu.gob.pe/Materiales%20DITOE/App28.pdf?link=peru_maravilloso.pdf

Ministerio de Educación. Viceministerio de Gestión Pedagógica. *Programa de prevención del uso indebido de drogas. Marihuana*. Recuperado de http://ditoe.minedu.gob.pe/Materiales%20DITOE/App34.pdf?link=peru_costa_mar.pdf

Ministerio de Educación. Viceministerio de Gestión Pedagógica. *Programa de prevención del uso indebido de drogas. Medicamentos*. Recuperado de <http://ditoe.minedu.gob.pe/Materiales%20DITOE/App30.pdf>

Ministerio de Educación. Viceministerio de Gestión Pedagógica. *Programa de prevención del uso indebido de drogas. Tabaco*. Recuperado de <http://ditoe.minedu.gob.pe/Materiales%20DITOE/App35.pdf>

Ministerio de Educación. Viceministerio de Gestión Pedagógica. *Programa de prevención del uso indebido de drogas. Inhalantes*. Recuperado de http://ditoe.minedu.gob.pe/Materiales%20DITOE/App29.pdf?link=pe_ea.pdf

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2002). *Mujer y droga*. Dirección General de Promoción de la Mujer. Lima. 221p.

Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. (2004). Programa Integral de Lucha contra la Violencia Familiar y Sexual. *Manual de Prevención de la Violencia Familiar/Sexual y del Alcoholismo*.

Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. (2005). *Violencia Familiar contra el adulto mayor*. 84p.

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

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

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 CEMs 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

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 CEMs. 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

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

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

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

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 CEMs a nivel Nacional. Personas adultas mayores*. Recuperado de 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 CEMs 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

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.

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

Ministerio de Salud (1999). *Curso Nacional de Información, Educación y Comunicación en Tuberculosis: Manual Autoformativo*.

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

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

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

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%2Fdmdocuments%2F2010%2FEI%2520brindis%2520infeliz.pdf&ei=5JBdUtCdC4bU8wTM4IHBYQ&usg=AFQjCNGNNxWm8ZW8nbzZ41y4W9HDKHVKQA>

PNUD (2011) *Comunicación para el desarrollo. Fortaleciendo la eficacia de las Naciones Unidas*. Nueva York

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>

Ríos, C., Vallejos, J., Vacca, R. (1996). *Manual de Estrategias Participativas para la prevención del consumo de drogas*. Ministerio de Educación

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

Secretaría General de la Comunidad Andina (2013) *II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria*. Informe Perú, 2012. Lima: PRADICAN

Secretaria 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>

Testimonios sobre el mundo de las drogas. (s.f.). Recuperado de <http://www.anael.org/droga/testidos.htm>

Universidad Nacional Autónoma de México Posgrado en Estudios Latinoamericanos. (2008) *El Femicidio: Un problema social de América Latina. El caso de México y Guatemala*. Recuperado de http://www.glefas.org/glefas/files/pdf/universidad_nacional_autonoma_de_mexico_posgrado_en_estudios_latinoamericanos_el_femicidio.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

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: Prueba de entrada y salida.

Anexo 2: Información Básica (Glosario de Términos).

Anexo 3: Links de videos sobre prevención de la violencia familiar asociada al consumo de sustancias psicoactivas.

Anexo 4: Lecturas Complementarias.

Anexo 5: Directorio de los CEM a nivel nacional

Anexo 6: Directorio de los Módulos de Atención de DEVIDA en la temática de consumo y/o dependencia de drogas a nivel nacional.

Anexo 7: Directorio de Centros de Atención integral del abuso y dependencia del alcohol y otras drogas.

Anexo 8: Directorio de Centros de Atención Especializada.

Anexo 9: Clave de respuestas de la Prueba de entrada y salida.

ANEXO N° 1

PRUEBA DE ENTRADA Y SALIDA DE PREVENCIÓN EN VIOLENCIA FAMILIAR ASOCIADA AL CONSUMO DE DROGAS

DATOS GENERALES:

Nombre				Hora de inicio	
Nombre del CEM					
Fecha de aplicación	D:	M:	A:	Hora de término	

III. INFORMACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR ASOCIADA AL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

Marque con una "X" las respuestas

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿A qué se denomina género fundamentalmente?	<ul style="list-style-type: none">a. Construcción social de lo masculino y femeninob. Comportamientos diferenciados entre hombres y mujeresc. Modo de actuar de hombres y mujeres en una determinada culturad. Todas las anteriores
2. ¿Qué es lo que permite visualizar y reconocer el enfoque de género?	<ul style="list-style-type: none">a. La existencia de relaciones de jerarquía y desigualdad entre hombres y mujeresb. La superioridad masculina sobre la femeninac. La superioridad biológica femenina sobre la masculinad. 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"	<ul style="list-style-type: none">a. Costumbreb. Violenciac. Agresiónd. Impulsividad
4. Se define como: "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"	<ul style="list-style-type: none">a. Violencia familiarb. Violencia físicac. Violencia hacia la mujerd. Violencia psicológica

<p>5. ¿Cuál de las siguientes alternativas es un indicador de negligencia física infantil?</p>	<p>a. Falta de comunicación con el/la niño/a b. No brindar atención médica c. No supervisar tareas escolares d. Golpear a un/a niño/a por no hacer las tareas del hogar</p>
<p>6. Los siguientes son tipos de violencia contra la persona adulta 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 el número de casos atendidos en los Centros “Emergencia Mujer”, el grupo Etéreo más vulnerable de sufrir violencia sexual, es:</p>	<p>a. 0 a 5 años b. 6 a 11 años c. 12 a 17 años d. 18 a 25 años</p>
<p>8. ¿Cuál de las siguientes sustancias aumenta la sensibilidad del sistema nervioso central?</p>	<p>a. Alcohol b. Terokal c. PBC d. Heroína</p>
<p>9. Es la necesidad de droga del usuario para continuar consumiéndola ya que parar de hacerlo ocasiona síntomas adversos:</p>	<p>a. Dependencia física b. Síndrome de abstinencia c. Dependencia psicológica d. Conducta adictiva</p>
<p>10. 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>11. 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 en común c. Por alguna persona desconocida d. Todas las anteriores</p>
<p>12. ¿Cuál de las siguientes sustancias disminuye la sensibilidad del sistema nervioso central?</p>	<p>a. Alcohol b. Terokal c. Cocaína d. Cafeína</p>
<p>13. “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>14. El enfoque preventivo que se basa en la advertencia y el miedo frente al impacto de las drogas, se denomina:</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Enfoque ético jurídico b. Enfoque socio-cultural c. Enfoque coactivo d. Enfoque médico sanitario
<p>15. Modelo explicativo de la Violencia familiar, que la conceptualiza como un fenómeno multifacético basado en la interacción de factores personales, coyunturales y socioculturales:</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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>16. ¿Cuál de las siguientes alternativas considera son factores de riesgo de la violencia familiar y/o sexual?</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Mayor status del varón sobre la mujer b. Consumo de alcohol y drogas c. Dependencia económica d. Todas las anteriores
<p>17. Son consecuencias biopsicosociales del consumo de alcohol y otras drogas:</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Violencia familiar b. Accidentes de trabajo c. Efectos crónicos sobre la salud d. Todas las anteriores
<p>18. En el Perú, ¿Cuál es la droga ilegal con mayor prevalencia de consumo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. PBC b. Cocaína c. Marihuana d. Éxtasis
<p>19. Las estrategias preventivas que parte del supuesto que las personas desarrollan mejor su personalidad, en contextos materiales y psicosociales favorables, se denominan:</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Estrategias Informativas b. Estrategias de Aprendizaje y Desarrollo de habilidades c. Estrategias de Generación de Alternativas d. Estrategias de desarrollo social
<p>20. Se define como: “La respuesta fisiológica intensa emergente desde el cese del consumo de la sustancia psicoactiva”</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Apetencia b. Flashback c. Policonsumo d. Craving

ANEXO N° 2 INFORMACIÓN BÁSICA (GLOSARIO DE TÉRMINOS)

1. **Abuso sexual:** Comportamiento (gestos, insinuaciones, exhibicionismo, etc...) o contacto sexual de cualquier tipo, intentado o consumado, no consentido o con incapacidad para dar el consentimiento. Por ejemplo el acoso sexual, tocamientos, obligar a la víctima a realizar actos sexuales al agresor, violación, realización de fotografías de contenido sexual, etc.
2. **Alternativas al Consumo de Drogas:** Según Dohner (1972) los individuos usan las drogas a causa de la gratificación y placer que éstas les proporcionan, gratificación y placer que no pueden obtener a través de otros mecanismos no químicos. Por ello, para prevenir o reducir el abuso de drogas, hay que proporcionar a los individuos “alternativas positivas”, es decir, formas de obtener la gratificación y el placer deseados a través de actividades saludables y socialmente aceptables.
3. **Apariciones en Medios:** Se refiere a los reportajes, entrevistas, informes en TV, radio o prensa escrita. El objetivo es básicamente informar y sensibilizar.
4. **Asertividad:** Conducta interpersonal que implica la expresión directa de los propios sentimientos y la defensa de los derechos personales, sin negar los ajenos. La asertividad se integra dentro del concepto de habilidades sociales.
5. **Audiencia o Población Meta:** La población objetivo, principal, receptora de los mensajes y los materiales.
6. **Autocontrol:** Aquellas conductas en las que un individuo se ocupa deliberadamente para lograr resultados seleccionados por él mismo.
7. **Autoeficacia:** Término acuñado por Bandura (1986) para referirse al juicio de un individuo acerca de su competencia personal en una situación específica. La percepción de autoeficacia influye de manera notable la participación, motivación y persistencia de la persona en esa situación. En la prevención y el tratamiento de las drogodependencias, el término se utiliza para referirse a la percepción que tiene el individuo sobre su capacidad de hacer frente a una situación futura en la que exista un elevado riesgo de consumir drogas. Si cuando se produce esa situación el riesgo, el individuo es capaz de manejarla eficazmente sin consumir drogas, se produce un aumento de la auto-eficacia personal y disminuye la probabilidad de consumir drogas en el futuro. Según Marlatt, Baer, y Ouygley, 1999 se refiere a la exploración de la creencia que tiene la persona sobre su habilidad para llevar a cabo, con éxito, una tarea específica. Adaptado de: Hoffman, 1995; y Graña, 1994.
8. **Autoestima:** Valoración que uno tiene de sí mismo, positiva o negativa. Se forma a través de un proceso de asimilación y reflexión, mediante el cual interioriza las opiniones de las personas socialmente significativas (padre, madre, maestros/as, compañeros/as), y los utiliza como criterios para su propia conducta.
9. **Búsqueda de Sensaciones:** Rasgo de la personalidad caracterizado por la necesidad de experimentar sensaciones y experiencias novedosas, variadas y complejas, así como la tendencia a arriesgarse para poder conseguir dichas experiencias. Mientras que una persona con una necesidad alta de búsqueda de sensaciones prefiere una tener una continua fuente externa de estimulación, le aburre la rutina y busca de manera constante modos de aumentar la activación mediante experiencias excitantes, una persona con un

bajo nivel del rasgo, prefiere menos estimulación y tolera la rutina bastante bien. Algunos estudios han vinculado la búsqueda de sensaciones a un mayor riesgo de desarrollar comportamientos problemáticos como el abuso de drogas. Adaptado de: Reeve, 1994.

- 10. Campañas:** Implica un conjunto de actividades que incluye labores de capacitación, comunicación y movilización social, las cuales mantienen una estrecha relación sobre la base del eje central de la campaña.
- 11. Charla:** Consiste en una reunión del promotor o de la promotora con un grupo de personas de una comunidad o institución con el fin de brindar conocimiento y/o sensibilizar sobre un tema específico.
- 12. Comunicación:** Proceso social de compartir e intercambiar información entre dos o más personas mediante la interacción interpersonal (cara a cara) o por otros medios como el periódico, radio o televisión, folletos o afiches, palabras y símbolos (fotos, gráficos, sonidos)
- 13. Conducta de riesgo:** En general, es una forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente. En relación con el uso de drogas, se refiere a conductas que ponen a las personas en riesgo de daños relacionados con dichas drogas. Aunque este término se ha relacionado más a menudo con conductas tales como compartir jeringuillas u otros útiles para inyectar (cuchara, agua, torniquete, etc.), las cuales ponen a los consumidores por vía parenteral en riesgo de transmisión de virus como SIDA o hepatitis C, el término puede ser aplicado para cualquier droga y cualquier riesgo de daño a la vida, las relaciones, la salud o de recibir sanciones legales. Tomado de: OMS, 1999; y UNDCP, 2000.
- 14. Disponibilidad de drogas (Drug Access):** El grado de disponibilidad y facilidad de acceso a las sustancias psicoactivas legales e ilegales en las escuelas, los barrios, el hogar, etc., para aquellos que buscan su consumo. Identificado como factor de riesgo del entorno. Adaptado de: CSAP, 2001
- 15. Educación para la Salud:** Es un proceso sociocultural de formación y compromiso que involucra un cambio de actitudes de la persona, donde se construye y hace suyos los valores, criterios y hábitos que la conducirán a la vivencia de los mismos en lo cotidiano, para la defensa y la promoción de la salud en la vida personal, familiar y de la comunidad. (Programa de Promoción de la salud en las instituciones educativas. Escuelas Saludable, MINSA, 2005).
- 16. Empoderamiento de las mujeres:** Proceso por el cuales las mujeres se vuelven más conscientes de la subordinación. Esto puede ir del fortalecimiento del auto respeto y auto imagen de las mujeres, a acciones para ganar posición en espacios de toma de decisiones importantes y trascendentales en el ámbito privado público.
- 17. Estudio CAP:** Estudio de conocimientos, actitudes y prácticas de la audiencia, o público relacionadas a un producto, servicio o conductas específicas. Se complementa con estudio cuantitativos (encuestas) y también deben examinar las redes sociales y de comunicación.
- 18. Explotación Económica:** Otra forma de abuso consistente en el uso ilegal o inapropiado de los fondos económicos de la persona mayores.

- 19. Factores de Protección:** Aquellas características individuales, ambientales o sociales que reducen la probabilidad de que una persona se implique en el consumo de drogas o de que éste llegue a causar problemas importantes. Debe tenerse en cuenta que los factores de protección no son el valor opuesto a los factores de riesgo sobre una misma variable, sino que se trata de otros factores cuya presencia amortigua el impacto de los factores de riesgo. Entre los factores de protección podemos señalar la existencia de fuertes vínculos familiares, una buena educación parental con reglas de conducta claras e implicación de los padres en la vida de sus hijos, éxito escolar, fuertes vínculos con instituciones prosociales como la escuela u organizaciones religiosas y la asunción de normas convencionales sobre el consumo de drogas.
- 20. Género:** Construcción social y cultural basada en las diferencias sexuales, que organiza la relación social en un grupo humano histórico y geográficamente determinado. Comprende símbolos y mitos, normas, instituciones y organizaciones sociales, y la identidad individual y grupal. En una gran parte de las sociedades humanas, pero no en todas, se traduce en relaciones jerárquicas y de poder entre hombres y mujeres, donde estas últimas se encuentran en desventaja (Documento técnico: Enfoque de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud).
- 21. Habilidades para la Vida:** son los aspectos que facilitan la adopción de estilos de vida saludables. Estas habilidades permiten afrontar bien las diferentes exigencias de la vida diaria, a la vez se constituyen en herramientas para prevenir conductas de riesgo como son la violencia y consumo de sustancias adictivas. (ver OPS tipos de habilidades para la vida: sociales, cognitivas y de control de emociones)
- 22. Impacto:** Es la medida en que la campaña o actividad de IEC ha cambiado o mejorado los conocimientos, actitudes, comportamientos de salud de la población meta.
- 23. Maltrato Social:** Discriminación de un grupo de población que reúne características comunes- en este caso la edad- cuando se convierten en víctimas de delitos, trampas fraudulentas, acoso inmobiliario y otros.
- 24. Maltrato Institucional:** Cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o privados, o derivados de la actuación individual del profesional de estos que conlleve abuso, negligencia o detrimento de salud, de la seguridad, del estado emocional o del estado de bienestar físico, o que los derechos de las mujeres o familias no sean respetados.
- 25. Maltrato Físico:** El que causa daño corporal, dolor o deterioro producido por la fuerza física o la violencia.
- 26. Maltrato Psicológico:** El que causa intencionadamente angustia o estrés mediante actos verbales o no verbales, tales como amenazas, insultos, intimidaciones o humillaciones. El abandono y abuso psicológico puede producir a veces mayor malestar y angustia mental que los malos tratos físicos.
- 27. Mensaje:** Conjunto de conceptos seleccionados y trabajados sobre un tema y que presentamos a la población mediante diversos materiales de IEC.
- 28. Negligencia:** Consistente en la no administración de cuidados necesarios al mayor, en relación por ejemplo a la alimentación, vestido, higiene, cobijo y cuidados médicos apropiados. En la negligencia activa se fuerza al anciano para que se quede, por ejemplo,

en cama o sentado en un sillón, o se le priva de comida, de higiene, etc. Se da también la denominada negligencia pasiva, por olvido no llamarle a comer o no prestarle la ayuda necesaria.

- 29. Participación Comunitaria:** Es el proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar y el del grupo, contribuyendo conscientemente y constructivamente en el proceso de desarrollo. Se le llama también participación social.
- 30. Presión de los Iguales:** Influencia sobre una persona ejercida por individuos cercanos y de características similares para que adopten comportamientos del grupo entre los que puede incluirse el uso de drogas. Los jóvenes y adolescentes son especialmente sensibles a la presión de los iguales, si bien es una influencia relevante a cualquier edad. Este concepto ha contribuido al desarrollo de estrategias de prevención que enfatizan el entrenamiento en habilidades para rechazar la oferta de drogas. Basado en: UNDCP, 2000.
- 31. Resiliencia:** Es la capacidad de prevalecer, crecer, ser fuerte y hasta triunfar a pesar de las adversidades.
- 32. Segmento de Audiencia:** Un sub grupo homogéneo de la audiencia meta. Permite a los planificadores describir y comprender mejor un segmento, predecir una conducta y formular mensajes y programas compuestos para que satisfagan las necesidades específicas. Las audiencias metas pueden segmentarse demográficamente (urbana, rural, norteña, sueña), económicamente (nivel de ingresos) y por una variedad de características (personalidad, estilo de vida, modalidades de uso de los servicios, factores de riesgo, beneficios buscados)
- 33. Situación de alto Riesgo:** Cualquier situación (incluyendo las reacciones emocionales a la situación), que representan una amenaza para la sensación de control del individuo y aumenta el riesgo de recaída (Marlatt, 1993)
- 34. Solución de Problemas:** Proceso mediante el cual los individuos comprenden la naturaleza de los problemas de la vida y dirigen sus intentos hacia su modificación del carácter problemático de la situación o sus reacciones hacia ella (Nezu y Nezu, 1995).
- 35. Solución eficaz del Problema:** Son aquellas respuestas de afrontamiento que permiten lograr nuestros objetivos (de resolver un problema), incrementando nuestras consecuencias positivas y reduciendo las negativas (D´Zurilla y Nezu, 1987).
- 36. Sustancia Psicoactiva:** En el Lexicon of Alcohol and Drug Terms de la OMS, se define como sustancia que, al ingerirse, altera los procesos mentales, es decir, el pensamiento o la emoción. Esa expresión y su equivalente, droga psicotrópica, son las más neutras y descriptivas que se pueden aplicar a esa clase de sustancias, lícitas e ilícitas, de interés para la política sobre drogas. El término “psicoactiva” no significa necesariamente causante de dependencia.
- 37. Video Fórum:** Consiste en proyectar un video película y/o documental, referido a un tema específico. El video fórum tiene como objetivo principal el informar y sensibilizar.

ANEXO N° 3

LINKS DE VIDEOS SOBRE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR ASOCIADA A CONSUMO DE DROGAS

http://youtu.be/1w0UZ9_mWSc

<http://youtu.be/iOn4FuEuiO8>

<http://youtu.be/9oHZAA100PA>

<http://youtu.be/ovkDJHVYyxY>

<http://youtu.be/cQOT2rKFZdw>

http://youtu.be/s_-2AWISOIY

<http://youtu.be/IZRyH9qvJCw>

<http://youtu.be/pebiR2b02q8>

http://youtu.be/Ha-yDS2_Vh8

<http://youtu.be/OEwrDhAJQXA>

<http://youtu.be/PjlgOFCBfWU>

ANEXO N° 4

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

TEMA. SOBRE SEXO Y GÉNERO⁸⁴

Género es un constructo cuyo significado “clásico” sólo se hace comprensible en contraposición a las nociones también “clásicas” de “sexo” y de “sexualidad”.

El sexo remite al hecho biológico universal de la constitución anatomofisiológica diferenciada y a la causalidad natural de la misma.

Etimológicamente, deriva del término latino *sexus* que, a su vez, proviene del verbo *secare*, que significa separar o dividir. En este sentido estricto, sexo es lo que categoriza dicotómicamente a hombres y mujeres en dos grupos sustancialmente distintos, “naturalmente diferentes”, cada uno “idéntico” a sí mismo e inconfundible con el “otro”.

En manos de la ciencia biomédica (...) la estructura corporal natural del sexo se convierte en el criterio demográfico fundamental de clasificación de los seres humanos, cuya complejidad y heterogeneidad quedan reducidas por el carácter “inconfundible” del dimorfismo sexual. Esta división “natural” de los animales humanos sirve de base para su “división sexual”, dentro de un “orden socio sexual natural”, que funciona al mismo tiempo como “norma” estadística, biomédica, social, psicológica, jurídica, política y moral. Cualquier elemento que no encaje en este sistema será naturalmente considerado desviado, perverso y patológico.

El género equivale a la correspondencia cultural del sexo, a la conciencia social de la pertenencia a una clase sexual específica, definida en términos binarios. En otros términos, constituye la “dimensión psicosocial asociada a las diferencias anatómicas” (Izquierdo, 1998, p. 71). Es la definición cultural de los patrones masculino y femenino de funcionamiento socialmente normales de los machos y las hembras humanos. En definitiva, masculinidad y femineidad son “tipos ideales” contruidos socialmente e impuestos culturalmente a las personas de carne y hueso –hombres y mujeres – (Cortina, 1998).

El núcleo de esta construcción social está integrado por las pautas que la sociedad establece y reproduce sobre el comportamiento esperado (apropiado) del hombre (macho y masculino) y de la mujer (hembra y femenina) respectivamente.

(...) si el sexo constituye una estructura natural que nos constituye “biológicamente”, se supone que el género nos constituye “psicosocialmente”, al formar el núcleo duro de la estructura de la personalidad, el referente clave para la definición del estatus y de la identidad social correspondientes. (Tomado de: Cantera, 2004).

TEMA. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO⁸⁵

No hay sociedad en la que no cunda la violencia contra la mujer. La violencia en el hogar es una de las formas más extendidas de la violencia contra la mujer. En los estudios de demografía,

84 Cantera, L. (2004) Tesis Doctoral. Más allá del género. Nuevos enfoques de “nuevas” dimensiones y direcciones de la violencia en la pareja. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5441/lce1de1.pdf;jsessionid=E1F3EBEA1AED9A11BEA4D247ED6F1F6B.tdx2?sequence=1>

85 AGORA: Módulo I. La Construcción Social de la Identidad de Género. España. Recuperado de <http://www.ceuta.es/OEDFD25C-311A-49F7-888D-5C833D7CC11B/FinalDownload/DownloadId-4BAB147203DCFD75CCCD7C528B96/OEDFD25C-311A-49F7-888D-5C833D7CC11B/cam/documentos/ViolenciadeGenero.EfectosyRepercusiones.pdf>, p. 178

de 10% a 15% de las mujeres manifiestan haber sido maltratadas o sometidas a vejaciones por sus compañeros. Las mujeres que son víctimas de maltrato suelen ser también víctimas de malos tratos de índole psicológica y de abuso sexual. “Faltan” en el mundo hasta 60 millones de niñas, es decir, niñas que tendrían que haber nacido según los conteos demográficos pero que se supone asesinadas por familiares que no desean tener hijas. Se calcula que el índice de masculinidad en China es de 131 varones por cada 100 mujeres.

Cada año son víctimas de la trata y se ven condenadas a la esclavitud sexual por lo menos dos millones de niñas de edades comprendidas entre los 5 y los 15 años en todo el mundo. En ciertos países de Asia niñas de 12 años de edad se ven obligadas a atender hasta a 40 clientes al día.

Se calcula que se ha practicado a 130 millones de mujeres, la mayoría de ellas en África, siendo niñas, la mutilación genital femenina, a veces denominada corte genital femenino. Cada año corren el mismo peligro dos millones de niñas.⁶ La mutilación genital femenina es la ablación parcial o total de los genitales femeninos externos u otra lesión genital. La práctica, que tiene por finalidad reducir el placer sexual, causa dolor intenso y puede provocar infecciones, esterilidad o la muerte.

La coacción sexual y la violación se hallan sumamente extendidas y quienes las perpetran suelen gozar de impunidad: en 12 países de América Latina, no se condena a quienes violan a mujeres a pena alguna si consienten en contraer matrimonio con sus víctimas y si ellas acceden a su vez. En el sistema jurídico de algunos países la violación por el marido no está tipificada como delito.

Los “asesinatos para restaurar la honra” son homicidios cultural y jurídicamente sancionados que cometen con este fin los familiares de una mujer si juzgan que ha tenido relaciones sexuales inaceptables, incluida la violación. Estos asesinatos, que suelen ser perpetrados por un padre, un cónyuge o un hermano, segaron en 1999 la vida de por lo menos 5.000 mujeres – cada dos horas murió apuñalada o lapidada o murió estrangulada o tuvo que arder viva una mujer.

TEMA: VIOLENCIA CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES⁸⁶

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 porcentaje por mujeres de 15 a 19 (83,4 por ciento) y de 40 a 44 años de edad (81,4 por ciento) y de 45 a 49 años (78,7 por ciento), educación primaria (80,6 por ciento) y sin educación (79,6 por ciento), ubicadas en el segundo quintil de riqueza (82,3 por ciento), residentes en el área rural (80,7 por ciento), región Sierra (79,7 por ciento) y en los departamentos de Puno, Huancavelica y Tacna, (94,4, 91,2 y 91,1 por ciento, respectivamente).
- ▶ En segundo lugar, fue prohibiéndoles algo que le gusta (33,7 por ciento), declarada generalmente por mujeres de 30 a 34 (37,5 por ciento) y 35 a 39 (35,9 por ciento), con educación superior (50,4 por ciento), situadas en el quintil superior de riqueza (50,3 por ciento) y cuarto quintil (49,9 por ciento), residentes en el ámbito urbano (43,3 por ciento), en Lima Metropolitana (47,9 por ciento) y en los departamentos de Tacna (50,9 por ciento) y Arequipa (47,0 por ciento).

⁸⁶ Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2012). *Encuesta demográfica y de salud familiar 2012: Violencia contra las Mujeres, Niñas y niños*. 354-356p.

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 (77,0 por ciento); la mayoría de ellas, tenían de 15 a 19 (81,6 por ciento) y de 45 a 49 años de edad (80,5 por ciento), sin nivel de educación y educación primaria (83,3 y 79,7 por ciento, respectivamente), ubicadas en el quintil inferior y segundo quintil de riqueza (81,9 y 79,4 por ciento, correspondientemente); residentes en el área rural (81,3 por ciento), en la Sierra (80,1 por ciento) y en los departamentos de Huancavelica y Puno (93,3 y 92,2 por ciento, respectivamente). Esta forma de castigo fue utilizada tanto por las madres solteras (78,0 por ciento) como casadas/convivientes y divorciadas/separadas o viudas (77,2 y 75,7 por ciento, respectivamente).

En segundo lugar, mencionaron la prohibición de algo que le gusta (42,6 por ciento), forma de castigo utilizada generalmente por mujeres de 30 a 34 y de 35 a 39 años de edad (48,8 y 46,6 por ciento, respectivamente), divorciadas, separadas o viudas (51,3 por ciento), educación superior (57,5 por ciento); en tanto las mujeres sin nivel de educación presentaron menor porcentaje (11,7 por ciento); residentes en el área urbana (51,4 por ciento), 2,5 veces al porcentaje observado en el área rural (20,9 por ciento) y en los departamentos de Ica, Tacna y Moquegua (61,2, 60,1 y 59,5 por ciento, respectivamente).

Otra forma de castigo empleada por la madre biológica fueron los golpes o castigos físicos (32,7 por ciento), en mayor porcentaje tenían de 25 a 29 (36,3 por ciento) y de 30 a 39 años de edad (34,6 por ciento, en promedio), casadas o convivientes (34,0 por ciento), sin educación (47,7 por ciento), ubicadas en el quintil inferior de riqueza (45,6 por ciento); residentes en el área rural (42,7 por ciento), Selva (50,1 por ciento) y en los departamentos de Amazonas (58,0 por ciento), Huánuco (56,8 por ciento), Ayacucho (52,8 por ciento) y San Martín (52,7 por ciento).

Por otro lado, las palmadas fueron ejercidas frecuentemente por madres de 15 a 19 años de edad (35,6 por ciento, en promedio), con educación superior y secundaria (13,9 y 13,3 por ciento, respectivamente), residentes en el ámbito urbano (12,6 por ciento), región Resto Costa (16,2 por ciento) y en el departamento de Piura (24,6 por ciento). (Adaptado de: ENDES, 2012, pp. 354-356).

Formas de castigo de los padres a la entrevistada

El 61,6 por ciento de las mujeres entrevistadas declararon que fueron golpeadas por sus padres. Esta forma de castigo fue manifestada en mayor porcentaje por mujeres de 40 a 44 años de edad (69,4 por ciento), sin educación y educación primaria (70,3 y 69,6 por ciento, respectivamente), divorciadas, separadas o viudas (68,1 por ciento); casadas o convivientes (67,6 por ciento) y ubicadas en el segundo quintil de riqueza (68,7 por ciento); en el área rural (66,8 por ciento), región Selva (73,2 por ciento) y en los departamentos de San Martín, Huánuco y Huancavelica (80,9, 77,1 y 76,1 por ciento, respectivamente).

Asimismo las mujeres entrevistadas declararon que sus padres utilizaron la reprimenda verbal para castigarlas (46,4 por ciento), declarada en mayor porcentaje por mujeres entre 15 y 19 años de edad (57,5 por ciento), solteras (53,9 por ciento), con educación superior (47,3 por ciento) y secundaria (46,9 por ciento), situadas en el segundo quintil de riqueza (49,6 por ciento); residentes en el área rural (49,7 por ciento), en la Sierra (51,7 por ciento) y en los departamentos de Huancavelica, Puno y Tacna (85,0, 73,2 y 69,8 por ciento, respectivamente); Cajamarca presentó el menor porcentaje (24,9 por ciento).

Otra forma de castigo de los padres a las entrevistadas fue prohibiéndoles de algo que le gusta (21,0 por ciento), en su mayoría tenían de 15 a 19 años de edad (38,1 por ciento); solteras (37,1 por ciento), con educación superior (32,6 por ciento) y situadas en el quintil superior de riqueza (35,8 por ciento), 6,8 veces a lo observado en el quintil inferior de riqueza (5,2 por ciento); residentes en el área urbana (25,7 por ciento), y en los departamentos de Ica (34,9 por ciento) y Moquegua (32,8 por ciento).

Creencia en la necesidad del castigo físico para educar a sus hijas e hijos

El 17,6 por ciento de las mujeres entrevistadas manifestaron que para educar a las hijas e hijos era necesario el castigo físico. Esta declaración fue mayor en mujeres de 30 a 39 años de edad (20,5 por ciento, en promedio), casadas o convivientes (19,4 por ciento), sin educación y con educación primaria (25,0 y 21,2 por ciento, respectivamente), ubicadas en el quintil inferior de riqueza (21,6 por ciento), residentes en el ámbito rural (21,3 por ciento), Selva (23,6 por ciento) y en los departamentos de Madre de Dios (44,2 por ciento) y Apurímac (39,9 por ciento).

TEMA: VIOLENCIA CONTRA LA MUJER VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES, NIÑAS Y NIÑOS⁸⁷

La violencia en el Perú, es un problema social de graves consecuencias para la salud, la economía y el desarrollo de los pueblos y generalmente, se instala de manera silenciosa en numerosas familias dejando sus terribles secuelas (Viviano, 2005).

La violencia contra la mujer es “Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o en la vida privada”

Esta manifestación del ejercicio de poder de una persona sobre otra, afecta la salud física, sexual y/o psicológica de las personas que la sufren, especialmente las mujeres y las niñas y niños. Sin embargo, la violencia, es un problema que generalmente se calla y se oculta, principalmente, por la propia víctima. Cuando se la instituye como práctica cotidiana, perpetuándose a través de generaciones en la crianza de las hijas e hijos, éstos la replican cuando son padres (Consejo Económico y Social, ONU, 1992).

Situaciones de control

En el país, el 66,3 por ciento de las mujeres alguna vez unidas manifestó que el esposo o compañero ejerció alguna forma de control sobre ellas; en mayor porcentaje, declararon las mujeres de 15 a 19 (70,4 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (80,1 por ciento), con educación secundaria (68,6 por ciento) y primaria (68,3 por ciento), ubicadas en el segundo quintil y quintil inferior de riqueza (69,3 y 68,3 por ciento, respectivamente). Según departamento, Huancavelica y Apurímac presentaron los más altos porcentajes (82,9 y 81,3 por ciento, respectivamente).

Situaciones humillantes

El 21,7 por ciento de las mujeres alguna vez unidas manifestó que habían experimentado situaciones de violencia verbal a través de expresiones humillantes delante de los demás. El mayor porcentaje fue en mujeres de 45 a 49 años de edad (29,7 por ciento), divorciadas,

87 ENDES (2012) Violencia contra las mujeres, niñas y niños. Recuperado de <http://share.pdfonline.com/4fe19db687144ea2b4b25a39ad357efd/vilonecia%202012.htm>

separadas o viudas (38,5 por ciento), sin educación (22,9 por ciento) y del quintil intermedio de riqueza (24,1 por ciento); residentes en el ámbito urbano (22,5 por ciento), en la región Sierra (23,0 por ciento) y en los departamentos de Apurímac (30,8 por ciento), Cusco (29,3 por ciento) y Junín (28,8 por ciento).

Amenazas del esposo o compañero

El 19,9 por ciento de las mujeres alguna vez unidas declararon que habían sido amenazadas por su esposo o compañero con irse de la casa o quitarle a sus hijas (os) o la ayuda económica, generalmente fueron mujeres de 25 a 29 y de 40 a 44 años de edad (22,4 y 22,3 por ciento, respectivamente). Las mujeres divorciadas, separadas o viudas sufrieron esta amenaza en 2,7 veces al porcentaje de las casadas o convivientes (16,1 por ciento).

Este tipo de amenaza fue manifestada en mayor porcentaje por las mujeres del área urbana (21,5 por ciento), Lima Metropolitana (21,4 por ciento) y del departamento de Apurímac (30,6 por ciento).

Violencia física y sexual por parte del esposo o compañero

El 37,2 por ciento de las mujeres alguna vez unidas manifestaron que fueron víctimas de violencia física y sexual por parte de su esposo o compañero, como empujones, golpes, patadas, ataques o amenaza con cuchillo, pistola u otra arma y tener relaciones sexuales sin su consentimiento o realizar actos sexuales que ella no aprobaba; mayor ocurrencia fue en mujeres de 40 a 49 años de edad (42,0 por ciento, en promedio), divorciadas, separadas o viudas (56,8 por ciento), sin educación (42,1 por ciento) y con educación secundaria y primaria (39,4 por ciento, en promedio), situadas en el segundo quintil y en el quintil intermedio (42,4 por ciento, en promedio), en el área urbana (38,0 por ciento), Sierra (39,3 por ciento) y Selva (38,8 por ciento) y en los departamentos de Cusco y Apurímac (51,8 y 50,3 por ciento, respectivamente).

TEMA: FACTORES DE RIESGO PARA EL MALTRATO DE LA PERSONA ADULTA MAYOR, DESDE LA ÓPTICA DE ALGUNOS PARADIGMAS⁸⁸

Paradigma Ambiental/Conductual

Un factor de riesgo fundamental en este paradigma es el aislamiento que puede presentar la persona adulta mayor, el cual es “la falta de participación en actividades sociales y profesionales, entre otros. Las relaciones familiares se ven, asimismo, alteradas muchas veces, siendo con frecuencia muy difícil la convivencia bajo el mismo techo con otras generaciones.” (Vera, 2000, pg.40). Al tener un aislamiento ante las redes sociales externas, el/la adulto/a mayor deja de ser un miembro activo en la sociedad, aislándose en su familia y dependiendo exclusivamente de ellos, tanto en el sentido de cuidado como de sociabilización. Al ocurrir esto, los miembros familiares se ven obligados a hacerse cargo de una nueva etapa de su ciclo vital familiar, donde sin estar bien capacitados para ella pueden responder con violencia ante la persona de tercera edad.

La disminución de su repertorio conductual, tanto por pérdidas de capacidades físicas como

⁸⁸ Instituto Chileno de Psicoterapia integrativa. Violencia Intrafamiliar hacia el adulto mayor: una mirada desde el Enfoque Integrativo Supra paradigmático. Recuperado de http://www.puentesconsultores.cl/upload/pdfs/20120709230420_violencia-intrafamiliar-hacia-el-adulto-mayor-una-mirada-desde-el-enfoque-integrativo-supraparadigmatico.pdf

cognitivas es un factor de riesgo, ya que con estos cambios el medio en el cual vive puede reaccionar de manera hostil y violenta hacia el/la adulto/a mayor, no pudiendo empatizar con los cambios que está viviendo esta persona.

Paradigma Sistémico

Disfunciones dentro de los subsistemas de autonomía que ha presentado la familia a través de sus años de formación, tales como tener problemas en los cuidados mutuos, disfunciones en el subsistema afectivo- empático, en la definición de límites, problemas intergeneracionales, en la resolución de conflictos, en el sistema comunicacional, entre otros. (González, 2007)

Las familias de tipo desligado, descritas como “en esta familia cada persona anda por un lado. Hay distanciamiento y alejamiento que suele ser prematuro y descompensado, lo que resulta incompatible con la formación de auténticas individualidades madurativas. Estas familias carentes de reglas y estructuras estables, facilitan emocionalmente abandono, malos tratos, abusos sexuales y se constituyen en terreno abonado para las sociopatías y la multiproblematicidad” (González, 2007, p.114). En esta falta de estructuras estables y contacto emocional con los miembros familiares, los maltratos de tipo de abandono o negligencia pueden ser presentados hacia el/la adulto/a mayor, constituyendo un factor de riesgo crucial a la hora de evaluar la violencia intrafamiliar.

El haber pertenecido a un sistema familiar donde la violencia se utilizó como método de resolución de conflictos, o que fue validada dentro del el sistema. Siendo la violencia muchas veces un patrón transgeneracional, si la persona adulta mayor utilizó la violencia al educar, aumenta la probabilidad de ser víctima de violencia al momento de pertenecer a la tercera edad por parte de este sistema donde fue validada.

Paradigma Afectivo

La labilidad emocional es un factor de riesgo dentro de este paradigma, donde la persona adulta mayor poseería una inestabilidad anímica que puede gatillar irritabilidad en su cuidador/a, donde finalmente puede producir conductas violentas de parte del cuidador/a hacia la persona de tercera edad

Paradigma Cognitivo

Poseer una autoimagen negativa, “se relaciona con la forma en que los ancianos se perciben a ellos mismos. Los estudios han demostrado que los ancianos que se ven como viejos tienden a ser enfermizos, deprimidos, ansiosos, infelices y menos competentes para manejar sus asuntos. Los que se sienten jóvenes, independientemente de la edad que tengan, tienden a permanecer atentos, vigorosos, activamente participantes e independientes.” (Beaver & Miller, 1998, p.320). Al poseer una autoimagen negativa, disminuye su funcionalidad y aumenta la dependencia hacia los demás, siendo un factor de riesgo ya que a mayor dependencia mayor posibilidad de ser víctimas de maltrato.

El poseer una baja asertividad también cabría dentro de los factores de riesgo. Una baja asertividad se manifestaría en una disfuncionalidad en que “el sujeto exprese lo que piensa y siente en el momento adecuado, a la persona correcta y de la forma adecuada; de defender con decisión y firmeza sus derechos sin atropellar los derechos de los demás” (Bejer, 2010). Si la persona adulta mayor presenta una dificultad en ser asertivo posiblemente puede aumentar la posibilidad de que el medio que lo rodea reaccione hostilmente, tras que el adulto mayor se comunique de forma inadecuada

TEMA: CONSUMO DE ALCOHOL EN LA MUJER ADULTA MAYOR⁸⁹

Las mujeres consumen menos alcohol a medida que envejecen. Al mismo tiempo, la investigación sugiere que la gente nacida en décadas recientes está más predispuesta al consumo de alcohol —a lo largo de la vida— que la gente nacida a principios del 1900. Los pacientes mayores son admitidos en los hospitales casi tan frecuentemente por causas relacionadas con el alcohol como por ataques cardíacos.

Las mujeres mayores pueden ser especialmente sensibles al estigma de ser alcohólicas, y, por lo tanto, dudan de informar sobre sus hábitos, aun si tienen un problema.

Consecuencias del consumo excesivo de bebidas alcohólicas

- ▶ Las mujeres mayores, más que cualquier otro grupo, usan medicamentos que pueden afectar el humor y el pensamiento, tales como aquéllos para la ansiedad y la depresión. Estos medicamentos “psicoactivos” pueden interactuar con el alcohol en forma dañina.
- ▶ La investigación sugiere que desarrollar problemas con el alcohol en etapas tardías de la vida puede ser más común en las mujeres que en los hombres.

La edad y el alcohol. El envejecer pareciera reducir la capacidad del cuerpo para adaptarse al alcohol. Los adultos mayores alcanzan niveles más altos de alcohol en la sangre aun cuando beban la misma cantidad que la gente más joven. Esto se debe a que, al envejecer, disminuye la cantidad de agua en el cuerpo, y el alcohol se concentra más. Pero aun al mismo nivel de alcohol en sangre, los adultos mayores sienten algunos de los efectos del alcohol de manera más fuerte que la gente más joven.

Los problemas con el alcohol entre las personas mayores a menudo se confunden con otras condiciones relacionadas con el envejecimiento. Como resultado, los problemas con el alcohol pueden pasarse por alto y no ser tratados por los proveedores de cuidado de la salud, especialmente, en las mujeres mayores.

Manteniéndose bien. Las mujeres mayores necesitan permanecer alertas a que el alcohol se les “subirá a la cabeza” más rápidamente que cuando eran más jóvenes. También los proveedores de cuidado necesitan saber que el alcohol puede ser la causa de problemas que, supuestamente, resultan por la edad. Éstos incluyen la depresión, problemas para dormir, mal comer, problemas cardíacos y caídas frecuentes.

El Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo recomienda que las personas de 65 o más años limiten el consumo de alcohol a una bebida por día.

Un punto importante es que las personas mayores con problemas con el alcohol responden tan bien al tratamiento como las personas más jóvenes. Aquéllos con antecedentes más recientes de problemas responden mejor al tratamiento que aquéllos con antecedentes más lejanos.

⁸⁹ Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo (2005). Alcohol: un problema de la salud de la mujer. Departamento de Salud y Recursos Humanos de Estados Unidos. Recuperado de <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/WomenSpanish/women.htm>

TEMA: FEMINICIDIO**LAS FRONTERAS DEL CONCEPTO “FEMINICIDIO”: UNA LECTURA DE LOS ASESINATOS DE MUJERES DE AMÉRICA LATINA⁹⁰**

Jill Radford había definido al Femicidio (femicide, en inglés) como “el asesinato misógino de mujeres cometido por hombres”⁴. En los casos que describía la prensa, y a los que alude González Rodríguez, dicha definición parecía encajar perfectamente. Sin embargo, las autoridades, las instituciones encargadas de la procuración de justicia y los propios medios de comunicación mostraron mucha reticencia para incorporar el término. Se daba a entender que la palabra “Femicidio” constituía, en sí misma, una exageración y se nos acusaba a las feministas de magnificar el problema. Al mismo tiempo, se desataba una guerra de cifras: que no eran 300, sino 150, como si la magnitud del problema fuera directamente proporcional al número de mujeres asesinadas.

¿Cuáles son los límites del “Femicidio”? Si el asesinato de mujeres es un acto de dominio ¿podemos hablar del Femicidio como una guerra o como una forma de exterminio? ¿Es un crimen de Estado? ¿Hay un vínculo entre los asesinatos que se dan en el ámbito público y en el privado?

Cabe mencionar que el término Femicidio está íntimamente ligado al de patriarcado, dado que ambos provienen del bagaje de la teoría feminista. La propia Jill Radford afirma lo siguiente:

“En el análisis feminista radical el Femicidio tiene un gran significado político. Es una forma de castigo capital que afecta a las mujeres que son sus víctimas, a sus familias y amigas y amigos. En realidad sirve como medio para controlar a las mujeres en tanto que clase sexual, y como tal las mujeres son centrales para mantener el statu quo patriarcal”.

Para Radford, la práctica de matar mujeres está íntimamente vinculada con los roles de género asignados en una sociedad patriarcal, específicamente, con los dispositivos sociales que buscan controlar la conducta de las mujeres. Así, el Femicidio envía un mensaje doble: “Para las mujeres establece: “Salte de la línea y te puede costar la vida”, y para los hombres: “puedes matarla y seguir tan campante”

Rita Segato habla de los Femicidios como mensajes que se envían de manera horizontal, es decir, entre mafias, está hablando de esa relación entre pares, es decir, la relación entre hombres. Sin embargo, desde mi punto de vista, el problema radica precisamente en que es todo el sistema el que funciona a partir de estas relaciones, pues vivimos en un mundo en el que quienes violan y asesinan son ellos, pero también los que deliberan, juzgan y hacen las leyes.

Esto se conecta con la reflexión de Marcela Lagarde en la que definía al Femicidio de la siguiente manera: “El conjunto de delitos de lesa humanidad que contienen los crímenes, los secuestros y las desapariciones de niñas y mujeres en un cuadro de colapso institucional. Se trata de una fractura del Estado de derecho que favorece la impunidad. Por eso el Femicidio es un crimen de Estado (...)”

⁹⁰ Universidad Nacional Autónoma de México Posgrado en Estudios Latinoamericanos. (2008) El Femicidio: Un problema social de América Latina. El caso de México y Guatemala. Recuperado de http://www.glefas.org/glefas/files/pdf/universidad_nacional_autonoma_de_mexico_posgrado_en_estudios_latinoamericanos_el_femicidio.pdf

Decir que “el Femicidio es un crimen de Estado”, desde mi punto de vista, es una de las grandes aportaciones para la interpretación del término. Sin embargo, habría que profundizar en lo que eso significa.

El concepto de impunidad es el que explica este proceso, porque es el propio Estado quien obstaculiza la justicia para las mujeres. Pero debe quedar claro que, cuando hablamos de impunidad, no estamos hablando nada más de omisión o de aquello que el Estado no hace para contrarrestar este fenómeno.

Cuando hablamos de impunidad, pero sobre todo, cuando afirmamos que el Femicidio es un crimen de Estado, estamos diciendo que éste realiza una acción directa: ya sea en la obstaculización de la justicia o en las actitudes de discriminación hacia los casos de mujeres asesinadas. Pero la acción va más allá: en la desaparición de pruebas, en la manipulación de datos y en el sesgo que toman sus propias investigaciones. Así lo han apuntado las madres y familiares de varias de las víctimas del Femicidio.

En el imaginario del feminicida subyace la idea de que la mujer no es una persona sino un objeto de su propiedad o el territorio a delimitar. Se le despoja de su subjetividad, de su humanidad, y se justifica su aniquilamiento al considerar que no vale nada o, lo que es peor, que se merece la muerte. La idea de que la mujer es una prostituta es la que acompaña generalmente al asesinato, idea que más tarde es ratificada por la sociedad que sospecha y criminaliza a la víctima antes que investigar el motivo del asesinato. Y ¿qué significa ser prostituta en esta sociedad? Para empezar, es un presupuesto moral que justifica la violación sexual, pero, como vemos, también el asesinato. Ser prostituta, en este símil entre cuerpo de mujer y territorio, significaría no ser propiedad de nadie y, por lo tanto, propiedad de todos. Significa, entonces, estar en permanente disputa.

TEMA: LOS VALORES⁹¹

Los valores son orientaciones que guían el comportamiento, las actitudes y las formas de pensar de las personas. De esta manera las personas se comportan con determinadas ideas, fórmulas mentales que le guiarán su deber ser, aquello que la sociedad y nuestra familia han determinado.

Es muy importante el conocimiento y práctica de nuestros valores, pues de la mano de ellos actuamos y tomamos las decisiones que cotidianamente realizamos en la interrelación con las personas. Es igualmente importante comportarnos acordes con nuestros valores para no tener sentimientos contradictorios que no creen malestares innecesarios, tales sentimientos se han caracterizado por culpabilidad, frustración, cólera, agresión, tristeza y otros

Los valores son importantes porque nos permiten enfrentar las dificultades y problemas de nosotros, de la familia y de la sociedad, hacer frente, por ejemplo, a la presión de grupo que nos presionan para actuar en forma contraria a nuestros valores. Con esta fortaleza, enfrentamos, por ejemplo, las propuestas de consumo de drogas, agredir a personas, agredir sexualmente a las mujeres y los niños.

Los valores se desarrollan en la evolución del ser humano, pero el efecto de ellos se produce generalmente en la adolescencia, conflictuando nuestro comportamiento debido a que empezamos a darnos cuenta que se nos ha formado de una manera y las personas se comportan de otra forma, incluyendo nuestros padres; sin embargo, es necesario, como una

91 CEPTIS (2013). Los Valores.

forma de educar nuestras ideas, actitudes y emociones, esclarecerlos como parte de nuestra evolución saludable.

Uno de los aspectos de influencia de los valores es el respeto y tolerancia de los valores de otros y de las culturas, por lo que es un poderoso instrumento para luchar contra la discriminación y el maltrato de las personas, así como tener un comportamiento contrario a lo que dañe a nuestros organismos como es el caso del consumo de drogas. (CEPTIS, 2013).

Portanto, es necesario esclarecernos en ellos para llevar y luchar por una vida y comportamientos saludables.

TEMA: EL CONSEJO DE UNA MADRE SOBRE LAS DROGAS⁹²

Este otoño vas a comenzar la secundaria y, al igual que la mayoría de los adolescentes estadounidenses, tendrás que enfrentarte a las drogas. Al igual que la casi todos los padres, preferiría que no usaras drogas. Sin embargo, estoy consciente de que a pesar de mis deseos, puede que las pruebes. No voy a usar tácticas de miedo para disuadirte. En su lugar, después de dedicarle los pasados 25 años a investigar el uso, el abuso y las políticas sobre drogas, compartiré contigo un poco de lo que he aprendido, con la esperanza de que tomes decisiones sabias. Mi única preocupación es tu salud y tu seguridad.

Cuando la gente habla sobre drogas, se refiere generalmente a las sustancias ilegales, como la marihuana, cocaína, meta-anfetaminas, drogas psicodélicas.

(LSD, éxtasis, “hongos”) y heroína. Estas no son las únicas drogas que te ponen eufórico. El alcohol, los cigarrillos, y muchas otras sustancias (como la cola plástica) causan algún tipo de intoxicación. El hecho de que una droga u otra, sea ilegal no significa que una sea mejor o peor para ti. Todas ellas cambian temporalmente el modo en que percibes las cosas y cómo piensas.

Algunas personas te dirán que uno se siente bien cuando usa drogas, y por eso lo hacen. Pero las drogas no son siempre divertidas. La cocaína y la metanfetamina aceleran tu corazón; el LSD puede causarte desorientación; la intoxicación alcohólica afecta cómo manejas; fumar cigarrillos se convierte en adicción y en ocasiones causa cáncer del pulmón; y algunas veces la gente muere de repente al usar heroína.

La marihuana altera cómo la gente piensa, se comporta y reacciona. He tratado de darte una corta descripción de las drogas que puedes hallar a tu paso. He decidido no tratar de asustarte, distorsionando la información porque quiero que confíes en lo que te digo.

Aunque no te mentiré acerca de sus efectos, hay muchas razones por las cuales una persona de tu edad no debe usar drogas o alcohol. Primero, la excitación que causa la marihuana y otras a menudo interfiere con la vida normal. Es difícil retener información cuando se está eufórico, así que consumirlas, especialmente si lo haces a diario, afecta tu capacidad para aprender. En segundo lugar, si piensas usar marihuana, toma en cuenta que los adultos que tienen problemas con drogas por lo general, comenzaron a usarlas a temprana edad.

Finalmente, tu padre y yo no queremos que te metas en problemas. El uso de las drogas y el alcohol es ilegal para ti y las consecuencias de ser sorprendido son serias. Aquí en los Estados Unidos, el número de arrestos por posesión de marihuana se ha más que duplicado

92 Dirección de Tutoría y Orientación Educativa. Tutoría y orientación educativa. Anexo 23. El consejo de una Madre sobre las drogas. Recuperado de <http://ditoe.minedu.gob.pe/Materiales%20DITOE/App41.PDF>

en los últimos seis años. Los adultos son serios en cuanto a “cero tolerancia”. Si te detienen podrías ser arrestado, expulsado de la institución educativa, no se te permitirá que compitas en deportes, perderás tu licencia de conducir, no te darán préstamos para estudiar y no te aceptarán en la universidad.

Puede que algún día decidas experimentar a pesar de mi consejo de que te abstengas. Diría que no sería una buena idea, pero si lo haces, te exhorto a que aprendas lo más que puedas y uses sentido común. Hay muchos libros y referencias excelentes incluyendo el Internet, los cuales te brindan información confiable sobre las drogas. Siempre puedes, desde luego, hablar conmigo. Si no tengo las respuestas a tus preguntas, trataré de ayudarte a encontrarlas.

Si te ofrecen drogas, sé cauteloso. Observa cómo la gente se comporta, pero entiende que cada cual responde de manera diferente, incluso en la misma sustancia. Si decides experimentar asegúrate que a tu alrededor haya gente con la que puedes contar. Planifica tu transportación y no manejes bajo circunstancia alguna, ni te subas al automóvil con cualquier otra persona que haya estado usando alcohol u otras drogas.

Llámanos o llama a cualquiera de nuestros amigos cercanos en cualquier momento, de día o de noche y te iremos a buscar, sin preguntas ni consecuencias. Y por favor, Johnny, actúa con moderación. Es imposible saber qué contienen las drogas ilegales porque no están reglamentadas. La mayoría de las muertes por sobredosis ocurren porque los jóvenes no conocen la potencia de las drogas que consumen, o las combinan con otras.

Por favor, no participes en competencias de quién toma más, en las que han muerto muchos jóvenes. Aunque la marihuana por sí sola no es fatal, demasiado de ésta puede desorientarte o causarte paranoia en ocasiones. Y desde luego, fumar puede dañar tus pulmones, ahora y más adelante en tu vida. Johnny, según te hemos dicho tu padre y yo acerca de varias actividades (incluyendo el sexo), piensa, antes, sobre las consecuencias de tus acciones. Lo mismo con las drogas, sé prevenido y, más que nada, cuida tu seguridad.

Con amor, Mamá

Carta que Marsha Rosenbaum escribe a su hijo Johnny de 14 años y que fue publicada en el San Francisco Chronicle en 1998.

Tomado de MINEDU (2009) Promoción para una vida sin drogas. De tutores para tutores.

TEMA: PROYECTO DE VIDA⁹³

La promoción del desarrollo integral del ser humano está vinculada a una intención propiciadora de la construcción de proyectos de vida con fundamentos críticos, reflexivos y orientados a la autorrealización personal en un contexto de dignidad y plenitud ciudadanas.

El proyecto de vida es posible sólo en tanto el ser humano es libre; y es que el proyecto surge necesariamente de una decisión libre tendente a realizarse en el futuro, mediato e inmediato, con los demás seres humanos en sociedad. Por ello, sólo el ser humano es capaz de formular proyectos. Es más, no podría existir sin elegir ser lo que decide ser, es decir, sin proyectar.

Para decidir sobre un cierto proyecto de vida, que responda a nuestra vocación personal, debemos valorar, es decir, precisar aquello que para nosotros es valioso realizar en la vida,

93 Dirección Regional de Educación (s/f). Diseñando el tipo de hombre: Proyecto de Vida. Recuperado de http://educaciontacna.edu.pe/gretoe/2013/Modulo5_1.pdf

aquello que le va a otorgar un sentido a nuestra existencia. Es decir, el proyecto supone trazar anticipadamente nuestro destino, un cierto modo de llenar nuestra vida, de realizarnos. Es, en síntesis, lo que le otorga razón y, por ende, trascendencia al vivir.

El proyecto de vida se constituye en un elemento clave para el desarrollo personal autónomo, válido para procesos de rehabilitación y recuperación.

¿Cómo Elaborar un Proyecto de Vida?

La elaboración de un proyecto de vida, debe considerar aspectos tales como: el entorno y conocimiento de la persona; la búsqueda de información para satisfacer las inquietudes y posibilidades que nos rodean para alcanzar las metas propuestas; y la flexibilidad, que no debe faltar, pues los seres humanos poseen múltiples intereses, habilidades y la capacidad de rectificar, además los resultados no dependen sólo de la persona.

Al definir un proyecto de vida las personas podrán defender lo que piensan, sus intereses y formarse un carácter menos vulnerable al medio.

1. El punto de partida Mi situación

- ▶ Mis fortalezas
- ▶ Mis debilidades
- ▶ Amenazas
- ▶ Oportunidades

2. Autobiografía

- ▶ ¿Quiénes han sido las personas que han tenido mayor influencia en mi vida y de qué manera?
- ▶ ¿Cuáles han sido mis intereses desde la edad temprana?
- ▶ ¿Cuáles han sido los acontecimientos que han influido en forma decisiva en lo que soy ahora?
- ▶ ¿Cuáles han sido en mi vida los principales éxitos y fracasos?
- ▶ ¿Cuáles han sido mis decisiones más significativas?

3. Rasgos de mi personalidad

Enuncie 5 aspectos que más le gustan y 5 que no le gustan con relación a:

- ▶ Aspecto físico
- ▶ Relaciones sociales
- ▶ Vida espiritual
- ▶ Vida emocional
- ▶ Aspectos intelectuales

4. ¿Quién soy?

- ▶ ¿Cuáles son las condiciones facilitadoras o impulsadoras de mi desarrollo (tanto personales como las existentes en el medio)?
- ▶ ¿Cuáles son las condiciones obstaculizadoras o inhibidoras para mi desarrollo (tanto personales como las existentes en el medio)?
- ▶ ¿Cuál será el plan de acción a seguir?

5. ¿Quién seré? Convertir sueños en realidad

- ▶ ¿Cuáles son mis sueños?
- ▶ ¿Cuáles son las realidades que favorecen mis sueños?
- ▶ ¿Cómo puedo superar los impedimentos que la realidad me plantea para realizar mis sueños?
- ▶ ¿Cómo sé que lograré realizar lo que quería? ¿Cuáles serán las soluciones? ¿Cuáles serán las acciones derivadas a seguir?

6. Mi programa de vida

El propósito de mi vida es...

Analizo mi realidad para realizar el plan de acción: ¿Cuál es mi realidad? ¿Qué tengo? ¿Qué necesito? ¿Qué puedo hacer? ¿Qué voy a hacer?

TEMA: MITOS SOBRE LA VIOLENCIA DE PAREJA O DE GÉNERO⁹⁴

1. **“Un hombre no maltrata porque sí; ella también habrá hecho algo para provocarle”**

Esta creencia es una de las más arraigadas y supone afirmar que la mujer es la responsable del comportamiento violento del hombre. Supone afirmar que la víctima es en realidad la culpable o por lo menos que no hay víctimas; que tanto ella como él, se agreden mutuamente. En este sentido, existe también la creencia de que la mujer agrede verbalmente y el hombre físicamente, que la única diferencia está en la forma de ejercer la violencia, pero que en realidad son ambos los que agreden.

Las personas expertas sin embargo afirman todo lo contrario; la mujer maltratada reprime su rabia e intenta evitar las agresiones adoptando comportamientos totalmente pasivos como el de someterse a los deseos del hombre, darle la razón y no cuestionarle.

La cuestión fundamental es que el hombre agresor vive como provocación que la mujer tenga y exprese sus propios deseos y opiniones y se comporte según los mismos. Las/os especialistas que tratan a agresores afirman que estos hombres basan su autoestima en su capacidad para controlar y dominar, y por lo tanto sólo se sienten satisfechos cuando consiguen la sumisión.

De todas formas nadie tiene derecho a pegar, insultar, o amenazar a otra persona, sea cual sea la excusa que se ponga para ello.

2. **“Si una mujer es maltratada continuamente, la culpa es suya por seguir conviviendo con ese hombre”**

Esta falsa creencia responsabiliza a la mujer de la situación de malos tratos y por lo tanto culpa a la víctima. Las razones por las que una mujer maltratada decide seguir conviviendo con su agresor son múltiples y variadas, y es muy importante conocerlas para no caer en la actitud de culpar a la víctima.

De forma muy escueta, estas son algunas de estas razones:

- ▶ Creer que en realidad su pareja no quiere hacerle daño, que en el fondo la quiere y que si la maltrata es sólo porque tiene problemas.
- ▶ Creer que su pareja cambiará (es muy frecuente que el agresor después de una paliza se sienta arrepentido y le jure que no volverá a hacerlo).
- ▶ Creer que ella es responsable del maltrato, que lo provoca con su comportamiento, que si se porta “bien”, él no la maltratará.
- ▶ Creer que sus hijas/os sufrirán emocional y económicamente si ella se separa.
- ▶ Creer que no es capaz de vivir (emocional y económicamente) sin su pareja.
- ▶ Miedo a que su pareja la agrede gravemente o incluso la mate si se separa. (Desafortunadamente es un miedo muy real).
- ▶ Vergüenza a hacer pública su situación de maltrato.

94 Gorrotxategi, M y De haro, I. Materiales didácticos para la prevención de la violencia en la educación Secundaria, España: Consejo de Educación y Ciencia. Junta de Andalucía

3. “Si se tienen hijas/os, hay que aguantar los maltratos por el bien de las niñas y los niños”

Ser testigos de violencia doméstica tiene consecuencias graves sobre el bienestar emocional y la personalidad de las niñas y de los niños, máxime si se tiene en cuenta que es probable que estas niñas y niños reproduzcan esta misma situación cuando establezcan relaciones de pareja en la edad adulta, ya que aprenden que la violencia es un medio legítimo para solucionar conflictos.

Ante una relación de pareja sembrada de violencia, la opción más responsable hacia el bienestar de las niñas y niños es alejarlos de esa situación.

Tampoco se puede olvidar que alrededor de la mitad de los varones que maltratan a su pareja, maltratan también a sus hijas e hijos.

4. “Los hombres que maltratan lo hacen porque tienen problemas con el alcohol u otras drogas”

Así se suelen justificar muchos maltratadores, evitando de esa forma hacerse responsables de sus actos. Es cierto que el consumo excesivo de alcohol es frecuente en estas personas, pero este hecho no les exime de su responsabilidad. Recordemos, por ejemplo, que en los accidentes de tráfico la ingesta de alcohol es un agravante a la hora de imputar responsabilidades penales. Además no todos los hombres que tienen problemas con el alcohol pegan y maltratan a sus parejas.

5. “Los hombres que agreden a sus parejas están locos”

La locura, por definición, conlleva no tener contacto con la realidad, no percibir la realidad, no darse cuenta de lo que se hace, y este no es el caso de estas personas. Especialistas afirman que sólo un 5% de los hombres que maltratan a sus parejas presentan graves trastornos psicopatológicos.

Sin duda alguna, una persona que, para autoafirmarse, maltrata a otras tiene dificultades para canalizar su malestar y frustración. Pero esto no significa que no sea responsable de sus actos.

6. “Los hombres que agreden a sus parejas son violentos por naturaleza”

Es muy frecuente que los hombres que maltratan a sus parejas no sean violentos con otras personas.

Incluso es frecuente que en el resto de sus relaciones sociales sean amables y respetuosos.

Por lo tanto, la cuestión no es que no puedan controlar su ira, sino que deciden descargarla agrediendo a personas sobre las que se sienten con derecho a actuar así.

Todas las personas, en ciertos momentos, sentimos rabia y frustración en nuestras relaciones con los/las demás, sin embargo nuestros valores y el respeto hacia los/las demás nos conducen a canalizar y descargar ese malestar sin agredir.

7. “Los hombres que abusan de sus parejas, también fueron maltratados en su infancia”

Diferentes investigaciones relacionan haber sido testigos de violencia en la familia de origen con los roles de víctima y agresor que se establecen en las parejas, asumiendo que la violencia se transmite de generación en generación. Sin embargo la relación entre estas dos cuestiones no es la de causa-efecto; no todos los hombres que maltratan a sus

parejas han sido testigos de violencia o han sido también maltratados, ni tampoco todos los hombres que han sido testigos de violencia o han sido también maltratados maltratan a sus parejas.

8. “La violencia doméstica es una pérdida momentánea de control”.

La mayoría de las veces, las agresiones no son consecuencia de una explosión de ira incontrolable, sino que son actos premeditados que buscan descargar la tensión y sentirse poderosos dominando a la otra persona. Además, las agresiones no suelen ser aisladas, sino hechos repetidos y frecuentes.

9. “La violencia doméstica no es para tanto. Son casos muy aislados. Lo que pasa es que salen en la prensa y eso hace que parezca que pasa mucho”

Los casos que aparecen en los medios de comunicación e incluso las denuncias que se realizan sólo representan una pequeña parte de la realidad. Las personas expertas en violencia doméstica afirman que sólo se denuncian alrededor del 10% de los casos.

Según datos publicados por el Ministerio de Interior (1991; 35), en el 6% de las familias andaluzas existen malos tratos físicos. **10. “Lo que ocurre dentro de una pareja es un asunto privado; nadie tiene derecho a meterse”**

No es un asunto privado ya que es un delito contra la libertad y la seguridad de las personas.

Los delitos jamás son cuestiones privadas, y menos aun cuando las víctimas no están capacitadas para defenderse.

11. “La violencia doméstica sólo ocurre en familias sin educación o que tienen pocos recursos económicos (viven en la miseria)”

No es cierto. Es un fenómeno que se da en todas las capas sociales y económicas. La diferencia suele estar en el tipo de violencia que se ejerce y en las salidas que se dan a esta situación.

Es muy probable que las mujeres pertenecientes a capas sociales medias y altas no recurran a los Servicios Sociales y no presenten denuncias por sentirse presionadas a no hacer pública una situación que afectaría negativamente a su estatus social.

Es evidente, que la esposa/compañera de un hombre con una vida pública prestigiosa se sienta muy presionada a ocultar la violencia doméstica.

12. “Es más aceptable la violencia que se da entre personas cercanas que la que se da entre extraños”

Es cierto que todas las parejas tienen conflictos y momentos de enfrentamiento, pero esto no significa que sea “normal” llegar a la amenaza, la humillación y las palizas. De todas formas, en los casos de maltrato instaurado desde hace tiempo, no se trata de peleas por un hecho concreto, sino que la violencia del agresor es depredadora, no reactiva, funciona por sí misma, independientemente de la conducta de la mujer.

Además, la violencia ejercida por personas cercanas y con las que se tienen vínculos afectivos, a diferencia de la ejercida por personas extrañas, provoca sentimientos de indefensión y humillación mucho más intensos.

ALGUNOS CONSEJOS IMPORTANTES QUE DEBE TENER EN CUENTA SIEMPRE PRESENTE SI UNA MUJER ESTÁ EN RIESGO DE SUFRIR VIOLENCIA⁹⁵

- ▶ Debe tener a mano y en lugar seguro los números de teléfonos más importantes: policía, hospital, posta, el de alguna vecina, familiar, etc.
- ▶ Utilizar una palabra clave o alguna señal que puedas enviar a algún familiar, amiga/o, vecina/o, en caso de emergencia, para que estas personas puedan pedir ayuda, cuando la necesites, desde fuera.
- ▶ Debe tener lista en un lugar seguro una bolsa con tu ropa y las de tus hijos/as, documentos: DNI, copia de llaves, así como todos los documentos que consideres importantes. Todo esto le será de mucha utilidad tenerlo disponible, en caso de emergencia.
- ▶ Hablar con tus hijos/as, diles cómo llamar a la policía, o recibir ayuda de un familiar, amigos/as y vecinos/as.
- ▶ Como puede llamar a la policía, tener a la mano una agenda con las direcciones y teléfonos de los servicios de Emergencia, Comisaría, CEM – MIMP, DEMUNA etc.
- ▶ No permitir nunca que su agresor le acompañe a un centro especializado de atención, CEM, Comisaría, DEMUNA etc. Hazlo siempre con algún familiar, amiga/o, vecina/o. De esta forma, no podrá controlar la información que tú puedas dar.

TEMA: SOLUCIÓN DE PROBLEMAS⁹⁶

A menudo, nos encontramos con situaciones que parece que inundan nuestra vida y que no vamos a conseguir librarnos de ellas. Sin embargo, al cabo de un tiempo vamos viendo cómo esas dificultades van tomando menos importancia y encontramos una solución. Las personas somos “solucionadores” de problemas.

Continuamente nos enfrentamos a situaciones que nos exigen una solución.

Las personas nos diferenciamos unas de otras en la habilidad que tenemos para encontrar la solución adecuada. Algunas personas obtienen más éxito en esta tarea, mientras que otras necesitan más entrenamiento. Todo se puede aprender, y la “**solución de problemas**”, es una técnica sencilla para aprender y para poner en práctica.

Te proponemos un proceso en etapas ayudará a encontrar solución a las cosas que te preocupan

Pasos en la solución de problemas:

- ▶ Centra la atención de forma correcta en el problema.
- ▶ Define y formula adecuadamente el problema.
- ▶ Genera soluciones alternativas.
- ▶ Toma las decisiones necesarias.
- ▶ Pon en práctica la solución elegida y verifícala.

Es importante no olvidar los siguientes aspectos:

- ▶ Buscar toda la información posible en relación con el problema basada en hechos.
- ▶ Describir los hechos relacionados con el problema en términos claros, precisos y

95 MIDIS (2012). Venciendo la Violencia en las Familias. Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual. Recuperado de (http://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/procesos/gicccp_pncvfs_2012.pdf)

96 Arinero, M. (2006). Análisis de la eficacia de un programa de intervención psicológico para víctimas de violencia doméstica. Universidad Complutense de Madrid, España, pp. 16-19.

- objetivos. Identificar los factores que hacen de la situación, persona(s) o pensamientos un problema.
- ▶ Diferenciar la información importante de la que no lo es. Centrarse sólo en los hechos objetivos. Plantear metas de solución de problemas realistas y posibles de llegar a ellas.

¿Qué te parece? ¿Es posible intentarlo?

Vamos a ello, seguro que merece la pena llevarlo a cabo ¡Ánimo!

A continuación se muestran algunos ejemplos de problemas bien definidos. Toma nota, seguro que te hace más fácil este proceso:

- ▶ “Tengo una mala comunicación con mis padres, que se ha agravado desde que he cambiado de trabajo en contra de su opinión”.
- ▶ “Tengo problemas de relación con mi marido desde hace tres meses, que se ven reflejados en salir menos los fines de semana e incidir en nuestra vida conyugal y sexual”.
- ▶ “Deseo dejar de fumar por los problemas que me acarrea en los últimos meses. Tengo dolores de cabeza diariamente me encuentre donde me encuentre”.

TEMA: MITOS Y CREENCIAS, CONSIDERANDO CADA UNA DE LAS DROGAS

MITOS Y CREENCIAS SOBRE EL ALCOHOL⁹⁷

“El alcohol no es una droga”

FALSO: El alcohol es una droga como lo es la cocaína y la marihuana. Causa adicción, al igual que cualquier otra. Pero no siempre es visto como droga por la sociedad.

Es una droga porque produce alteraciones en el Sistema Nervioso Central y además puede crear dependencia física y psicológica.

El alcohol es la droga que más se consume en el entorno social y laboral. Dosis excesivas producen distintos grados de embriaguez y resulta una de las primeras causas de accidentes laborales y de tráfico.

“El alcohol me desinhibe y no me deprime como dicen”

FALSO El alcohol es una droga que deprime el sistema nervioso central (SNC), es decir, retarda las funciones cerebrales y pone más lentas las acciones del cuerpo. El área frontal del cerebro es la primera en ser afectada, con lo que se altera el juicio, el pensamiento y el autocontrol. El alcohol es un depresivo que disminuye tu capacidad de pensar, de hablar, de moverte y de todas aquellas cosas que sueles hacer.

“El alcohol me hace más sociable”

FALSO En realidad el consumo de alcohol promueve en la persona unas conductas despreocupadas y fuera de la realidad que no ayudan demasiado a relacionarse.

Por otra parte el efecto estimulante inicial sobre el cerebro que produce sentimientos de euforia, facilidad de expresión, simpatía o espontaneidad es muy transitorio y fácilmente se pasa a tener conductas antisociales como agresividad.

La capacidad de escucha por otra parte se deteriora por el alcohol. Si observamos un grupo que se reúne y empieza a beber nos daremos cuenta que aunque el volumen de las

97 Ministerio de Educación. Viceministerio de Gestión Pedagógica. Programa de prevención del uso indebido de drogas. Alcohol. Recuperado de <http://ditoe.minedu.gob.pe/Materiales%20DITOE/App27.pdf>

conversaciones es cada vez más elevado la capacidad de escucha se va limitando pues prácticamente al poco tiempo deja de existir la conversación y lo que existe es un conjunto de monólogos superpuestos.

“Con el alcohol me olvido de los problemas”

FALSO No es verdad, lo que sucede es que mientras más tomes menos piensas. El alcohol puede lograr relajarte ante situaciones de estrés. Es por eso que te sientes más liberado; todo parece ser más fácil de lo que realmente es. Cuando los efectos pasen; los problemas siguen e incluso pueden haberse incrementado por el comportamiento muchas veces inapropiado e imprudente de una persona en estado de ebriedad. Por ejemplo, accidentarte por manejar mareado o ser atropellado.

“El alcohol te hace más sexy”

FALSO: Mientras más se bebe, menos se piensa. El alcohol te relaja y te puede hacer más interesado y desinhibido en el sexo, pero interfiere con la capacidad sexual del organismo y sobre todo no se piensa en las consecuencias. Los embarazos, el SIDA, las violaciones, los accidentes de tráfico no son nada “sexy”

“Si bebo, al día siguiente lo elimino corriendo o haciendo deporte”

Hacer ejercicio para “quemar” el alcohol en la sangre no ayuda a eliminarlo del cuerpo. A mayor concentración alcohólica en nuestro cuerpo mayor tiempo se demorara en eliminarlo. Nuestro organismo no es capaz de almacenarlo y por tanto mientras que no se elimina a través de su metabolización hepática permanece en la sangre manifestando sus efectos por todo el organismo. Cuando la cantidad de alcohol que hay que eliminar es excesiva, el hígado, se ve obligado a utilizar unas vías metabólicas que suponen un importante daño para sus células. Tampoco es cierto que al tomar un baño de agua fría se baja el nivel de alcohol en el cuerpo.

“El alcohol sirve para combatir el frío”

FALSO: El alcohol produce una dilatación de todos los vasos sanguíneos situados debajo de la piel produciendo una sensación de calor, pero en realidad sucede lo contrario pues se pierde mucho calor a través de la piel y el interior del cuerpo se enfría todavía más.

Por tanto para combatir el frío deberemos utilizar la ropa de abrigo y bebidas calientes muy azucaradas pues el cuerpo se defiende del frío con tiritonas y para ello contrae bruscamente los músculos utilizando los azúcares que estos contienen.

MITOS Y CREENCIA SOBRE EL TABACO⁹⁸

“El alcohol y el tabaco no son drogas”

FALSO: Da la impresión que por estar legalizadas y son socialmente aceptadas no son drogas. Su condición de legales o elimina las propiedades químicas que son tóxicas y que producen efectos negativos sobre los diferentes órganos del cuerpo.

“Yo fumo poco, casi todo el cigarrillo se consume en el cenicero”

FALSO: Las sustancias tóxicas del cigarrillo se encuentran en el humo, de modo que aunque no se fume directamente, se está inhalando nicotina y otras sustancias tóxicas que contaminan el ambiente, con el agravante de que el humo que se desprende de la porción final de cigarrillo contiene mayor cantidad de sustancias tóxicas.

98 Ministerio de Educación. Viceministerio de Gestión Pedagógica. Programa de prevención del uso indebido de drogas. Tabaco Recuperado de <http://ditoe.minedu.gob.pe/Materiales%20DITOE/App35.pdf>

“El humo solo afecta al que fuma, no a los que están alrededor”

FALSO: Las sustancias tóxicas del tabaco se encuentran en el humo, por lo tanto sea que se consuma directamente a través de la boca o del ambiente, por la respiración ingresan a los pulmones actuando negativamente sobre ellos.

“No a todos los (las) fumadores les da cáncer”

FALSO: La organización Mundial de la Salud, afirma: “el riesgo de cáncer de pulmón se multiplica por 25 a 30 veces en la población de fumadores, con respecto a la de no fumadores. Igualmente, está comprobado el altísimo porcentaje de fumadores que adquieren cáncer a la laringe”. Fumar pensando “a mí no me va a pasar” es como jugar a la ruleta rusa.

“El tabaco no hace daño al feto”

FALSO: Cuando una madre embarazada fuma un cigarrillo, produce de inmediato un aumento en la frecuencia cardíaca del feto de 130 a 180 latidos por minutos. Además, el aborto, el parto prematuro y el nacimiento de bebés con bajo peso, son riesgos comprobados.

“Yo no dependo del tabaco, cuando quiero lo dejo”

FALSO: Es una frase muy común en la persona que consume habitualmente, pues se niega a reconocer que está perdiendo o ha perdido el control y que, por lo tanto, ya no puede dejar de consumirlo. El tabaco contiene una sustancia llamada nicotina que es sumamente adictiva y provoca que la persona se haga dependiente.

MITOS Y CREENCIA SOBRE LA MARIHUANA⁹⁹

“La marihuana es inofensiva en comparación con otras drogas”

FALSO. La marihuana puede producir angustia, pánico, alucinaciones y distorsión de la realidad. La marihuana se acumula en el cuerpo y permanece en él mucho más tiempo que el alcohol. También influye sobre la producción de hormonas sexuales y altera la menstruación y la generación de espermatozoides y, con ello, la capacidad de engendrar. Pero lo más grave son los problemas psicológicos y sociales que ocasiona el consumo crónico. El adicto se aísla del medio y se vuelve introvertido, quedándose finalmente “pegado” en un mundo propio. Si empieza a fumar en forma regular durante la adolescencia, nunca llega a madurar intelectualmente y emocionalmente, a menos que interrumpa el consumo.

“La marihuana no produce “resaca” ni síntomas de abstinencia como el alcohol”

FALSO. Es cierto que la marihuana no produce la misma “resaca” que el alcohol. Esto se debe a que la droga permanece en el cuerpo desde una semana hasta un mes después de fumarla. El efecto directo dura una o dos horas, pero la resaca con mala memoria, mala concentración, cansancio, etc., dura mucho más. Si en el caso del alcohol hablamos de “el día después”, en el caso de la marihuana debemos hablar de la semana después o del mes después.

“La marihuana no provoca dependencia; se puede dejar fácilmente”

FALSO. En la práctica clínica es posible observar que las personas que han fumado marihuana en forma intensiva durante largo tiempo tienen tantas dificultades para interrumpir su consumo como otros adictos la tienen.

“La marihuana ensancha la mente, uno se vuelve más creativo”

FALSO: Es cierto que la marihuana estimula centros nerviosos en el cerebro, los consumidores

99 Ministerio de Educación. Viceministerio de Gestión Pedagógica. Programa de prevención del uso indebido de drogas. Marihuana. Recuperado de http://ditoe.minedu.gob.pe/Materiales%20DITOE/App34.pdf?link=peru_costa_mar.pdf

son capaces de planificar e imaginar muchas cosas pero que jamás ponen en práctica. Ellos se liberan de inhibiciones, ven cosas que nunca antes vieron; vivencian otra dimensión del tiempo y del espacio, se sienten venciendo la fuerza de la gravedad, etc. Pero aquello que ven o sienten no es real y no es posible crear a partir de lo que no existe. Puesto que los tóxicos contenidos en la marihuana afectan gradualmente el funcionamiento del cerebro, al paso de los meses aun aquellos que se han sentido estimulados a la creación se van tornando apáticos y adormecidos, incapaces de crear.

“La marihuana sirve para estudiar mejor”

FALSO. Diversas investigaciones han demostrado que los estudiantes no retienen los conocimientos adquiridos durante una “volada”. Dado que tanto el entendimiento como la motivación a aprender están alterados, resulta muy difícil adquirir nuevos conocimientos. No es lo mismo sentirse creativos mientras se está estimulando por la droga que ser capaz de aprender y recordar aquello que pareció tan interesante durante una “volada”.

“Es mi problema, no el de ustedes”

FALSO. Porque por cada persona que sufre de una adicción, hay una familia, un grupo de amigos, una escuela, un barrio que de una u otra manera sufren las consecuencias de la enfermedad. A diferencia de otras enfermedades, la adicción a sustancias no sólo compromete la salud personal sino también la familiar y la social.

MITOS Y CREENCIAS SOBRE LA COCAÍNA¹⁰⁰

“La cocaína aumenta la agilidad mental”

FALSO: La cocaína retarda la respuesta mental y distorsiona la percepción de estímulos. Por lo general el consumidor sobredimensiona todo lo que está a su alrededor y cree pensar mejor y más rápido pero es todo lo contrario, existe sobre carga de estímulos.

“La cocaína mejora la performance sexual”

FALSO: La cocaína al estimular los receptores de la corteza cerebral, es probable que retarde la eyaculación, pero con el uso continuo y prolongado aparecen complicaciones en la respuesta sexual y lesiones en los órganos sexuales tanto del varón como de la mujer. En consumidores crónicos se ha encontrado disfunción eréctil y anorgasmia en varones y mujeres respectivamente.

“El clorhidrato de cocaína es una droga que se puede controlar a diferencia de la pasta básica de cocaína”

FALSO: El patrón de consumo y el síndrome de abstinencia pueden variar entre la pasta básica de cocaína y el clorhidrato de cocaína, pero igualmente esta última puede ser incontrolable, adictiva y degenerativa como la pasta

“La cocaína puede usarse como un buen antidepresivo”

FALSO: La cocaína genera cambios abruptos del estado anímico, y el consumidor que en ocasiones se encuentra deprimido cree que al ingerir cocaína va a mejorar dicho estado, puede llegar a perjudicarlo aún más por las implicancias del estado depresivo con la ingesta de un estimulante, e incluso al pasar los efectos de la cocaína en el organismo (la llamada “bajada”) ocasiona fuertes estados depresivos en el consumidor y este al no superar tal estado vuelve a consumir.

100 Ministerio de Educación. Viceministerio de Gestión Pedagógica. Programa de prevención del uso indebido de drogas. Cocaína. Recuperado de http://ditoe.minedu.gob.pe/Materiales%20DITOE/App28.pdf?link=peru_maravilloso.pdf

“Los famosos han consumido cocaína y han seguido siendo populares”

FALSO: La cocaína es consumida tanto por personas pobres sin popularidad o por personas adineradas con mucha popularidad. No existen distinciones de ninguna clase. Los famosos en sus inicios del consumo siguen siendo populares por sus cualidades, pero cuando el consumo afecta su vida personal y pública, siguen siendo famosos pero por todo lo que la cocaína destruyó en su vida.

“La cocaína mejora el estado físico”

FALSO: La cocaína afecta diferentes órganos y sistemas, ocasionando grandes daños sobre todo al corazón. Además acelera la aparición de enfermedades degenerativas.

MITOS Y CREENCIAS SOBRE LOS MEDICAMENTOS¹⁰¹

“Cualquier persona puede comprarlas”

FALSO: No toda persona puede comprarla. La venta debe estar sujeta a personas adultas y deben tener recetas prescritas por el médico especialista; siendo una falta grave para el farmacéutico que no considera estos criterios.

“Como son legales, cualquiera las puede vender”

FALSO: El que sea legal no implica que deba ser comercializada en forma indiscriminada. La venta solo debe realizarse en farmacias o boticas inscritas y registradas legalmente. El personal que atiende debe ser especializado y no suplantar la función del médico. Existen medicamentos que son elaborados y comercializados de manera clandestina.

“No importa cuánto las uses, son buenas para el organismo”

FALSO: No todos los medicamentos son buenos para la salud. Cada medicamento tiene su posología (indicación estricta de uso) en la medida en que el usuario vaya aumentando la dosis indiscriminadamente no va a ser bueno para la salud ya que correría el riesgo de presentar complicaciones sobre todo para el sistema digestivo y circulatorio. Sumado a que estaría aumentando su tolerancia y desencadenaría en una adicción.

“Si necesito sentirme mejor, debo consumir mayores dosis”

FALSO: La frecuencia y la dosis del uso del medicamento deben estar reguladas por el médico especialista para evaluar los efectos y reacción de la sustancia en el organismo. Todo organismo es diferente y los niveles de absorción van a depender de diversos aspectos como la edad, el sexo, la historia de consumo, el nivel alérgico, entre otros. Por eso el aumentar la dosis puede ser contraproducente cuando no es supervisado por el médico.

MITOS Y CREENCIA SOBRE LOS INHALANTES¹⁰²

“Los inhalantes no son drogas porque se venden libremente”

FALSO: Muchos productos elaborados para su utilización industrial y artesanal, son utilizados como droga cuando se inhalan. En ese caso son sumamente tóxicas con alto poder adictivo y degenerativo. Como producto, están legalmente autorizados para su venta, sin embargo su utilización como droga las hacen sumamente peligrosas.

101 Ministerio de Educación. Viceministerio de Gestión Pedagógica. Programa de prevención del uso indebido de drogas. Medicamentos. Recuperado de <http://ditoe.minedu.gob.pe/Materiales%20DITOE/App30.pdf>

102 Ministerio de Educación. Viceministerio de Gestión Pedagógica. Programa de prevención del uso indebido de drogas. Inhalantes. Recuperado de http://ditoe.minedu.gob.pe/Materiales%20DITOE/App29.pdf?link=pe_ea.pdf

“Es rico el olor al terokal y no hace daño olerlo de vez en cuando”

FALSO: El terokal tiene un olor característico y bastante penetrante que a un inicio puede sobre-estimular la mucosa nasal. Algunas personas pueden experimentar como un olor agradable, pero el olor llega a saturar y marear a la persona que la inhala o se expone mucho tiempo a la sustancia. No es cierto que olerlo de vez en cuando no hace daño ya que el terokal es una sustancia altamente tóxica por contener elementos industriales en su composición.

“La gasolina te hace sentir mareado y ya no gastas en licor para emborracharte”

FALSO: La gasolina por ser una sustancia solvente se impregna en la corteza cerebral y hace que sus consumidores pierdan el equilibrio y sientan que el tiempo transcurre lentamente, por ello la sensación de la embriaguez. Es mucho más tóxica que el alcohol.

“Existen personas adultas que están expuestas varias horas al día a solventes por el trabajo y nunca les ha pasado nada”

FALSO: Las personas que por trabajo están expuestas a solventes tóxicos, por lo general sufren de diferentes enfermedades, sumado a que desencadenan la llamada “adicción pasiva”, es decir que se hacen adictos sin darse cuenta (cuando cambian de trabajo o se retiran de su ambiente habitual de labores por un tiempo prudencial, es probable que presentan un síndrome de abstinencia, a raíz de la supresión abrupta del solvente)

“Los inhalantes te hacen pensar en cosas agradables y además sientes el estómago lleno por lo que no te da deseos de comer”

FALSO: Como cualquier otra sustancia psicoactiva el consumidor se traslada a un contexto irreal, donde aparentemente experimenta sensaciones diferentes (placeres artificiales). Respecto al estómago lleno, se experimenta una sensación de saciedad pero en el fondo los jugos gástricos por la ausencia de alimentos; lesiones irreversibles en el funcionamiento del estómago; produciéndose también enfermedades de tipo anoréxico y tuberculosis. “Puedo consumir inhalantes por mucho tiempo y no me pasa nada”

FALSO: Al ser sustancias psicoactivas y tóxicas pueden desencadenar adicción, enfermedades y hasta la muerte.

**ANEXO N° 5
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

ANEXO N° 6
DIRECTORIO DE LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN POR PROBLEMAS DE CONSUMO Y/O
DEPENDENCIA DE DROGAS A NIVEL NACIONAL (2015)

REGIÓN	MÓDULOS DE ATENCIÓN EN ADICIONES	NIVEL DE ATENCIÓN	CATEGORÍA	DIRECCIÓN	RED	TELÉFONO
AMAZONAS	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	
ANCASH	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		
APURÍMAC						

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. Gamba)	Red BEPECA	5771351
CALLAO	Centro de Desarrollo Emocional de la Salud Mental	1°	I - 2	Av. Ramiro Príalet 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 Ferrarí	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 Sema / 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 Bernarndo Albedo 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 Villarán 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 "Moronacochoa"	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. "5" 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° 7

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

】 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· San Antonio - Miraflores · Lima 18 - Perú

Tel.: (51-1) 4466682 / 4467046 / 4470748· Fax: (51-1) 4460751

lescucha@cedro.org.pe

】 FUNDACIÓN ANAR

Dirección: Calle Montero Rosas 166. Barranco

Teléfono: 251 - 6845 / 251 - 3208

Línea de Ayuda: 0 - 800 - 22210

Fax: 251 - 5104

E-mail: anar@pucp.edu.pe

Pág. Web: www.anarperu.org

】 MÓDULO DE ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA PUNTO DE ENCUENTRO

Dirección: Calle Catalina Miranda 339 - Surco (antes Cortijo)

Teléfono: 247 - 5861

ANEXO N° 8

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 ALCOHÓLICOS)

Teléfono : 265 – 1847

ANEXO N° 9**CLAVES DE RESPUESTAS DE LA PRUEBA 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