



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**Psicología**

ADICCIÓN A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y TRABAJO SEXUAL DE UNA MUJER,  
ESTUDIO DE CASO

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
PROFESIONAL EN ADICCIONES CON ENFOQUE DE GÉNERO

SARITA DANITZA VARGAS HERRERA

ASESOR: EMIR ALBERTO CONDORI BENAVIDES

LIMA - PERÚ

2025

## 18% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

### Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)




### Exclusiones

- ▶ N.º de fuente excluida



Mg. Emir Condori  
Benavides  
12/07/2025

### Fuentes principales

- 18%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 2%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

### Marcas de integridad

#### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

**MIEMBROS DEL JURADO**

Dr. Giancarlo Ojeda Mercado

**Presidente**

Mg. Elena Esther Yaya Castañeda

**Vocal**

Mg. Jennifer Denisse Carrasco Tacuri

**Secretaria**

**ASESOR DE TRABAJO ACADÉMICO**

Mg. Emir Alberto Condori Benavides

## **DEDICATORIA**

A Dios por brindarme la oportunidad de vida y de fortalecer mis capacidades profesionales con la especialidad en adicciones con enfoque de género.

A Lucila y a la flaca, gracias por la confianza brindada, quienes me hicieron ver profundamente la problemática de las adicciones y el trabajo sexual.

A mis estimados padres, hermanos e hija quienes, con su compañía, son los cimientos más sustanciales de mi vida.

## **AGRADECIMIENTOS**

A: Proyecto GROW, a la Embajada de los Estados Unidos en el Perú, el Ministerio de Salud, CARE Perú, a la Comisión para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) y a la Universidad Peruana Cayetano Heredia, en el Desarrollo del Programa de Segunda Especialidad en el Tratamiento de Adicciones para Mujeres con Enfoque de Género.

A mi familia porque siempre me acompañan de forma incondicional, animándome a concluir mi especialidad.

Al personal de salud del Hospital de Apoyo Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, con quienes se trabaja de forma articulada en la atención de casos de mujeres que consumen sustancias psicoactivas.

## TABLA DE CONTENIDOS

**RESUMEN**

**ABSTRACT**

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>3</b>
1.1. IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA SUSTENTADO POR ANTECEDENTES	3
1.2. DESCRIPCIÓN DEL CASO	8
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>10</b>
2.1. REVISIÓN TEÓRICA DE LAS VARIABLES	10
2.2. ANTECEDENTES	21
<b>CAPÍTULO III: EVALUACIÓN</b>	<b>28</b>
3.1. MÉTODOS DE EVALUACIÓN	28
3.2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:	28
3.3. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN	36
3.4. PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA	36
3.5. RESULTADOS OBTENIDOS POR CADA INSTRUMENTO	37
<b>CAPÍTULO IV: INTERVENCIÓN</b>	<b>40</b>
4.1. PROBLEMA DELIMITADO	40
4.2. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN	40
4.3 EJECUCIÓN DE LA INTERVENCIÓN	40
4.4 MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	42
4.5 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	43
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</b>	<b>45</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>49</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>50</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>51</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Tabla Resumen de las Sesiones de Evaluación	40
<b>Tabla 2:</b> Tabla resumen de las sesiones de Intervención Breve	41

## RESUMEN

Se realizó un estudio de diseño de estudio de caso , cuyo objetivo fue lograr la conciencia de la conducta de dependencia al consumo de cocaína en una usuaria mujer de 39 años, a través un programa de intervención breve en el que la paciente tiene que identificar estímulos antecedentes y consecuentes del consumo de la sustancia psicoactiva, se fortalece su motivación al cambio, se le entrena en habilidades cognitivas y conductuales para finalmente entrenar en estrategias de prevención de recaídas. Se encontró que la usuaria de sexo femenino, de 39 años, presenta Patrones Clínicos de Personalidad Dependiente y Síndrome Clínico de dependencia de drogas, concordante con su consumo de bebidas alcohólicas y pasta básica de cocaína; a nivel familiar la evaluada no precisa relaciones cercanas con los padres, ni hermanos; presenta duelo por muerte de esposo en contexto COVID 19 y menores hijos a cargo de personas cercanas a su entorno laboral; se dedica al trabajo sexual y durante la intervención se encuentra en el tercer trimestre de gestación. A nivel socio emocional presenta conductas de tristeza y soledad. Debido a su perfil la usuaria requirió de abordaje en intervención breve a fin de generar conciencia de enfermedad, se emplea técnicas cuyo impacto fue fin de investigación científica, y cuya planificación formó parte de principios fundamentales del aprendizaje y comportamiento humano, dicho abordaje se direccionó al área problemática precisado en su perfil. En los resultados obtenidos no se evidenció la generación de conciencia de enfermedad frente al consumo de sustancias psicoactivas, se evidenció un abandono temprano del tratamiento y una recaída, atribuible a la fragilidad de la red de apoyo social. Por lo tanto, se sugiere implementar un plan de intervención que contemple aspectos conductuales, cognitivos y sociales, con énfasis en el fortalecimiento de la red de apoyo de la usuaria diagnosticada con trastorno por dependencia a sustancias psicoactivas.

Palabras clave: estudio de caso, intervención breve, sustancias psicoactiva.

## **ABSTRACT**

A single case design study was developed, the objective of which was to achieve awareness of the behavior of dependence on cocaine consumption in a 39-year-old female patient, through a brief intervention program in which the patient has to identify antecedent stimuli and subsequent to the consumption of the psychoactive substance, their motivation to change is strengthened, they are trained in cognitive and behavioral skills to finally train in relapse prevention strategies. It was found that the female patient, 39 years old, presented Clinical Patterns of Avoidant Personality and Clinical Drug Dependence Syndrome, consistent with her consumption of alcohol and basic cocaine paste; at the family level, the person evaluated did not need close ties with her parents or siblings; She is grieving for the death of her husband in the context of COVID 19 and minor children in the care of people close to her work environment; She is dedicated to sex work and during the intervention she is in the third trimester of pregnancy. At a socio-emotional level, he presented sadness and loneliness. Due to her profile, the patient required a brief intervention approach in order to generate awareness of the disease. Techniques were used whose impact was the subject of scientific research, and whose planning was part of elementary principles of learning and human behavior. The results did not show evidence of disease awareness related to substance use. There was evidence of early treatment abandonment and relapse, attributable to the weakness of the social support network. Therefore, it is suggested to implement an intervention plan that addresses behavioral, cognitive, and social aspects, with an emphasis on strengthening the support network of users diagnosed with substance use disorder.

Keywords: case study, brief intervention, psychoactive substances.

## INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, citado por Acevedo en el 2017), una condición mental y a veces física resultante de la interacción de un organismo vivo con las drogas, caracterizada por cambios en el comportamiento y otras reacciones que siempre incluyen un deseo incontrolado de uso continuo y periódico de la droga para experimentar sus efectos psicológicos y así evitar las molestias que provoca su inhibición.

El género es uno de los factores que ha atraído gran atención en las investigaciones sobre conductas de riesgo. Por ejemplo, está claro que los hombres tienen más probabilidades de consumir drogas ilegales. (Korn y Bonny Noach, 2017). A pesar de estos hallazgos, se observó que las tasas de consumo específicas por sexo varían entre sustancias. Por tanto, los hombres fuman y beben alcohol con más frecuencia que las mujeres, aunque las estadísticas muestran que esta diferencia está disminuyendo. Además, el consumo de drogas entre las mujeres en el Perú es cada vez más grave. (DEVIDA, 2012).

Por otro lado, las diferencias de género deben considerarse un aspecto importante en el análisis del consumo de sustancias, incluyendo factores relacionados con su inicio, progresión y mantenimiento; y conocimiento de las consecuencias nocivas para la salud o interpersonales, laborales, familiares, académicas y jurídicas de las mujeres que consumen sustancias. El consumo de sustancias psicoactivas por parte de las mujeres afecta directamente su desarrollo físico, emocional y social, y perjudica la vida de adolescentes, jóvenes y adultos. Su adicción afecta principalmente a las relaciones con sus seres queridos. Sin embargo, en Perú la mayor parte de estudios sobre el tratamiento de sustancias psicoactivas no tienen en cuenta a las mujeres y los temas que son importantes para ellas. A nivel internacional, la información parece confirmar que las mujeres tienen más dificultades que los hombres para acceder y participar en

programas de tratamiento debido a factores relacionados con el propio programa de tratamiento, así como con las circunstancias sociales, personales y culturales de las personas que consumen estas drogas. Al considerar el consumo de las mujeres debemos pensar en los factores asociados como la mayor invisibilidad de su consumo y el daño que provoca a su propia imagen. Las mujeres adictas experimentan un mayor rechazo social que los hombres adictos en las relaciones familiares u otras dificultades de la vida. Por tanto, esta investigación es importante porque tiene como finalidad conocer y analizar un caso de adicción a sustancias psicoactivas y el trabajo sexual en una mujer. Además, pretende ser un instrumento de apoyo para los profesionales con implicancia en la atención de mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas.

El presente trabajo de investigación se detalla en 5 capítulos, además de las partes que incluyen las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos. El primer capítulo contiene la identificación y planteamiento del problema sustentado por los antecedentes en relación a las variables de consumo de sustancias psicoactivas y al trabajo sexual, seguida por el análisis de caso en una mujer de Paita. En el segundo capítulo se desarrolla el marco teórico, donde se muestra la información teórica que sustenta las variables en estudio, además de investigaciones internacionales, nacionales y regionales referentes al caso de estudio. En el tercer capítulo se trabaja la evaluación de la variable del consumo de sustancias psicoactivas en el caso de la mujer de Paita. En el cuarto capítulo denominado intervención se redactan los resultados y análisis de la información obtenida durante el abordaje psicológico, la reflexión de la experiencia, limitaciones en la evaluación, impacto y aporte en la institución, área psicológica y en el contexto. En el quinto capítulo se plasman las conclusiones obtenidas en la intervención. Finalmente, se proponen las recomendaciones necesarias para próximas investigaciones en estudios de casos de adicciones con enfoque de género a partir de la experiencia expuesta.

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA SUSTENTADO POR ANTECEDENTES**

Hasta hace unos años se prestaba poca atención a la aplicación de un enfoque de género en los programas de prevención de drogas en el Perú y por lo tanto no existía un enfoque específico para trabajar con mujeres. Sin embargo, a nivel internacional, la literatura profesional parece confirmar que las mujeres tienen más dificultades para acceder y participar en programas de tratamiento que los hombres, debido a factores relacionados con la personalidad de los propios programas de tratamiento, así como con las circunstancias sociales, personales y culturales de las personas que los utilizan. esos programas. Aun siendo abundante la bibliografía sobre el consumo de sustancias psicoactivas, es escasa la información que enfoca esta problemática desde una perspectiva con enfoque de género.

En el departamento de Piura, donde se ubica la provincia de Paita, no existen estudios que releven datos o cifras de consumo de sustancias psicoactivas en mujeres. El consumo de alcohol se considera un rasgo masculino, por lo que se supone que sólo las mujeres de nivel socioeconómico bajo beben alcohol, y se realizan estudios sobre los problemas causados por el abuso de alcohol en hombres, generalizando los resultados a las mujeres. (Bríñez-Horta, 2001). Según Asunción de Pablos (2018).

En los últimos años, la tasa de consumo de alcohol entre las mujeres ha ido aumentando. Aunque las tasas de alcoholismo en las mujeres siguen siendo más bajas que en los hombres, estas diferencias se han reducido gradualmente en los últimos años. Así, desde 1980 hasta finales del siglo pasado, esta relación aumentó de 10/1 a 2,5/1, por lo que la tendencia del consumo de bebidas alcohólicas en ambos sexos es la misma. (Calafat y Amengual, 1999). Según Gual

(2006), las mujeres jóvenes tienen una tasa de consumo mayor que las mujeres mayores y están cada vez más cerca de los hombres.

Las mujeres con problemas de alcohol son reacias a buscar ayuda debido a los fuertes estereotipos sociales. Atrapadas en el mito de la “persona perdida”, las mujeres sufren aún más, consideradas como enfermas e inmorales. No sorprende que las mujeres alcohólicas y sus familias hagan todo lo que esté a su alcance para ocultar, disfrazar y negar la existencia del problema. El alcoholismo en las mujeres suele ser reservado, solitario y dominado por sentimientos de vergüenza, lo que provoca sentimientos de culpa; Afecta más a las mujeres en términos de su estatus, feminidad y maternidad. El rechazo social y la intolerancia son más evidentes en las mujeres que en los hombres. Por este motivo, las mujeres prefieren ocultar sus problemas con el consumo de bebidas alcohólicas por miedo al estigma y otras pérdidas sociales (Dio Bleichmar, 1999).

Hasta ahora, los problemas relacionados con el consumo de alcohol entre las mujeres han sido en gran medida ignorados. El alcoholismo ha sido durante mucho tiempo una enfermedad de los hombres. Los cambios psicosociales de los últimos años han reducido las diferencias de género en el consumo de alcohol. Con el paso de los años, los hábitos de bebida de las mujeres han cambiado. Actualmente existen dos modelos de consumo claros:

- En las mujeres mayores, el consumo de bebidas alcohólicas se da más a escondidas y en soledad.
- El carácter del consumo de bebidas alcohólicas entre las mujeres jóvenes se caracteriza por un ambiente festivo y carnavalesco, destinado a aliviar y habilitar las relaciones sociales. (Erol y col., 2015).

El observatorio de Galicia de Drogas muestra que aunque el consumo de alcohol entre los hombres ha disminuido significativamente, la proporción de mujeres que abusan de alcohol ha aumentado ligeramente, si bien el consumo de alcohol entre los hombres sigue siendo más del doble que el de las mujeres (Sanchez Pardo, S/F).

Para una mujer que consume bebidas alcohólicas en exceso, los sentimientos de humillación, arrepentimiento y vergüenza colorean sus experiencias diarias, pero la vergüenza es la emoción más significativa en estas experiencias.

Respecto a este último sentimiento, según Sandra Lee Bartsky (1990), la vergüenza como estado mental o patrón emocional está relacionada con el género y es más propia de las mujeres que de los hombres; Esto significa que es más probable que las mujeres se sientan avergonzadas. Los bebés de madres alcohólicas pueden desarrollar el "síndrome de alcoholismo fetal", caracterizado por bajo peso al nacer, disminución de la coordinación, hipotensión, irritabilidad neonatal, crecimiento y desarrollo lento, anomalías craneofaciales, defectos del sistema circulatorio, retraso mental, hiperactividad infantil y diversas alteraciones congénitas (Kleber y cols., 2007; Cortés y cols., 2013).

Según una introducción de 2017 de la Organización Mundial de la Salud, beber alcohol durante el embarazo también puede provocar abortos espontáneos y partos prematuros. No importa lo que las mujeres hagan con sus vidas, no pueden escapar del juicio de que son esencialmente "inferiores porque son mujeres". Los estudios han demostrado repetidamente que las mujeres beben alcohol principalmente para aliviar la soledad, los sentimientos de insuficiencia y los conflictos sobre sus roles sexuales, independientemente del estilo de vida. Las mujeres tienen más probabilidades de beber alcohol que los hombres cuando sienten emociones desagradables, tensión, estrés y otros (Lau-Barraco y cols., 2009; Choi and DiNitto, 2011).

Las mujeres son biológicamente (Galant, 1990) y psicosocialmente (Nolen-Hoeksema, 2004) más susceptibles al alcoholismo que los hombres. Sin embargo, las causas específicas del actual aumento del alcoholismo entre las mujeres están relacionadas principalmente con la creciente presencia de las mujeres en el mercado laboral. El nivel de consumo de riesgo aumenta a medida que aumenta la cantidad de bebidas alcohólicas consumidas. Las mujeres que no utilizaron otros psicoestimulantes no mostraron signos de uso peligroso. No obstante, el consumo de otras sustancias psicoactivas aumenta significativamente las probabilidades de consumo de riesgo (Asunción de Pablos, 2018).

De igual forma, al comparar las características sociodemográficas de las mujeres mediante el cuestionario CAGE, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol y la ciudadanía, específicamente el 29,4% de las inmigrantes tiene antecedentes de abuso/dependencia frente al 8,4% de las mujeres hispanas y estas mujeres. Las drogas no suelen tener problemas con el consumo de bebidas alcohólicas (85,9%). Sin embargo, el uso de otras drogas aumentó significativamente la tasa de abuso/dependencia (62,5%). Entre las mujeres que viven solas, el 14,7% informó abuso/adicción.

La prostitución incluye servicios que involucran actos sexuales que causan excitación en quienes pagan para recibirlos. Es una actividad económica que proporciona a algunas mujeres un medio alternativo de generar ingresos, ayudándoles a cubrir las necesidades básicas de ellas y sus familias. Los trabajadores sexuales informaron haber consumido alcohol, cocaína y marihuana (Rodríguez et al., 2014). Las investigaciones muestran que las prostitutas consumen cocaína en un contexto de evasión, tanto para olvidar la actividad que realizan como para no ser conscientes del estigma que enfrentan. Otra razón es que este consumo les permite permanecer más tiempo al margen, lo que lleva a atender a más clientes (Meneses, 2007). Dados los ataques y la

humillación que sufren las trabajadoras sexuales, muchas se ven obligadas a utilizar una droga u otra para alterar sus percepciones y aliviar su dolor mental y emocional. El consumo de sustancias no es sólo un problema de salud pública para los trabajadores sexuales sino también un medio para facilitar el trabajo. El consumo de sustancias, especialmente el alcohol, contribuye a la conducta sexual de riesgo en los adolescentes porque reduce la percepción del riesgo a través de la desinhibición, un fenómeno que también puede contribuir al papel en la participación sexual de mujeres con alcoholismo u otras formas de alcoholismo. (Alfonso y Figueroa, 2017)

Altos índices de estrés y consumo de alcohol entre prostitutas que asisten al Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS) del Hospital Carlos Mongue Medrano de Juliaca. Del mismo modo, también se encontró una correlación directa y significativa entre el consumo alterado de alcohol y los niveles de estrés (Mamani, 2016). Por otro lado, hablamos de patología dual o diagnóstico dual, que se define como la coexistencia de un trastorno por consumo de sustancias con otros diagnósticos psiquiátricos (San y Arranz, 2016). La gran importancia del conocimiento y explicación sobre la prostitución y el consumo de drogas del caso de una mujer. Conocer las características del consumidor de cada caso y el impacto en las personas, familias y sociedad; Conocimiento de las dificultades asociadas al inicio de un tratamiento de adicciones y la retirada del consumo de sustancias psicoactivas. Esto demuestra el interés en la investigación y la necesidad de investigaciones adicionales que puedan ampliar y complementar la investigación sobre adicciones centrándose específicamente en el género en la región de Piura. En definitiva, esta investigación pretende comprender mejor los problemas de las mujeres que consumen sustancias psicoactivas para poder desarrollar programas específicos que mejoren el diagnóstico y tratamiento de esta población femenina.

## 1.2. DESCRIPCIÓN DEL CASO

### *Caso único denominado “La flaca”*

A continuación, se presenta el caso a la que llamaremos “la flaca”, una mujer de 39 años de edad, que ingresa sola por emergencia al Hospital de Paita al tópico de Ginecología por presentar dolor en abdomen y en el tercer trimestre de gestación, refiere dedicarse al trabajo sexual y haber consumido pasta durante gestación, es hospitalizada para recibir tratamiento a ITU e intervención del equipo multidisciplinario.

La paciente “La flaca” consume bebidas alcohólicas desde los 16 años de edad cuando trabajaba en el Bar Clandestino en Paita, junto con los clientes, el consumo era diario “acompañando a los clientes pa ganarme un sencillo, tenía que tomar con ellos”; así mismo inicia las labores del trabajo sexual en la atención del Bar. A los 19 años inicia el consumo de marihuana en la atención de clientes de trabajo sexual, “me quemaron el pico”, y a los 20 años inició el consumo de pasta. El consumo de bebidas alcohólicas y pasta se incrementó durante sus labores como trabajadora sexual “primero tomábamos y si se querían ocupar ya ni sentía”. Desde los 28 años de edad convive de forma regular con una pareja con quien tiene dos hijos y dos abortos productos de violencia familiar. El padre de sus hijos era un cliente, con quien consume bebidas alcohólicas, viven en un cuarto alquilado de hotel en Paita baja, los hijos son cuidados por padre y señora que limpia cuartos en el hotel.

En junio del 2020 la flaca quedó viuda, tras perder a su pareja contagiado por el COVID 19, el hijo mayor de 9 años de edad se lo lleva un tío a Lima, y menor de 2 años (con labio leporino) lo cuida señora que limpia cuartos en hotel donde alquilaba esposo de la flaca, “extraño al loco, él pagaba el cuarto y cuidaba a mis hijos, les cocinaba, lo llevaba al colegio, era bueno” La paciente “La flaca” aumenta el consumo de bebidas alcohólicas y pasta después de muerte de

pareja, continúa el trabajo sexual, duerme en “huecos” “la quebrada” o en casa abandonada que cliente y pareja actual le ofrece. Queda embarazada de nueva pareja en el 2021, durante el embarazo el consumo de pasta es interdiario.

Al llegar a emergencia en estado de gestación refiriendo consumo interdiario de pasta, pide que ayuden a su hijo de 2 años de edad con labio leporino, refería “cuando dé a luz este churre se lo regaló a su papá, que él vea cómo lo creía, él tiene hermanas solteras, yo no quiero este hijo”, además refiere “con mi Pierito (hijo de 2 años), si me cuidé , no tomé ni fume nada, pero cuando di a luz regrese a mis andanzas, pero con este uhhh le he dado duro al consumo de pasta, extraño a mi loco (pareja que falleció hace más de 1 año)”

### ***Conclusiones***

- Consumo actual e interdiario de Pasta básica de cocaína y consumo moderado de bebidas alcohólicas desde los 16 años de edad
- Presenta ITU y tercer trimestre de gestación, sin controles de gestación.
- Se dedica al trabajo sexual desde hace 23 años
- Proviene de una familia disgregada, disfuncional y expuesta a violencia familiar desde la infancia.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. REVISIÓN TEÓRICA DE LAS VARIABLES

#### 2.1.1. *Consumo de Drogas*

El consumo de drogas es una práctica ancestral entre la población; porque su uso está asociado a rituales espirituales. Además, los alucinógenos son parte de prácticas populares. Si bien las primeras experiencias estuvieron en relación con tradiciones culturales e incluso con el campo de la medicina, con el tiempo esta práctica se ha ido distorsionando y su uso inadecuado conlleva efectos negativos en el organismo en términos de aspectos biológicos, psicológicos y sociales (Organización Mundial de la Salud, 2015). Las drogas son todas sustancias psicoactivas de origen natural o sintético, que ingresan al cuerpo a través de diferentes vías de administración (por vía oral, en los pulmones, por vía intravenosa, por la nariz), modifican las funciones del sistema nervioso central y producen neurotransmisores que alteran la conciencia, cognición y estado de ánimo. Su uso provoca efectos secundarios en el organismo y su uso continuo puede provocar adicción. Estas sustancias pueden inhibir el dolor y alterar el estado de ánimo o la cognición (OMS, 2015). Se describen características de los medicamentos más utilizados en nuestro país (DEVIDA, 2019):

##### **a) Alcohol**

Sustancia obtenida por fermentación (granos, frutas y plantas) y/o destilación (contenido de alcohol). Se considera un depresor del sistema nervioso, en dosis moderadas provoca desinhibición conductual y en dosis mayores provoca falsa confianza, reflejos débiles, dificultad para hablar, pérdida de coordinación y equilibrio, somnolencia y visión doble. Los patrones habituales de consumo, abuso y adicción están asociados en gran medida con factores de riesgo que afectan la salud física y mental, causando problemas a nivel familiar y social. Según la

Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009), la ingesta se puede clasificar de la siguiente manera:

- Riesgos: efectos adversos para la salud con el uso prolongado (20 a 40 g para mujeres y 40 a 60 g por día para hombres).
- Nocivo: su consumo afecta tanto a la salud física como mental. (40 g al día para mujeres y más de 60 g al día para hombres)
- Intoxicación: Deterioro neurológico y motor escaso o de corta duración, incluso cuando se consume en niveles bajos.
- Excesivo ocasional: Una sesión de beber en la que se consumen al menos 60g.
- Alcoholismo: conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los que el consumo de alcohol pasa a ser la prioridad.

#### **b) Marihuana**

Es un derivado del Cannabis Sativa y contiene más de 400 ingredientes identificables, su ingrediente activo es el tetrahidrocannabinol y el porcentaje de THC varía según la planta, el clima, la zona, la cosecha y otros factores. La marihuana es psicológicamente muy adictiva. Los síntomas que suele provocar varían según la dosis, el tipo de cannabis, el estado de ánimo y las expectativas del individuo; En pequeñas dosis provoca sensación de calma, locuacidad, risa fácil, alteración de la percepción del tiempo y de los sentidos, así como pérdida de coordinación; Aumentar la dosis aumenta el apetito y la somnolencia. En dosis muy grandes provoca confusión, letargo, ansiedad y pánico. Las amenazas provocan un deterioro de la personalidad, un desarrollo psicosocial deficiente, pensamientos paranoicos y cambios a largo plazo en la atención y la memoria, como la disfunción sexual (OMS, 2015). Los efectos iniciales tienen un período de euforia, seguido de síntomas de depresión y somnolencia. Las vías de administración

son fumar (hacia los pulmones) e ingerir en forma de infusión o alimento (pastel).

### **c) Pasta básica de cocaína (PBC)**

PBC es una mezcla de sustancias creadas durante la extracción de alcaloides de las hojas de coca. Es un polvo blanco cremoso y translúcido que forma grumos y se disuelve fácilmente al presionarlo. Su ingrediente principal es la cocaína. Otros componentes que incluye en su composición son factores degradantes de la cocaína, como la ecgonina y la benzoilecgonina, así como otros alcaloides (Castro de la Mata, 1989). Cuando se consume, el PBC se añade a los cigarrillos (Tabacazo) o se mezcla con cannabis (Mixto). Sus efectos inmediatos incluyen sentimientos de euforia y éxtasis, que culminan rápidamente en melancolía, malestar físico, paranoia (sentimiento de ser observado y observado), rigidez muscular, confusión, sueño y agresión. La PBC es una de las drogas más poderosas que perjudican la salud física y mental. Los efectos más visibles incluyen: úlceras y ampollas en dedos y labios, decoloración de la piel (plomiza), ojeras, problemas estomacales, caída del cabello y adelgazamiento notable. palidez, dientes debilitados, voz que puede ser ligeramente ronca, problemas de autocuidado, sentimientos de persecución y desconfianza, comportamientos antisociales o psicopáticos como deshonestidad, cinismo, manipulación, mentiras frecuentes, robos, etc. (OMS, 2015). Una droga se define como cualquier sustancia de origen natural o químico que, al ser consumida, altera la función natural del sistema nervioso central, provocando un consumo prolongado y dependencia física y psicológica (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2019)

#### ***2.1.2. Definición de Adicción***

Los criterios de diagnóstico de adicción de la CIE-10 solo deben cumplirse si al menos tres de los siguientes síntomas han estado presentes en algún momento de los últimos 12 meses o de

forma continua:

- a) Tener un fuerte deseo o necesidad de consumir una determinada sustancia.
- b) Capacidad reducida para controlar el consumo de drogas o alcohol, a veces para controlar el inicio del consumo y, a veces, para detener y controlar la cantidad consumida.
- c) síntomas físicos de abstinencia al restringir o suspender el uso de sustancias, cuando se observen síntomas de abstinencia característicos; o utilizar la misma sustancia (u otra sustancia muy similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- d) Tolerancia, en la que es necesario aumentar progresivamente la dosis de una sustancia para conseguir un efecto similar al que se produce inicialmente con una dosis menor (ejemplos destacables son el alcoholismo y la adicción al opio, donde algunas personas pueden empezar a tomar dosis suficientes para incapacitar o causar la muerte a quienes no pueden tolerarlo).
- e) Abstinencia gradual de otras fuentes de placer o disfrute asociadas al consumo de drogas, aumentando el tiempo necesario para obtener o consumir la droga o para recuperarse de sus efectos.
- f) El consumo persistente de drogas a pesar de sus evidentes consecuencias nocivas, como daño hepático por consumo excesivo de alcohol, depresión tras periodos de consumo excesivo de drogas o deterioro cognitivo secundario al consumo de sustancias. Se debe tener cuidado para determinar si la persona que usa la sustancia es consciente o puede comprender la naturaleza y gravedad del daño.

### ***2.1.3. Conceptos Básicos de la Adicción***

**Uso:** El consumo habitual u ocasional de una sustancia no provoca consecuencias negativas o graves para una persona. Por ejemplo, solo consumo ocasional de drogas en lugares públicos de baja intensidad de consumo (Del Moral y Fernández, 2017).

**Abuso:** Es el uso continuado de una sustancia a pesar de las consecuencias negativas que provoca. Por ejemplo, Juan consume cannabis cuatro veces por semana por la mañana y por la noche, y este consumo altera el apetito, el estado emocional y el sueño (Del Moral y Fernández, 2017).

**Dependencia:** Mendoza y Vargas (2017) señalan que la adicción es un conjunto de signos y síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que presenta una persona cuando el uso de una determinada sustancia se vuelve compulsivo y la droga se vuelve necesaria y necesaria para el sujeto a pesar de sus consecuencias negativas. obtenida de su consumo. Las características básicas son: ansiedad de consumir la droga, dificultad para controlar la cantidad, hora de inicio y finalización del consumo; por lo tanto, conduce a tolerancia, síntomas de abstinencia y deterioro de la condición física y mental. De manera similar, Quattrocchi (2007) señala que la adicción a sustancias puede ser física, psicológica o una combinación de ambas (mixta). La dependencia física está asociada a cambios en el sistema nervioso y el metabolismo, por lo que cuando no se utiliza la sustancia se producen reacciones desagradables en el organismo. Esto se llama síndrome de abstinencia, que se manifiesta por ansiedad, malestar corporal, movimientos musculares involuntarios, catatonía de partes del cuerpo y sudoración, etc. Se entiende por dependencia psicológica la necesidad urgente de utilizar sustancias adictivas para aliviar sensaciones desagradables y buscar consuelo; y cuando se trata de adicción mixta, es una combinación de síntomas físicos y psicológicos.

**Tolerancia:** El proceso por el cual el cuerpo se adapta a los efectos de una sustancia por el cual el sujeto debe consumir la sustancia en grandes cantidades para lograr los efectos placenteros iniciales (Del Moral y Fernández, 2017). Por ejemplo, Juan consumió 2 gramos de cocaína al día durante 20 fines de semana, pero ya no siente la misma sensación de bienestar que cuando empezó a consumirla, por lo que ahora consume 3 gramos de cocaína. Siguiendo esta guía, German (2010) enumera dos tipos de tolerancia:

- **Tolerancia inversa:** El organismo experimenta iguales o mayores efectos al consumir una sustancia en dosis más bajas. Por ejemplo, un alcohólico que bebe una mínima cantidad de alcohol quedará intoxicado como si hubiera consumido una gran cantidad de la sustancia. Esto sucede porque los residuos de esta sustancia se acumulan en los tejidos del cuerpo.
- **Tolerancia cruzada:** el organismo ha desarrollado tolerancia a un fármaco, esto también se aplica a todos los fármacos que pertenecen al mismo o similar grupo farmacológico. Tenemos el ejemplo de Juan, quien era bebedor de cerveza y cuyo cuerpo desarrolla tolerancia a los tragos cortos y al ron.

#### ***2.1.4. Síndrome de Abstinencia***

Bobes et al. (2017) mencionaron que el síndrome de abstinencia es un conjunto de signos y síntomas que aparecen cuando un usuario deja repentinamente de consumir una sustancia a la que es adicto. También existen tres tipos de síndrome de abstinencia: Síndrome de abstinencia aguda, que presenta síntomas y signos que aparecen luego del cese repentino del consumo de drogas, con una duración promedio de 4 a 12 días, con intensidad y gravedad. La gravedad de los síntomas depende de la sustancia consumida. El síndrome de abstinencia tardía, síntomas físicos y mentales que duran mucho tiempo y provocan trastornos físicos y mentales que perjudican el

funcionamiento humano, pueden provocar una recaída. El síndrome de abstinencia, síntomas físicos y psicológicos, se presenta cuando una persona se expone a un ambiente desagradable asociado a la conducta adictiva, provocando sentimientos de malestar, ansiedad y miedo, que pueden conducir a volver a consumir drogas.

### **Craving**

Es un fuerte deseo o anhelo de consumir una sustancia provocado por ideas, recuerdos, situaciones y estímulos condicionados como lugares, objetos, personas y sonidos. Ante tal situación, el paciente no puede abstenerse de consumirlo (Vallejo, 2018). Por ejemplo: cada vez que Juan escucha música reggaetón la asocia con el consumo, lo que desencadena una serie de recuerdos que lo hacen sentir ansioso por su consumo.

#### ***2.1.5. Proceso de Adicción en la Mujer***

Se ha descubierto que las mujeres que consumen drogas tienen antecedentes de problemas psicosociales graves, como violencia física, psicológica y sexual. Los antecedentes familiares incluían alcoholismo en el padre. Algunos estudios muestran que a medida que las mujeres experimentan con el consumo de drogas, se vuelven más dependientes de ciertos estimulantes que los hombres; y cuando las mujeres reciben tratamiento, su adicción puede ser más grave que la de los hombres. Hay muchas variables diferentes en el desarrollo y mantenimiento de la adicción entre hombres y mujeres: diferentes redes sociofamiliares, mayor vulnerabilidad biológica (lesiones y progresión más rápida, mayores efectos tóxicos a pesar de dosis más bajas, antecedentes de violencia doméstica); mayor vulnerabilidad psicosocial (parejas con trastornos por abuso de sustancias, mayores tasas de psicopatología, acontecimientos vitales más estresantes, incluida violencia sexual, abuso en la infancia y adolescencia, disfunción sexual); otras consecuencias sociales (rechazo social, soledad, complicaciones

socioprofesionales, pérdida de apoyo social, incluidos divorcios y separaciones, marginación social); más consecuencias psicológicas (depresión, intentos de suicidio, más intentos de suicidio, más ansiedad, más deterioro cognitivo).

### ***2.1.6 Características y Problemas Asociada a la Mujer Adicta***

Las mujeres con dependencia de sustancias suelen tener problemas psicosociales relacionados con el consumo de drogas, lo que dificulta el cumplimiento del tratamiento. Las mujeres tienen menos probabilidades de ser admitidas para recibir tratamiento. Otra barrera es el estigma social y los sentimientos asociados de culpa y vergüenza, que se destaca en el trabajo clínico con pacientes (Brady y Ashley, 2005, citado en: Ruiz y Mina, 2016). Todo esto hace que muchas mujeres consuman drogas en secreto y nieguen la existencia del problema, dificultando la identificación de la drogadicción.

#### **El apoyo de la familia o pareja suele ser importante en el éxito del tratamiento.**

Los estudios estadísticos realizados por la Organización Mundial de la Salud entre 2000 y 2018 muestran que una proporción significativa de mujeres ha experimentado violencia física y/o sexual por parte de una pareja íntima (30%) o ha experimentado violencia por parte de una pareja íntima (38%) (Organización Mundial de la Salud, 2021). En el caso de las mujeres drogodependientes, las parejas también consumen drogas con frecuencia o son discretas en el tratamiento y tienen conductas agresivas hacia las mujeres (Ruiz y Mina, 2016). Las mujeres adictas a las drogas pueden haber experimentado violencia física y sexual cuando eran niñas antes de comenzar a consumir drogas, pero también experimentaron violencia física, psicológica o sexual mientras consumían drogas (Castaños et al. 2007). Las mujeres drogodependientes sufren más violencia de género que aquellas que no tiene problemas de adicción; las mujeres adictas víctimas de violencia de género sufren una doble vulnerabilidad: por el consumo y por la

violencia, pues socialmente son percibidas como desviadas por contraponerse a la definición social de lo que supone ser mujer (Fundadeps, 2018). El consumo de sustancias y la violencia de género están vinculados de diversas maneras; El consumo de sustancias puede ser una estrategia para combatir la violencia sexual y de género (O'Hagan & Wilson, 2018). Además, la "estructura" de la organización social también difunde la desigualdad de género a través de las instituciones que la constituyen; esta "estructura" ha suprimido los sentimientos de las mujeres durante muchos años; provocando violencia física y psicológica, llegando incluso al uso de sustancias psicoactivas (Rivas Rivero et al., 2020). Además, la drogadicción tiene consecuencias médicas, psiquiátricas y funcionales, que suelen ser más perjudiciales para las mujeres por la gravedad de los síntomas psiquiátricos o la presencia de condiciones médicas dobles (Ruiz y Mina, 2016). Los trastornos por consumo de sustancias suelen asociarse a trastornos alimentarios, depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad y/o trastornos de estrés postraumático (Villagrà et al., 2011), así como a antecedentes de violencia física y/o sexual (Cohen et al., 2010; Greenfield, Brooke et al., 2007; Villagrà et al., 2011). A veces las mujeres empiezan a consumir drogas después de acontecimientos traumáticos, como violencia física o sexual, conflictos familiares o enfermedades. Esta condición hace que ambos trastornos requieran intervención. La presencia de patología dual complica el tratamiento de la drogadicción, lo que indica la necesidad de identificar y tratar ambos trastornos simultáneamente (Ruiz, Mina, 2016).

### ***2.1.7. Definición de Trabajo Sexual***

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la prostitución como cualquier "actividad en la que una persona intercambia servicios sexuales por dinero u otros bienes" (OMS 1989, citado en CONAPO, 1994, p. 761).

Existen muchos estereotipos y definiciones diferentes del término prostitución, por ejemplo: “La actividad de tener relaciones sexuales con otra persona a cambio de dinero”, “La actividad mediante la cual la mujer toma todas las decisiones o parte de sus derechos”. para prestar sus servicios”. Un órgano utilizado para el intercambio sexual a cambio de dinero o bienes” Enciclopedia Británica. La prostitución tiene una relación directa con la cultura, las normas y las condiciones económicas de cualquier sociedad, el concepto de prostitución ha cambiado dependiendo del tiempo, las personas, las perspectivas legales, sociales y médicas internacionales. Las personas involucradas en la prostitución reciben muchos nombres diferentes, por ejemplo: Locas de calle, Comercio de Amor, Mujeres en Prostitución - MEP, Mujeres de la Noche, Mujeres con una Vida Fácil, Mujeres en Circunstancias escenas de prostitución o que involucran prostitución, prostitución, mujeres que brindan servicios sexuales - MTS. La frase "trabajadora sexual" se utiliza a menudo como sinónimo de prostitución, pero el término es mucho más amplio porque abarca algo más que un simple intercambio comercial en el que se vende sexo por dinero, similar al concepto de venta. Las personas que ejercen el trabajo sexual consideran este trabajo como una elección de vida por muchas razones e involucra a otras personas, como clientes o empleadores.

El término “trabajadora sexual” proviene de la lucha por los derechos humanos y laborales. El 2 de junio de 1975, cien prostitutas francesas ocuparon St. Nizier en Lyon, Francia, exige el fin de la prostitución.

### **Vulnerabilidad de las mujeres que prestan servicios sexuales**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y ONUSIDA reconocen que las personas que ejercen el trabajo sexual son vulnerables debido a muchos factores. Los factores que aumentan la vulnerabilidad de las personas que ejercen el trabajo sexual incluyen el consumo de alcohol y

drogas, el estigma, la marginación, las oportunidades económicas limitadas y el acceso limitado a las regulaciones de los servicios de salud, la falta de información, la falta de herramientas de prevención, las leyes y políticas perjudiciales o la falta de leyes. En la sociedad moderna existe un segmento de la población que no acepta a las personas involucradas en la prostitución, en algunos círculos se les considera malas personas, malas madres, malas esposas, degenerados, etc., mientras que otros los ven como víctimas. de circunstancias económicas y familiares, de ser manipulados por otros, de depender de circunstancias sin salida, ignorando las propias emociones, así como la propia vida sexual y amorosa. Las mujeres adictas a las drogas pueden haber experimentado violencia física y sexual cuando eran niñas antes de comenzar a consumir drogas, pero también pueden haber experimentado violencia física, psicológica o sexual mientras consumían drogas, lo que llevó a un aumento del número de consumidores de drogas. La salud, tanto física como mental, se manifiesta en sentimientos de impotencia, impotencia e incapacidad personal para iniciar el cambio (Castaños et al, 2007).

#### ***2.1.8. Acceso a Tratamiento***

El acceso al tratamiento para las mujeres drogadictas sigue siendo limitado y muchas barreras les impiden acceder, mantener y completar el tratamiento. Por tanto, parece necesario planificar intervenciones para las mujeres drogodependientes, teniendo en cuenta recursos específicos para las mujeres drogodependientes para ayudarlas a acceder mejor al tratamiento, como a su vez apoyo económico, cuidado infantil, apoyo en la búsqueda de empleo y educación psicosocial. en diferentes áreas. países. palmadita. La introducción de servicios especializados e intervenciones específicas dirigidas a los trastornos mentales concurrentes más comunes en las mujeres impulsó el desarrollo de la terapia de grupo específica para mujeres (Ruiz y Mina, 2016).

## **2.2. ANTECEDENTES**

### ***2.2.1. Antecedentes Internacionales***

Portela (2023) en un estudio cualitativo titulado “Consumo de sustancias entre mujeres mayores de 60 años en clases populares de CABA en el contexto de la pandemia COVID19” en Chile; En el proyecto participaron 11 mujeres que utilizaban instalaciones alimentarias en condiciones de vulnerabilidad económica y social. Los resultados de la investigación muestran que el uso prolongado de drogas psicotrópicas y el consumo problemático de alcohol en diferentes etapas de la vida están asociados con la aparición de conflictos familiares y problemas de adicción familiar y de género.

Torres et al. (2022), Sobre el consumo de sustancias por parte de las mujeres y la violencia de género: perspectivas feministas e interseccionalidad. Señalan que el consumo de sustancias puede ser un mecanismo para afrontar la violencia sexual y de género, pero también puede aumentar la vulnerabilidad de las mujeres a la violencia. También señalaron que la causa más documentada del consumo de sustancias entre las mujeres fue la violencia de género, pero informaron angustia psicológica, problemas de salud y más graves, y exposición a eventos traumáticos. La discriminación y el acoso que enfrentan las mujeres crean desafíos únicos en el tratamiento. Concluyeron que los roles de género impuestos a las mujeres moldean sus experiencias y comportamientos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas y su participación en el tratamiento.

La UNAD (2021), en un informe que documenta una investigación realizada entre mujeres sobre el consumo de drogas y la adicción, encontró que las mujeres adictas tratadas a través de la red de la UNAD tenían en su inmensa mayoría entre 34 y 41 años. La mayoría de ellas han completado la escuela primaria, aunque en comparación con los hombres, una mayor

proporción de ellas ha tenido niveles educativos superiores como secundaria, formación profesional o estudios universitarios. En cuanto a la situación ocupacional, la mayoría de ellos están desempleados. En lo que respecta al abuso de sustancias, las mujeres son más prominentes en el consumo posterior de drogas: casi el 40% de ellas ha consumido drogas durante más de 10 años y la mayoría son consumidoras recurrentes. Principalmente cocaína y alcohol, aunque también se consiguen ansiolíticos/hipnóticos, con o sin receta. Las investigaciones también muestran que la tasa de violencia de género entre mujeres con abuso de sustancias es de tres a cinco veces mayor que entre las mujeres de la población general.

Hansen (2020) en su investigación doctoral titulada “Mujeres en la comunidad de tratamiento de adicciones: perfiles psicosociales, prevalencia de la violencia de género y barreras al tratamiento”. El estudio se realizó sobre una muestra clínica de 50 mujeres atendidas en 4 comunidades terapéuticas de la red sanitaria pública catalana. Su objetivo es resaltar el impacto de la drogadicción y la violencia de género mediante el examen de perfiles psicosociales y clínicos. Darse cuenta de que la mayoría de las mujeres son solteras, tienen hijos pequeños y tienen dificultades para reintegrarse al mercado laboral. El 96% de las mujeres admiten haber sido abusadas y acosadas por su pareja cuando eran niñas. Obtuvieron puntuaciones altas en medidas de estado y rasgos de depresión y ansiedad. En general, el diagnóstico psicológico, la inseguridad laboral y la vulnerabilidad psicosocial del usuario implicarán el proceso de recuperación.

Sánchez (S/F) en el estudio “Drogas y actitudes de género. Documentos marco. Un programa integral de salud para la mujer en Galicia, España”. Esto indica que, si bien existen muchas teorías diferentes que explican la violencia de género, cada una de las cuales otorga más peso a tipos específicos de factores, todavía existe un amplio consenso respecto de ella como un

fenómeno multifactorial. Los factores que explican la violencia de género incluyen: Socioculturales: actitudes tradicionales hacia el papel de la mujer, cambios en las normas socioculturales, sistemas de creencias patriarcales, discriminación sexismo, tolerancia a la violencia, etc. Miembros de la familia: conflictos familiares, pobreza y falta de recursos, familia Estrés y frustración, falta de apoyo social, conflicto de intereses, competir por el poder en parejas. Relacionados con la violencia: abuso de alcohol/drogas, patrones de comportamiento agresivo, exposición infantil a la violencia, trastornos mentales, personalidad y comportamiento antisocial, necesidad de poder y control, dependencia personal, baja tolerancia a la frustración, control deficiente de los impulsos. Relacionado con la víctima: personalidad dependiente, baja autoestima, falta de apoyo social y estrategias personales de afrontamiento, violencia doméstica y/o sexual, acontecimientos vitales estresantes, dependencia económica.

Blanco et al. (2020) en su estudio titulado “El uso de sustancias como estrategia de afrontamiento entre mujeres prostitutas en Sala, Costa Rica”. El objetivo del estudio fue examinar si las trabajadoras sexuales utilizan el consumo como estrategia para afrontar el estrés, la ansiedad y la depresión. Se utilizó un método cuantitativo y se evaluó a un grupo de prostitutas pertenecientes a la asociación La Sala en Costa Rica. Se determinó que el uso de sustancias psicoactivas es una de las estrategias para conocer los detalles de una profesión, pero no es un motor para el desarrollo de esa profesión. Por supuesto, el momento de mayor consumo de alcohol se da después del trabajo sexual y se utiliza como estrategia de relajación. El uso directo de cualquier psicoestimulante se asocia con una falta de control en el momento de su uso, es decir, una sensación de tolerancia a la droga.

Rivas et al. (2020), realizaron una investigación denominada “Factores de riesgo asociados al consumo de sustancias en mujeres víctimas de maltrato en contexto de pobreza”, en

el cual recogieron eventos estresantes padecidos por las víctimas a lo largo de su vida. Obteniendo como resultado que, resultados muestran que quienes padecieron distintos episodios de violencia en la infancia consumieron alcohol y drogas en exceso, y que padecieron abuso sexual antes de los 18 años.

Rodríguez et al. (2016) en su estudio sobre “Violencia laboral y consumo de sustancias entre mujeres mexicanas”. Descubra qué tipo de violencia encuentran las trabajadoras sexuales en sus actividades y si está relacionada con el consumo de alcohol y otras drogas. Se trata de un estudio de campo descriptivo, no experimental, sobre una muestra seleccionada de 103 prostitutas. Resultó que el 98% de las prostitutas admitió haber consumido alcohol en el mes anterior, el 23,3% había consumido cocaína y el 11,7% había consumido marihuana. Cabe señalar que el 40% fuma. El 75% de las prostitutas dice beber mucho. El 97% dijo que los clientes a menudo los presionan para que beban alcohol, y la misma proporción dijo que beben alcohol cuando un gerente se lo pide en el trabajo.

Salinas et al. (2014) en su estudio titulado “La autoestima como estresor interno del consumo de alcohol en trabajadoras sexuales”. Este estudio muestra que el alcoholismo es un problema de salud mundial y que su prevalencia entre las consumidoras está aumentando. La actividad sexual puede estar asociada con el consumo de alcohol. Su objetivo era medir la relación entre la autoestima como estresor interno y el consumo de alcohol en trabajadoras sexuales. Se utilizó el cuestionario AUDIT para medir el consumo de alcohol y el cuestionario de Coopersmith para evaluar la autoestima. Análisis estadístico. Según el modelo de sistemas de Betty Neumann, se supone que la baja autoestima influye e influye en el consumo de alcohol.

Beltrán et al. (2010) en un estudio titulado “Perspectivas de la historia de vida sobre estilos de afrontamiento en una muestra de trabajadoras sexuales en Bogotá”. A través de sus

historias de vida, intenta comprender cómo un grupo de tres trabajadoras sexuales del sur de Bogotá afrontan el estrés. Se fundamenta en un enfoque histórico cualitativo, hermenéutico, dentro del método histórico-biográfico basado en relatos de vida, utilizando entrevistas semiestructuradas para la recolección de información. Se ha descubierto que las estrategias de afrontamiento más utilizadas en situaciones estresantes son: evitación cognitiva, resolución de problemas, evitación conductual, reevaluación positiva, autocontrol, religión y búsqueda de apoyo social, utilizadas en situaciones que involucran a clientes agresivos y agresivos bajo estrés. Efectos de los estimulantes nerviosos.

### ***2.2.2. Antecedentes Nacionales***

Coronel et al. (2022), en su estudio titulado “Intervención psicológica para drogadictos en una comunidad terapéutica privada - Lima” intentó intervenir en la vida de una mujer de 18 años que consumía drogas desde un centro de tratamiento. comunidades en la rehabilitación social mediante el uso de enfoques cognitivo-conductuales. La intervención incluyó 34 sesiones individuales, 4 sesiones de seguimiento y 8 sesiones familiares. Para ello, se evaluó al usuario utilizando herramientas psicológicas para identificar el problema de investigación y se encontró que el usuario no era consciente del problema de consumo de drogas y lo negaba, no se daba cuenta de ello, creaba o controlaba sus emociones e imaginaba sus pensamientos irracionales contribuyó a su uso y patrones de comportamiento. Comportamientos inadecuados al cuidar de ellos y al interactuar con los demás. Según los datos recopilados durante la fase de intervención y observación, tras la intervención psicológica, se encontró que los usuarios habían desarrollado las habilidades cognitivas, emocionales y conductuales necesarias para el proceso de cambio de conducta de su adicción.

Mamani (2016), en el estudio “Estrés y consumo de alcohol en trabajadoras sexuales -

Juliaca”. Determinar la relación entre el estrés y el consumo de alcohol. La metodología se basa en un diseño no experimental, descriptivo y correlacional que incluyó una población de 150 trabajadoras sexuales que asisten al Centro de Referencia de Enfermedades de Transmisión Sexual CERITS del Hospital Carlos Mongue Medrano de Juliaca. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Estrés y el Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT), ambos validados para este estudio. Los hallazgos clave muestran que el 43,7% de las personas experimentan niveles muy altos de estrés y el 39,8% bebe alcohol moderadamente; Por lo tanto, también fue posible establecer correlaciones entre el consumo de alcohol y aspectos de las variables de estrés: síntomas fisiológicos ( $r = 0,358$ ), síntomas de comportamiento social ( $r = 0,459$ ), inteligencia y carrera ( $r = 0,459$ ). 482) y síntomas psicoemocionales ( $r=0,376$ ). Por lo tanto, se concluyó que existe una correlación directa y significativa entre el consumo de alcohol y el estrés ( $r=0,500$ ).

Zanabria (2015) diseñó un estudio titulado “Actitudes y experiencias de maternidad entre trabajadoras sexuales atendidas en el Centro Médico Madre Teresa de Calcuta-Lima”, un estudio observacional con metodología descriptiva, prospectiva, transversal y cuantitativa. En resumen, las actitudes hacia la maternidad entre las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro Médico Madre Teresa de Calcuta de Lima en 2015 fueron positivas (72,4%). En cuanto a la experiencia de maternidad antes del embarazo, la mayoría: no utilizó ningún método anticonceptivo (67,3%), no abortó antes de dar a luz a su primer hijo (81,6%); Durante el embarazo la mayoría: dejó de tener relaciones sexuales (55,1%), acudió al médico hasta por 3 meses (54,1%), se preocupó por su estado (50%); y después del embarazo, la mayoría de las prostitutas: se sienten felices de dar a luz (61,2%), no piensan en dejar la prostitución (57,1%), no tienen problema en volver a la prostitución teniendo relaciones sexuales (67,3%) y utilizan anticonceptivos. (75,5%).

Bustamante (2014) en un estudio titulado “Factores asociados al hábito de beber en niñas adolescentes de cuatro distritos de Lima”, tuvo como objetivo determinar si existen diferencias entre los adolescentes que tienden a beber y si los adolescentes tienden a consumir alcohol en grupos sociales particulares de la población o no. factores emocionales, como la regulación de las emociones y la madurez psicosocial, así como factores relacionados con los padres, como el control y apoyo que brindan a sus hijas y los problemas que encuentran relacionados con el consumo de alcohol. Las investigaciones muestran que los adolescentes que cuentan con más apoyo emocional de sus padres y son más maduros psicosocialmente tienen menos probabilidades de beber alcohol; mientras que los adolescentes que perciben un mayor control parental tienen más probabilidades de consumir alcohol. Por otro lado, se encontró que las tendencias de consumo de alcohol entre los adolescentes no estaban relacionadas con el consumo de alcohol de los padres, el apoyo emocional materno o la capacidad de regular las emociones.

### ***2.2.3. Antecedentes Regionales***

Serna (2024) en el estudio titulado “Estudio de caso de una mujer alcohólica que visita un centro comunitario de salud mental” dijo que la paciente de 31 años presentó patologías como las manifestaciones clínicas de personalidad evitativa, personalidad esquizoide severa. La patología y los síndromes clínicos de la drogadicción acompañan al consumo de alcohol.

## **CAPÍTULO III: EVALUACIÓN**

### **3.1. MÉTODOS DE EVALUACIÓN**

Para la valoración psicológica del presente caso se usó las siguientes técnicas:

- Observación estructurada: método empleado en el entorno clínico para evaluar comportamientos o síntomas específicos y arribar a un diagnóstico y vigilar el proceso del tratamiento.
- La entrevista individual: técnica usada para recolectar información de la historia de la paciente, así como de las principales problemáticas que interfieren con su salud. En una relación directa entre el personal clínico y la paciente entrevistada.

En el primer contacto para la entrevista inicial, la paciente “la flaca” se muestra colaboradora, se genera una alianza terapéutica y empatía, que facilitó el procedimiento de evaluación inicial. La observación y entrevista son dos métodos muy importantes que permitirán fomentar la construcción de un espacio de confianza a fin de generar adherencia al tratamiento.

### **3.2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:**

Tamizaje con El cuestionario de detección del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias ASSIST v3.1. de la Organización Mundial de la Salud (OMS) – es un cuestionario que tiene el propósito de obtener información relacionada al consumo de sustancias psicoactivas; la puntuación obtenida permite clasificar a los usuarios según el nivel de riesgo para cada sustancia en “bajo”, “moderado”, “alto”, y en cada caso se determina la intervención más adecuada. El cuestionario consta de ocho preguntas y contestar lleva aproximadamente 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de las siguientes sustancias: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos, otras drogas. Así

mismo, el cuestionario brinda información sobre el consumo de algunas sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo actual y los problemas relacionados a ello en los últimos tres meses.

Escala de Evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island URICA, basado en un método transteorético del cambio que propone que las personas cambian sus conductas gradualmente a lo largo de diferentes etapas, por tal motivo URICA es un cuestionario que se utiliza para medir las etapas de cambio, respecto a la modificación de cualquier conducta problema, el consumo de sustancias psicoactivas. Como cuestionario de autoinforme que consta de 32 preguntas y cada uno con cinco alternativas de respuesta entre muy en desacuerdo, en desacuerdo, indeciso, de acuerdo, muy de acuerdo. La escala evalúa cuatro etapas de cambio denominadas precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento.

Inventario Clínico Multiaxial de Millon MCMI-II, publicado en 1987, el autor es Theodore Millón, fue traducido en el año 2002 al español, evalúa la personalidad para la toma de decisiones de tratamiento sobre personas con trastornos de la personalidad y dificultades emocionales e interpersonales, la aplicación puede ser individual y colectiva, a partir de los 18 años, con una duración aproximada de 30 a 40 minutos. Consta de 175 ítems con formato de respuesta Verdadero/Falso. Los aspectos de la personalidad patológica son recogidas en 26 escalas: 4 escalas de fiabilidad y validez; 10 escalas básicas de personalidad; 3 escalas de personalidad patológica; 6 síndromes clínicos de gravedad moderada; y 3 síndromes clínicos de gravedad severa. De uso clínico. El instrumento fue validado por Solís en población peruana en el año 2007, alcanzando en cuanto a validez una puntuación muy alta de .92, y a nivel de la fiabilidad una puntuación de .80, lo cual indica que la consistencia de la prueba es adecuada para las escalas clínicas (Solís, 2007).

En la Historia Clínica de consumo de sustancias psicoactivas, a través de cuatro sesiones de entrevista, se recogieron los siguientes datos.

#### **A. Datos Generales y Sociodemográficos**

- a. Nombre : “La Flaca”
- b. Edad : 39 años
- c. Fecha de nacimiento : 28 de diciembre de 1981
- d. Estado civil : conviviente irregular
- e. Grado de instrucción : Primaria incompleta
- f. Ocupación actual : Trabajadora sexual
- g. Lugar de nacimiento : Chiclayo
- h. Domicilio actual : no precisa – Paita

#### **B. Motivo de Consulta**

Usuaría ingresa sola a la Emergencia del Hospital II-1 Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, a la Unidad Prestadora de Servicio de Salud de Ginecobstetricia, con intenso dolor en región baja del abdomen, tras evaluación de médico especialista en Ginecología, se le hospitaliza por ITU y gestación en III trimestre, sin controles de gestación. Médico especialista de Hospitalización de Ginecología indica interconsulta con servicio de Psicología debido a que usuaria manifiesta consumo actual de pasta básica de cocaína y dedicarse al trabajo sexual, durante el embarazo aumentó consumo habitual, le aqueja dolor abdominal, manifiesta que bebe que gesta “lo regalaré a su padre, yo no lo quiero, que lo críe su padre”

#### **C. Observación Psicológica**

Descripción física. - mujer de 39 años de edad, en estado de gestación, de contextura delgada, de tez mestiza, 1.60 de estatura aproximadamente, aparenta mayor

edad en relación a su edad cronológica, de cabello lacio, con visibles canas y corto; carece de dientes superiores e inferiores, con uñas de pies largas y negras al borde. Viste ropa acorde a la estación, está con desaseo personal.

Descripción de la conducta. - se encuentra estable emocionalmente, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona; se expresa de forma verbal clara y fluida. Al inicio evita el contacto visual sin embargo luego logra mantener contacto visual con la entrevistadora. Con el acontecer de las entrevistas la paciente se muestra más colaboradora, se esfuerza por recordar detalles de la historia de su vida.

#### **D. Historia del Problema de consumo de sustancias psicoactivas**

La paciente refiere que, desde los 15 años de edad, se fugó de casa en Chiclayo y llega a la ciudad de Paita por sugerencia de amistades a trabajar en un “Bar restaurante Clandestino”, dónde inicia el consumo de bebidas en compañía con los clientes a los 16 años de edad, con un consumo diario.

A los 19 años de edad inicia el consumo de marihuana por insistencia de grupo de clientes en una reunión, manifestando “me quemaron el pico (sonrisa) y me pegué”

A los 20 años de edad inicia el consumo de pasta básica de cocaína, ofrecida por clientes, durante su desempeño como trabajadora sexual. Luego empieza a fumar mixtos, combinando la PBC con marihuana o tabaco. Incrementa el consumo interdiario de pasta básica de cocaína durante el contacto con sus clientes del trabajo sexual, en “el hueco”, “la quebrada”.

Al consumir pasta tiene pensamientos como: “estoy tranqui y no siento nada por quien se ocupa conmigo, no me acuerdo de nada”. Siente placer (8/10), alegría (7/10), ansiedad (4/10), así mismo al consumir pasta se ríe sin motivo aparente.

Cuando su pareja actual le pide que deje de drogarse, la paciente promete dejar de consumir, sin embargo, recae en el consumo, al respecto refiere “él se hace el sufrido, pero solo me busca porque quiere sexo, si él era mi cliente, la droga me hace olvidar, olvidar todo”

La paciente recuerda que durante el embarazo el consumo es más intenso, diario, refiriendo “he consumido duro, en mi otro embarazo de mi Pierito si me cuidé, pero ahora no, estoy durmiendo en “el hueco”, casi no como y no me ha dado COVID (sonrisas), se me murió mi loco (padre de hijos)”

#### **E. Evolución del Problema del consumo de sustancias psicoactivas**

Desde los 8 años de edad, la paciente “La Flaca” recuerda observar a su madre consumir bebidas alcohólicas con su padrastro. Recuerda que había reuniones en casa con los vecinos y su mamá se ponía alegres, luego había peleas con padrastro “muy violento era, le sacaba sangre a mi viejita, pero yo me iba a la calle a jugar, al otro día no iba al colegio y mi madre se sacaba la chochoca, por eso mejor me fui de la casa”.

Cuando la paciente “La Flaca”, tenía 16 años, llegó a Paita a trabajar a un Bar llamado “Clandestino” por sugerencias de amistades para ayudar en la cocina, sin embargo, la dueña del Bar le indica que se siente en la mesa con los clientes, motivo por el cual inicia el consumo de bebidas alcohólicas. La paciente refiere “al inicio no quería, pero después me gustó, porque los clientes me daban propinas que yo ahorra”. Luego dueña del Bar indica a la paciente que debe “ocuparse” (tener relaciones sexuales) con los clientes, a lo que ella se niega; pero refiere “la señora me engañó al darme una taza de té par que me calmara y creo que me durmió porque cuando desperté estaba calata en mi cama y me habían robado la plata que tenía en mi mochila, le reclamé a la señora y me

botaron del Bar sin nada”.

A los 16 años paciente empieza a dormir en la Plaza de Paita, pidiendo dinero a turistas para comer; es aquí cuando una noche cerca al Zanjón frente a la Plaza de Paita una señora le ofrece ropa y comida, luego la invita a bañarse a un cuarto de hotel y le propone iniciar el trabajo sexual, al cual ella accede y la presentan como “La Flaca”.

A los 19 años durante sus labores como trabajadora sexual inicia el consumo de marihuana refiriendo “me quemaron el pico (sonríe), pero me gustó”.

A los 20 años inicia el consumo de pasta básica de cocaína a lo que refiere “los clientes querían estar más cómodos y pagaban bien y ya pues (sonríe) fumaba de todo lo que me daban”. Luego probó mixtos pasta con marihuana o con tabaco. Sin embargo, la sustancia de mayor consumo y posteriormente por necesidad es “la pasta”.

## **F. Ámbito Sexual**

La paciente refiere haber iniciado su vida sexual en el “Bar restaurant Clandestino” a los 16 años de edad, cuando dueña de Bar le indica que, “sus clientes querían ocuparse (tener relaciones sexuales) con ella”, situación a la que se niega y menciona que, “en la noche me dieron una taza de té para descansar y amanecí desnuda en mi cama, al reclamarle a la señora, me botaron de la casa y no me permitieron llevar mi ropa y me habían robado el dinero que guardaba en mi mochila...desde allí empecé a dormir en la plaza principal de Paita y pedir comida y dinero a los turistas”. La paciente refiere que, “durante las noches en el zanjón de Paita (costado de plaza principal) llegaban chicas que ofrecían servicios sexuales y una noche la señora encargada del negocio, me ofreció cenar, me llevó a un cuarto a bañarme, me regaló ropas y me propuso trabajar ofreciendo servicios sexuales, me apodaron La Flaca”.

Actualmente del trabajo sexual percibe dinero para pagar gastos de hijo de 02 años que lo cuida una señora que limpia el hotel donde trabaja, sus clientes la buscan para consumir bebidas alcohólicas y pasta básica de cocaína que le ofrecen también por “ocuparse” (servicios sexuales), acepta ir al “hueco” o “la quebrada” por consumir pasta.

### **G. Historia Personal**

La usuaria nace en Chiclayo es la quinta hija de seis hijos que tuvo su madre y la única hija mujer. Expuesta a violencia familiar de padres, abandono de parte de padre y rechazo emocional de parte de madre. Con estudios incompletos del nivel primaria. Fuga de casa en la adolescencia, debido a constante maltrato físico de parte de madre y hermanos refiriéndose “querían que vaya al colegio, pero yo era vaga me gustaba estar en la calle”, así como del maltrato físico de parte del padrastro hacia la madre.

### **H. Historia Familiar**

Proviene de una familia nuclear disgregada, disfuncional, sufre abandono de parte de padre, percibiendo baja economía y escasez de recursos y oportunidades sociales. Los límites no definidos, roles confusos. Padre alcohólico y madre con trastorno depresivos, padrastro alcohólico.

En Paita convivió durante 10 años de forma regular con pareja; tuvo 4 gestaciones dos niños nacidos vivos y dos abortos resultados de actos de violencia de parte de pareja con efecto de consumo de bebidas alcohólicas. El Señor falleció en junio del 2020 por la COVID-19. Su primer hijo vive en Lima, con el hermano de usuaria; el segundo hijo (con labio leporino) lo cuida la señora que limpia cuartos en hotel donde realiza trabajos sexuales la usuaria.

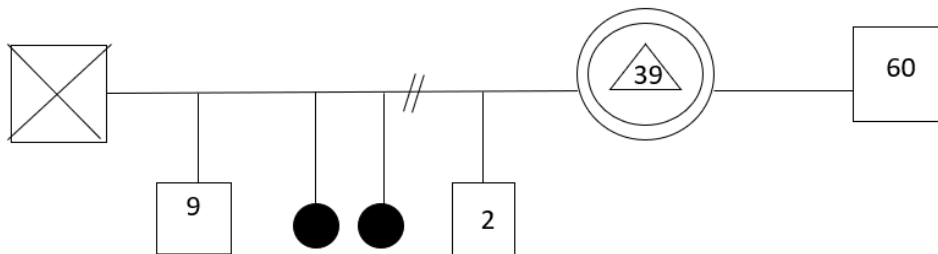
Actualmente convive de forma irregular con actual pareja, es un señor de 60 años

de edad y cliente de usuaria, quien refiere además “duermo en donde me cae la noche, en casa abandonada de los padres de mi pareja, en “la quebrada” (zona de consumo), o donde estoy con clientes”.

**Accidentes y enfermedades**

La paciente niega haber tenido operaciones. Refiere haber tenido visitas en consultorio de PROCITSS para controlar alguna infección de transmisión sexual. En historia clínica se reporta negativo el examen a VIH-SIDA, tuberculosis y sífilis. Además, tiene IGG e IGM negativos a COVID 19. Presenta anemia leve e ITU en estado de gestación al momento de la entrevista inicial.

**I. Genograma**



**J. Análisis Funcional**

Estímulo Discriminativo	Conducta	Estímulo reforzador
<p>Externo</p> <p>Cuando está con clientes del trabajo sexual.</p> <p>Cuando pasa por “la quebrada, el hueco”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cognitivo “estoy bien, me olvido de todo, no siento nada”</li> <li>- Fisiológico Relajación muscular (7/10)</li> <li>- Emocional Placer (8/10), alegría (7/10), ansiedad (4/10)</li> </ul>	<p>Externo</p> <p>Recibe dinero de los clientes del trabajo sexual, para pagar a cuidadora de hijo.</p> <p>Clientes la buscan de su compañía.</p>

Interno Pensamiento “extraño a mi loco; quiero olvidar todo lo vivido” Síndrome de abstinencia “ansiedad, malestar general”	- Motor Se ríe sin motivo aparente, movimientos lentos.	Interno “la droga es rica, me hace sentir bien” Alivia el síndrome de abstinencia.
Dimensiones de la conducta Frecuencia: interdiario Duración: variable Cantidad: 04 cigarrillos		

### 3.3. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN

La evaluación del caso único, se realizó durante periodo de hospitalización en tópico de Gineco Obstetricia, del Hospital de Paita.

Se toma como referencia a la Guía de orientación, consejería e intervención breve de personas que consumen sustancias psicoactivas, de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin drogas, DEVIDA y la Guía práctica clínica en trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas del Ministerio de Salud.

### 3.4. PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA

Según CIE 10, corresponde a un F14.2 Síndrome de dependencia debido al consumo de cocaína. Como un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas donde el consumo de cocaína es de máxima prioridad en el paciente. Entre los criterios diagnóstico según el Manual de Codificación Internacional de Enfermedades 10, tenemos:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir la sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de cocaína.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la

sustancia se reduce o cese.

- d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión, a causa del consumo de la sustancia.
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

### **3.5. RESULTADOS OBTENIDOS POR CADA INSTRUMENTO**

En el proceso de evaluación utilizaron los siguientes instrumentos, escogidos por el personal clínico, a partir de las hipótesis generadas durante la entrevista clínica:

Tamizaje con Prueba de Detección del consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1).- los resultados obtenidos son los siguientes:

Puntaje	Nivel de riesgo
Puntaje 35	Riesgo alto al consumo de cocaína
Puntaje 17	Riesgo moderado al consumo de alcohol

El puntaje obtenido en la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) ubica a la evaluada en riesgo alto en consumo de cocaína como conducta adictiva, se observan problemas significativos en su vida personal, familiar y salud, es probable que sea un adicto. Asimismo, denota un riesgo moderado de tener problemas de salud y otros problemas por sus hábitos actuales de consumo de alcohol.

Escala de Evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island URICA, los resultados

obtenidos son los siguientes:

Pre contemplación	35
Contemplación	15
Acción	5
Mantenimiento	5

El puntaje obtenido en la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island-URICA. El puntaje mayor obtenido corresponde al estadio de cambio Precontemplación caracterizado por minimizar la adicción y su deseo de cambiar se presenta ante una exigencia, una amenaza o una situación crítica como el estado de gestación. Seguida de la etapa de contemplación en la que la conciencia sobre la existencia de un problema le preocupa poco en solucionarlo o buscar ayuda. Así mismo no se evidencian actividades de cambio por mantener periodos de abstinencia y dedicar tiempo a cambiar conductas asociadas al consumo como el trabajo sexual. Se recomienda iniciar un tratamiento especializado en adicciones considerando el modelo de cambio de Prochaska y DiClemente en el cambio de la conducta adictiva. Así mismo incluir la estrategia de entrevista motivacional para incrementar la motivación en la examinada

Inventario Clínico Multiaxial del Millon MCMI-II, denota indicador elevado en la escala 3 en la Patología de la Personalidad Dependiente, expresado en la constante búsqueda de relaciones sometiéndose a los deseos de otros a fin de mantener su aceptación, reforzado con el trabajo sexual. Además, denota un indicador elevado en los síndromes clínicos de las escalas D de neurosis depresiva, escala B de abuso de alcohol, y escala T de abuso de drogas, lo que indica que la paciente ha tenido una historia actual de consumo de sustancias psicoactivas que se corrobora con la historia de consumo interdinario de PBC, priorizando la necesidad de consumo

por encima del autocuidado en estado de gestación, así como del cuidado de sus menores hijos y una historia de consumo de sustancias psicoactivas de aproximadamente 23 años, manifiesta haber tenido intentos de por controlar o cesar el consumo de sustancias psicoactivas sin éxito.

De la historia clínica de la paciente de 39 años, atendida durante la hospitalización en el área de Ginecología, encontrándose en el tercer trimestre de gestación, sin controles prenatales previos, donde informa al personal de salud haber consumido PBC de forma diaria durante gestación, así como continuar dedicándose al trabajo sexual. Paciente natural de la ciudad de Chiclayo, proviene de un hogar disgregado y disfuncional, expuesta a violencia familiar desde la infancia, con escolaridad incompleta, se fuga de casa llegando a la ciudad de Paita a los 15 años de edad a trabajar en un Bar, donde inicia el consumo de bebidas alcohólicas junto con los clientes del Bar. Un año después viviendo en las calles de Paita baja se inicia como trabajadora sexual, en donde consumo marihuana, posteriormente PBC y mixtos de forma interdiaria durante sus labores como trabajadora sexual. Se acompaña con un señor con quien tuvo dos hijos, niños que son cuidados por señora que limpia el hotel donde se hospedan las señoras que se dedican al trabajo sexual, pues padre de niños murió de COVID 19. Actualmente refiere consumo de PBC de forma diaria.

## CAPÍTULO IV: INTERVENCIÓN

### 4.1. PROBLEMA DELIMITADO

La paciente mujer evaluada, de 39 años de edad, presenta un diagnóstico en Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de cocaína, síndrome de dependencia.

### 4.2. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

#### 4.2.1. Objetivo General

- Lograr conciencia de la conducta problema

#### 4.2.2. *Objetivos Específico*

- Identificar estímulos antecedentes y consecuentes de su consumo de drogas
- Fortalecer la motivación al cambio
- Desarrollar habilidades de afrontamiento para el manejo del deseo de consumo
- Entrenamiento en habilidades cognitivas para el manejo de emociones negativas
- Desarrollar habilidades sociales para el manejo de situaciones de riesgo
- Entrenar en estrategias de prevención de recaídas y planificación de metas.

### 4.3. EJECUCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

**Tabla 1**

*Tabla Resumen de las Sesiones de Evaluación*

<b>Sesión</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Indicador de Logro</b>	<b>Técnica Empleada</b>
<b>Sesión N°01</b>	Atención a Interconsulta. Aplicación de ASISST	Expresión verbal, coherente y fluida. Actitud colaboradora.	Entrevista clínica y observación de conducta
<b>Sesión N°02</b>	Elaboración de historia clínica. Explicación del proceso de intervención.	Expresión verbal, coherente y fluida. Actitud colaboradora.	Entrevista clínica y observación de conducta

<b>Sesión N°03</b>	Aplicación de la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island-URICA	Expresión verbal, coherente y fluida. Actitud colaboradora.	Entrevista clínica y observación de conducta. Escala de URICA
<b>Sesión N°04</b>	Aplicación de Inventario Clínico de Millon II	Expresión verbal, coherente y fluida. Actitud colaboradora.	Entrevista clínica y observación de conducta. Inventario de MILLON II
<b>Sesión N°05</b>	Elaboración de informe psicológico de pruebas aplicadas.	Paciente reconoce resultados de evaluación.	Procesamiento de datos.
<b>Sesión N°06</b>	Generar conciencia sobre ventajas y desventajas del consumo.	Reconoce balance decisional.	Psicoeducación

**Tabla 2**

*Tabla resumen de las sesiones de Intervención Breve*

<b>Sesión</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Indicador de Logro</b>	<b>Técnica Empleada</b>
<b>Sesión N°01</b>	Explorar el contexto que antecede a la conducta de consumo, así como las consecuencias inmediatas que lo refuerzan.	Es capaz de identificar estímulos activadores y reforzadores de situaciones de consumo.	Análisis funcional
<b>Sesión N°02</b>	Generar conciencia y adherencia al tratamiento.	Reconoce la importancia de generar cambios en su vida.	Escala de Importancia
<b>Sesión N°03</b>	Generar el hábito de la relajación muscular progresiva.	Entrenamiento y ejecución de técnica de relajación muscular progresiva (brazos, hombros, cuello, espalda, piernas).	Relajación muscular. Autoinstrucciones

<b>Sesión N°04</b>	Habituar el uso de pensamientos alternativos saludables.	Identifica y plantea pensamientos alternativos saludables que desencadenan emociones saludables.	Autoinstrucciones. Técnica de auto verbalización que refuerce la comunicación intra-psíquica.
<b>Sesión N°05</b>	Fortalecer la comunicación asertiva y habilidades sociales.	Reconoce técnicas de comunicación asertiva y su relación con el consumo de drogas.	Juego de roles. Visualización asistida.
<b>Sesión N°06</b>	Prevención de recaídas.	Reconoce situaciones de alto riesgo. Establecer metas a corto, mediano y largo plazo.	Psicoeducación

#### **4.4. MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN**

Durante el desarrollo de las sesiones de intervención, se llevaron a cabo acciones sistemáticas de monitoreo para evaluar el avance y cumplimiento de los objetivos terapéuticos. Se revisó constantemente la comprensión de las tareas asignadas y se evaluó la fluidez con la que la usuaria ejecutaba las técnicas y ejercicios propuestos.

Ante la ausencia de familiares directos y de pareja actual, el monitoreo del mantenimiento de la abstinencia se realizó a través de la red de apoyo seleccionada por la propia usuaria, conformada por promotores de salud del hospital donde recibe tratamiento.

Al finalizar la sexta sesión de intervención breve, se evidenció una mejora significativa en el mantenimiento del régimen de abstinencia. A partir de ese momento, se inició un proceso

de seguimiento telefónico con las amistades que acogieron a la usuaria y a su recién nacido en su hogar.

El primer monitoreo se realizó una semana después de la alta médica del bebé y la finalización de la intervención; el segundo seguimiento se efectuó una semana después, también mediante comunicación telefónica con las amistades referidas. Posteriormente, se estableció un régimen de monitoreo quincenal, complementado con visitas presenciales al hospital en el marco de los controles de vacunación del bebé, acompañadas por los promotores de salud.

A la fecha de presentación del presente caso clínico, la usuaria continúa en estado de abstinencia, residiendo en el hogar de sus amistades, quienes brindan acompañamiento y motivación constante en su proceso de cambio conductual.

#### **4.5 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN**

En la etapa inicial del proceso de intervención, se identificaron múltiples conductas problemáticas en distintas áreas del funcionamiento personal y social de la paciente.

A nivel de personalidad, se evidenció una marcada dificultad para establecer relaciones interpersonales sólidas y duraderas, aislamiento social, escasa asunción de responsabilidades, vínculos afectivos limitados y baja autoestima. Asimismo, se observaron conductas recientes de abuso de pasta base y alcohol, así como dificultades para la autorregulación emocional frente a ciertos estímulos. La paciente manifestaba una tendencia a priorizar el consumo de sustancias psicoactivas por encima de su bienestar personal y del de sus hijos.

En el ámbito familiar, no se identificaron vínculos significativos con personas adultas de apoyo. Sin embargo, la paciente es madre de tres hijos menores de edad: uno de 9 años, otro de 2

años y un bebé recién nacido.

En el área socioemocional, presentaba dificultades para integrarse socialmente y establecer relaciones saludables con su entorno cercano. Expresaba sentirse carente de recursos psicológicos y emocionales para afrontar adecuadamente las exigencias del medio, llegando incluso a rechazar el apoyo ofrecido por amistades cercanas.

Tras el proceso de intervención, se observaron avances significativos. La paciente logró fortalecer su autoconcepto, consolidó una red de apoyo con dos amigas cercanas, y mostró mayor motivación y confianza para sostener la abstinencia. Además, fue capaz de priorizar su bienestar por sobre los reforzadores inmediatos asociados al consumo.

No obstante, aproximadamente dos meses después de finalizada la intervención, comenzaron a presentarse síntomas de ansiedad e irritabilidad. La paciente decidió interrumpir el contacto con su red de apoyo y retomar el trabajo sexual como medio para generar ingresos, delegando el cuidado de sus hijos a una persona del hotel donde ejercía esta actividad. Esta situación deterioró sus recursos psicológicos, generando una nueva exposición a factores de riesgo que derivaron en una recaída en el consumo de pasta base. Este retroceso impactó negativamente en los logros obtenidos y comprometió de manera significativa la mejora alcanzada en su calidad de vida durante el proceso terapéutico.

## CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

Para el presente estudio de caso, se llevó a cabo un análisis preliminar mediante estadística descriptiva, con el objetivo de exponer la problemática del consumo de sustancias psicoactivas en mujeres en diversos contextos en los últimos años. Además, se abordaron los problemas psicológicos asociados a dicho consumo y su estrecha relación con el trabajo sexual, destacando la relevancia de profundizar en la investigación de esta problemática.

La investigación tuvo por objetivo principal generar conciencia sobre la conducta problemática relacionada al consumo de sustancias psicoactivas, en una usuaria que acude a un Hospital general en Paita. Con el fin de llevar a cabo una valoración psicológica objetiva, se utilizaron diversas técnicas psicológicas, tales como la observación estructurada y la entrevista clínica individual. De manera complementaria, se emplearon instrumentos de evaluación que cuentan con una validez y confiabilidad suficientes, como la Prueba de Detección del consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1), el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) y la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island-URICA.

El puntaje obtenido en la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) ubica a la evaluada en riesgo alto en consumo de cocaína como conducta adictiva, se observan problemas significativos en su vida personal, familiar y salud, es probable que sea un adicto. Asimismo, denota un riesgo moderado en el consumo de alcohol.

Dichos hallazgos irían de la mano con los obtenidos por Portela (2023), quien muestra que el uso prolongado de drogas psicotrópicas y el consumo problemático de alcohol en diferentes etapas de la vida están asociados con la aparición de conflictos familiares y problemas de adicción familiar y de género; la paciente evaluada presenta una evolución del problema de consumo que inicia desde la infancia al observar a madre consumir bebidas alcohólicas con su

padrastra y luego ver actos de violencia familiar, motivos por el cual fuga de casa en la adolescencia.

La UNAD (2021), en un informe que documenta una investigación realizada entre mujeres sobre el consumo de drogas y la adicción, indica que las principales drogas de consumo son la cocaína y alcohol, aunque también se consiguen ansiolíticos-hipnóticos, con o sin receta. En el presente caso la evaluada inicia con el consumo de bebidas alcohólicas y luego consume drogas ilegales en compañía de clientes del trabajo sexual.

Inventario Clínico Multiaxial del Millon MCMI-II, denota indicador elevado en la escala 3 en la Patología de la Personalidad Dependiente, expresado en la constante búsqueda de relaciones sometiéndose a los deseos de otros a fin de mantener su aceptación, reforzado con el trabajo sexual. Además, denota un indicador elevado en los síndromes clínicos de las escalas D de neurosis depresiva, escala B de abuso de alcohol, y escala T de abuso de drogas, lo que indica que la paciente ha tenido una historia actual de consumo de sustancias psicoactivas que se corrobora con la historia de consumo interdiario de PBC, priorizando la necesidad de consumo por encima del autocuidado en estado de gestación, así como del cuidado de sus menores hijos y una historia de consumo de sustancias psicoactivas de aproximadamente 23 años, manifiesta haber tenido intentos de por controlar o cesar el consumo de sustancias psicoactivas sin éxito.

Dichos hallazgos son compatibles con los de Hansen (2020), donde indica que las mujeres atendidas en comunidades terapéuticas de la Red Sanitaria pública Catalana, obtuvieron puntuaciones altas en medidas de estado y rasgos de depresión y ansiedad.

Además Sánchez (S/F), en su investigación concluye que la personalidad dependiente, baja autoestima, falta de apoyo social y estrategias personales de afrontamiento, violencia doméstica y sexual, acontecimientos vitales estresantes, dependencia económica; son factores que explican

la violencia de género en relación a la víctima mujer.

El puntaje obtenido en la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island-URICA. El puntaje mayor obtenido corresponde al estadio de cambio Precontemplación caracterizado por minimizar la adicción y su deseo de cambiar se presenta ante una exigencia, una amenaza o una situación crítica como el estado de gestación. Seguida de la etapa de contemplación en la que la conciencia sobre la existencia de un problema le preocupa poco en solucionarlo o buscar ayuda. Así mismo no se evidencian actividades de cambio por mantener periodos de abstinencia y dedicar tiempo a cambiar conductas asociadas al consumo como el trabajo sexual.

Estos resultados obtenidos coinciden con los de Blanco et al. (2020), quien determinó que el uso de sustancias psicoactivas es una de las estrategias para afrontar el estrés, ansiedad y depresión. El momento de mayor consumo de alcohol se da después del trabajo sexual y se utiliza como estrategia de relajación y el uso directo de cualquier psicoestimulante se asocia con una falta de control en el momento de su uso, es decir, una sensación de tolerancia a la droga.

Así mismo Rodríguez et al. (2016), expone que el 98% de las prostitutas admitió haber consumido alcohol en el mes anterior, el 23,3% había consumido cocaína y el 11,7% había consumido marihuana. El 97% dijo que los clientes a menudo los presionan para que beban alcohol, y la misma proporción dijo que beben alcohol cuando un gerente se lo pide en el trabajo.

La historia sexual de la evaluada presenta un inicio del consumo de sustancias psicoactivas durante su ejercicio del trabajo sexual, información que se corrobora con los resultados de la investigación de Salinas et al. (2014), la actividad sexual puede estar asociada con el consumo de alcohol. Los trabajadores sexuales informaron haber consumido alcohol, cocaína y marihuana (Rodríguez et al., 2014), esta investigación muestra que las prostitutas

consumen cocaína en un contexto de evasión, tanto para olvidar la actividad que realizan como para no ser conscientes del estigma que enfrentan.

La evaluada refiere periodos de abstinencia después de haber de dar a luz, sin embargo, continúa con el trabajo sexual; información que se reafirma a la expuesta en la investigación de Zanabria (2015), donde indica que después del embarazo, la mayoría de las prostitutas: se sienten felices de dar a luz (61,2%), no piensan en dejar la prostitución (57,1%), no tienen problema en volver a la prostitución teniendo relaciones sexuales.

## CONCLUSIONES

Con el fin de llevar a cabo una valoración psicológica objetiva, se utilizaron diversas técnicas psicológicas, tales como la observación estructurada y la entrevista clínica individual. De manera complementaria, se emplearon instrumentos de evaluación que cuentan con una validez y confiabilidad suficientes, como la Prueba de Detección del consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1), el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) y la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island-URICA.

Se evidencia en la evaluada un cuadro de adicción al consumo de cocaína con una historia de 18 años de consumo de la sustancia mencionada, así mismo denota un consumo perjudicial de bebidas alcohólicas. Mantuvo periodos de abstinencia durante el segundo embarazo, sin embargo, en el embarazo actual refiere haber aumentado el consumo de cocaína de forma inter diario. Presenta problemas significativos en su vida personal, familiar y de salud.

La evaluada presenta patrones clínicos compatibles con un trastorno de personalidad dependiente, así como síndromes clínicos de neurosis depresiva, abuso de alcohol y abuso de drogas

Evaluación del Cambio la evaluada se encuentra en un estadio de cambio Precontemplación, caracterizado por la falta de consciencia sobre su enfermedad. Asimismo, no se evidencian actividades orientadas al cambio, como el mantenimiento de períodos de abstinencia o la dedicación de tiempo a modificar conductas asociadas al consumo, como el trabajo sexual.

No se evidenció la generación de conciencia de enfermedad frente al consumo de sustancias psicoactivas. Los resultados obtenidos reflejaron un abandono temprano del tratamiento y una recaída, atribuible a la fragilidad de la red de apoyo social.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda diseñar e implementar un plan de intervención integral que aborde los factores conductuales y cognitivos asociados al consumo de sustancias psicoactivas, así como el fortalecimiento de la red de apoyo social de la usuaria.

Este plan debe incluir estrategias de psicoeducación para fomentar la conciencia de enfermedad, terapia individual con enfoque cognitivo-conductual, vinculación con grupos de apoyo comunitario, y acompañamiento familiar, con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento y prevenir recaídas

Utilizar los resultados obtenidos en la presente investigación como material de consulta y como base para futuras investigaciones, considerando que este estudio se ha desarrollado sobre una sólida fundamentación teórica y metodológica, acorde con los criterios científicos propios de la investigación formal.

Recopilar mayor información sobre la problemática del consumo de sustancias en mujeres y que los sectores competentes diseñen e implementen acciones concretas para el desarrollo de servicios especializados, con el fin de atender de manera integral a esta población desde un enfoque de género y derechos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo Rodriguez M, (2017). Intervención clínica cognitivo conductual en un caso por consumo de sustancias. Bucaramanga – Bolivia.
- Alfonso, L. y Figueroa, L. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 21(2), 193-301.
- Asunción de Pablos V. (2018). Depresión y consumo de alcohol en mujeres: comorbilidad, prevalencia y factores asociados.
- Beltran y López (2010). Comprensión desde la historia de vida de los estilos de afrontamiento al estrés en un grupo de trabajadoras sexuales en Bogotá.  
<https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224090011.pdf>
- Blanco, Correa y Rodriguez, (2020). Consumo de sustancias psicoactivas como estrategia de afrontamiento en mujeres trabajadoras sexuales de la asociación sala, Costa Rica.  
<https://www.redalyc.org/journal/153/15364525010/html/>
- Cabanillas-Rojas, W. (2012). Factores de riesgo/protección y los programas preventivos en drogodependencias en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29 (1), 104-111.
- Calafat A y Amengual M: Educación sobre el alcohol. Actuar es posible. Madrid: Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior. 1999.
- CARE (2021). Proyecto GROW mejora el acceso a los servicios de salud mental y la atención de adicciones con enfoque de género. HYPERLINK  
"https://care.org.pe/proyecto-grow-mejora-el-acceso-a-los-servicios-desalud-mental-y-la-atencion-de-adicciones-con-enfoque-de-genero/"https://care.org.pe/proyecto-grow-mejora-el-acceso-a-los-servicios-desalud-mental-y-la-atencion-de-adicciones-con-enfoque-de-g

enero/

Castaños, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M., Tubert, S. (2007). Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Instituto de la Mujer. HYPERLINK "https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/salud/publicaciones/Seriesal%20ud/docs/Intervdrogodep.pdf" https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/salud/publicaciones/Seriesal ud/docs/Intervdrogodep.pdf

Cedeño, H. A., Delgado, L. S., Morales, J.C. y Ormaza, M. A. (2017). Depresión como consecuencia de la prostitución Femenina: Caso burdeles de Rocafuerte, Ecuador

Choi NG, DiNitto DM: Psychological distress, binge/heavy drinking, and gender differences among older adults. The American Journal on Addictions 2011.

Coronel Carrasco, A. (2022). Intervención psicológica en usuaria con dependencia a sustancia psicoactiva de una comunidad terapéutica privada-Lima.

Cortés M, Climent B, Flórez G, Torrens M, Giménez JA, Espandian A, Rossi P, Espert R, Gadea M: Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol. Guía clínica Socidrogalcohol 2013.

DEVIDA (2012). IV Encuesta nacional de consumo de drogas en población general de Perú-2010. Lima: Autor.

Dio Bleichmar E: La depresión en la mujer. España, 1999.

Erol A, Karpyak VM: Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. Drug and alcohol dependence 2015, HYPERLINK "http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.023" http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.023

- Fundadeps (2018). Guía breve para la detección e intervención con mujeres en situación de drogodependencia.
- Gallant DM: The female alcohol abuse: Vulnerability to multiple organ damage. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1990.
- Hansen Rodriguez G. (2020). Mujeres en comunidades terapéuticas de adicciones: perfil psicosocial, prevalencia de la violencia de género en el ámbito de pareja y barreras en el tratamiento.
- Kleber H, Weiss R, McIntyre J, Charles S y colaboradores: Treatment of patients with substance use disorders, second edition. Supplement to the *American Journal of Psychiatry* 2007
- Lau-Barraco C, Skewes MC, Stasiewicz PR: Gender differences in high-risk situations for drinking: are they mediated by depressive symptoms? *Addictive Behaviors* 2009
- Lee S: *Femininity and domination*. New York and London. Routledge 1990.
- Mamani B, 2016. Estrés y consumo de alcohol en trabajadoras sexuales. *Juliaca*.
- Meneses, C. (2007). Consecuencias del uso de cocaína en las personas que ejercen la prostitución. *Gaceta Sanitaria*, 21(3), 191-196. HYPERLINK "[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112007000300003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000300003)" \t "\_blank"[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112007000300003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000300003)
- Nolen-Hoeksema S: Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical Psychology Review* 2004.
- OMS (2010). Intervención breve vinculada al ASISTS para el consumo nocivo y riesgoso de sustancias. OMS.
- O'Hagan, A., & Wilson, M. (2018). Women and substance abuse: Gender-specific social,

- biological and psychological differences and treatment considerations. *Forensic Research & Criminology International Journal*, 6(2), 90-98.
- Organización Mundial de la Salud (2015). Definición de drogas. Recuperado el 5 de marzo del 2016, de <http://cicode.ugr.es/drogodependencia/pages/legislacion/drogas>.
- Organización Mundial de la Salud (2015). Clasificación Internacional de Enfermedades décima revisión (CIE-11). disponible: <http://www.paho.org/relacsis/index.php/en/docs/recursos/reuniones-y-talleresregionales/2019-1-vi-reunion-fci-chile/377-06-cc-cie11-chi-2019-vilmagawryszewski-lanzamiento-de-la-cie-11-en-espanol/file>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Violencia contra la mujer. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/violence-against-wom>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito - UNODC (2013). Pasta Básica de Cocaína. Cuatro décadas de historia, actualidad y desafíos. [https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2013/LIBRO\\_PBC.pdf](https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2013/LIBRO_PBC.pdf)
- Portela, A. (2023). Consumo de sustancias psicoactivas en mujeres mayores de 60 años de clases populares de CABA en el contexto de la pandemia por COVID19. *Revista Chilena De Terapia Ocupacional*, 24, 17. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2023.64177>
- Rivas Rivero, E., Bonilla-Algovia, E., & Vázquez, J. J. (2020). Factores de riesgo asociados al consumo de sustancias en mujeres víctimas de maltrato en contexto de pobreza. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 36(1), 173-180. <https://doi.org/10.6018/analesps.362541>
- Rodríguez, E., Fuentes, P., Ramos, L., Gutiérrez, R. y Ruiz, E. (2014). Violencia en el entorno

- laboral del trabajo sexual y consumo de sustancias en mujeres mexicanas. *Salud Mental*, 37(4), 355-360. HYPERLINK "<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58231853010>" \t "\_blank"<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58231853010>
- Ruiz O. y Mina Ch. (2016). Intervención Psicológica en mujeres drogodependientes: una revisión teórica. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.01.001>
- San L., Arranz B. (2016). Guía de Practica clínica para el tratamiento de la patología dual en población adulta. <http://hdl.handle.net/10347/18529>
- Sanchez Pardo L. (S/F). Drogas y perspectiva de género. Documento Marco. Plan de atención integral de salud a la mujer de Galicia – España.
- Salinas, Padilla, Ruiz y Vera. (2014). La autoestima como factor estresor intrapersonal para el consumo de alcohol en trabajadoras sexuales. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834852007>
- UNAD (2021). Mujeres, uso de drogas y adicciones.
- Yuen, W., Wong, W., Holroyd, E. y Tang, C. (2014). Resilience in work-related stress among female sex workers in Hong Kong. *Qualitative Health Research*, 24(9), 1232-1241. doi:10.1177/1049732314544968.
- Zanabria Oscar. (2015). Actitudes y experiencias relacionadas a la maternidad en las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Madre Teresa de Calcuta – Lima. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/4730>

