



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA DE REINSERCIÓN SOCIAL
PARA MUJERES
DROGODEPENDIENTES EN
CONSULTA EXTERNA DE UN
HOSPITAL ESPECIALIZADO DE LIMA

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

ELENA GARCIA GALICIA

LIMA - PERU

2018

MIEMBROS DEL JURADO

Dr. Carlos López Villavicencio

Presidente

Mg. Geraldine Salazar Vargas

Vocal

Dra. Elizabeth Dany Araujo Robles

Secretaria

ASESOR DE TRABAJO ACADEMICO

Dr. Carlos López Villavicencio

DEDICATORIA

A Dios por permitir que concluya una propuesta de tratamiento para mujeres con trastornos del comportamiento en el HVLH.

A Lucila (+) gracias por haber sido mi guía, quien me hizo ver profundamente la problemática de las adicciones.

A Rvda. Madre Emma, fundadora de la C.T. “Escuela de Vida “, quien me enseñó la vocación incalculable de trabajar para los demás.

A Dra. Alicia Chu Esquerre, Psiquiatra del Dpto. de Adicciones
H.V.L.H.,

Psi. Juan Arzola Quispe de la C.T. “Escuela de Vida”:

Mis maestros en Comunidad Terapéutica.

AGRADECIMIENTOS

A: Proyecto Grow, a la Embajada de los Estados Unidos en el Perú, el Ministerio de Salud, Care Peru, y a la Comisión para el Desarrollo y Vida sin Drogas (Devida).

A la Universidad Peruana Cayetano Heredia y a su excelente Plana Docente, en el Desarrollo del Programa de Segunda Especialidad en el Tratamiento de Adicciones para Mujeres con Enfoque de Género.

PROGRAMA DE REINSERCIÓN SOCIAL
PARA MUJERES
DROGODEPENDIENTES EN
CONSULTA EXTERNA DE UN
HOSPITAL ESPECIALIZADO DE LIMA

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ADICCIONES CON ENFOQUE DE
GÉNERO
ELENA GARCÍA GALICIA
LIMA - PERU

2018

Resumen de coincidencias

24 %

<	>
1	hdl.handle.net Fuente de Internet 18 % >
2	www.scribd.com Fuente de Internet 1 % >
3	api.ning.com Fuente de Internet 1 % >
4	Hansen Rodriguez, Gis... Fuente de Internet 1 % >
5	www.ins.gov.co Fuente de Internet 1 % >
6	static.unodc.org Fuente de Internet 1 % >
7	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet 1 % >

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN.....11

**CAPITULO I: IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL
PROGRAMA14**

1.1 IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROGRAMA ..14

1.2 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA15

1.3 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION16

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....17

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO19

2.1 REVISION TEÓRICA.....19

2.2 ANTECEDENTES23

2.3 EL PROGRAMA.....42

2.4 FASES DEL PROGRAMA.....47

CAPITULO III: METODOLOGÍA.....50

3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN50

3.2 MUESTRA.....51

3.3. VARIABLES52

3.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS52

3.5 TECNICA DE ANALISIS DE DATOS58

3.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS	62
CAPITULO IV: RESULTADOS ..	64
4.1 Resultado del perfil de la muestra estudiada.....	64
4.2 Resultado descriptivo sobre el riesgo de recaída.....	65
V.DISCUSION.....	68
CONCLUSIONES.....	70
RECOMENDACIONES	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
ANEXOS.....	

TABLA DE FIGURAS

Figura N° 1 Porcentaje de la muestra según la Edad	53
Figura N° 2 Porcentaje de la muestra según Grado de Instrucción.....	54
Figura N° 3 Porcentaje de la muestra según Estado Civil.....	55
Figura N° 4 Porcentaje de la muestra según Soporte Familiar.....	55
Figura N° 5 Porcentaje de la muestra según el tipo de Droga Adictiva	56
Figura N°6 se identifica el porcentaje del Tiempo de Consumo	57
Figura N° 7 Porcentaje de la muestra según Tratamientos Anteriores	57
Figura N° 8 Porcentaje de la muestra según Tiempo de Internamiento.....	58
Figura N° 9 Porcentaje del Riesgo de Recaída.....	65

RESUMEN

Según DE VIDA en el IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas del año 2012 Uso de drogas según género, explica la diferencia de consumo de drogas legales entre varones y mujeres por cada 100 escolares hombres que usan este tipo de sustancias, existen 80 estudiantes mujeres. El consumo de drogas es un problema multicausal, daña a las personas que la consumen, genera adicción debido a los factores de riesgo y a la falta de autocontrol necesitando así tratamientos especializados para mujeres con enfoque de género. Las mujeres drogodependientes históricamente han tenido menor acceso a realizar tratamientos especializados en comparación a los varones, una de las barreras que explican este fenómeno. **El Objetivo** de esta investigación es determinar la efectividad de un tratamiento ambulatorio para mujeres adultas drogodependientes por tipo de sustancias consumidas en pacientes mujeres que iniciaron su reinserción social en consulta externa de un hospital especializado de Lima, en 2017. **La Metodología** de la investigación, es de tipo descriptiva. Y se llevó a cabo con una muestra clínica de 10 mujeres que recibían tratamiento y cuyas edades era de 18 a 61 años. **Los Resultados** de acuerdo a la ficha sociodemográfica es que la sustancia de mayor consumo fue el alcohol con un 6%, luego la marihuana con 1%, el consumo de la pasta básica de cocaína con el 2% y finalmente el 1% el consumo de cocaína. **Conclusiones:** El perfil de la mujer drogodependiente que participaban eran: mujeres adultas, con estado civil soltera, con grado de instrucción secundaria completa.

PALABRAS CLAVES: Reinserción social, Prevención de recaída.

ABSTRACT

According to DEVIDA in the IV National Study Prevention and Consumption of Drugs of the year 2012 Drug use according to gender, explains the difference in consumption of legal drugs between men and women for every 100 male schoolchildren who use this type of substances, there are 80 female students. Drug use is a multicausal problem, they harm people who use it, generate addiction due to risk factors and lack of self-control, thus needing specialized treatments for women with a gender focus. Drug-dependent women have historically had less access to specialized treatments compared to men, one of the barriers that explain this phenomenon **The Objective** of this research is to determine the effectiveness of an outpatient treatment for adult drug-dependent women by type of substances consumed in female patients who began their social reintegration in an outpatient clinic of a specialized hospital in Lima, in 2017. **The methodology** of the research is descriptive. And it was conducted with a clinical sample of 10 women receiving treatment whose ages were 18 to 61 years. **The results** according to the sociodemographic record is that the substance of greatest consumption was alcohol with 6%, then marijuana with 1%, the consumption of basic cocaine paste with 2% and finally 1% cocaine consumption. **Conclusions:** The profile of the drug-dependent woman who participated were: adult women, with single marital status, with a degree of complete secondary education.

KEY WORDS: Social reintegration, relapse prevention.

INTRODUCCIÓN

Consideramos en la actualidad al consumo de drogas como una problemática de salud pública (OMS 2014, UNODC 2013), generando consecuencias negativas en las personas que consumen drogas a nivel físico, psicológico, social y consecuencias negativas en sus familiares. Según los estudios de DEVIDA somos un país productor de coca y cocaína. a nivel internacional. El consumo de drogas es un problema multicausal, dañan a las personas que la consumen, genera adicción debido a los factores de riesgo y a la falta de autocontrol, necesitando así tratamientos para afrontar su problema y tener mejor calidad de vida, de la mujer drogodependiente.

Los estudios demuestran que los varones consumen más drogas que las mujeres, y el alcohol es la sustancia más consumida con un 68.4% en Lima metropolitana, el 66.4% en la sierra y 68.1% en la región de la selva, en segundo lugar, la marihuana con una prevalencia de 5.8%, luego tenemos a la pasta básica de cocaína con 2.1%, los inhalantes y el clorhidrato de cocaína en un 1.8%.

El consumo de drogas se inicia a edades tempranas y es el alcohol la sustancia más consumida entre los jóvenes, y el 41. % de adolescentes entre 12 y 13 años ha consumido alcohol. Estudios científicos nos dicen que las drogas no solo interfieren en el funcionamiento del cerebro, al crear sentimientos de placer, sino que afecta el metabolismo y la actividad del cerebro y es así que se producen los cambios de abuso de drogas a la adicción al convertirse en una enfermedad crónica, recurrente y tratable.

El consumo de drogas en la mujer afecta enormemente en su desarrollo físico, emocional y social, daña la vida de adolescentes, jóvenes y mujeres adultas afectando su adicción principalmente a los seres más cercanos: sus familiares y desintegrándolas, por tal motivo el afronte debe ser multisectorial.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adicción como una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia. Se caracteriza por una serie de signos y síntomas en los que se involucra factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales, teniendo consecuencias adversas en el estado de la salud, o en el funcionamiento interpersonal, laboral, familiar, académico y legal.

Así mismo, nos permitirá investigar sobre tratamientos oportunos para las mujeres acorde con las necesidades de la población, y es necesario responder también con aporte efectivos para esta población postergada y cubrir sus necesidades de salud mental.

La Tesina titulada “Programa de Reinserción Social para Mujeres Drogodependientes en Consulta Externa de un Hospital Especializado de Lima”, surge como una necesidad profesional desde el Trabajo Social, dado que en nuestro país no tenemos tratamientos con enfoque de género para las mujeres drogodependientes, generando desigualdades con tratamientos para varones. La intervención como trabajadora social se da en espacios macro y micro sociales en el ámbito individual, familiar y comunitario, así mismo identifica los problemas y necesidades sociales de sus familiares y su entorno, con el fin de promover y ejecutar el desarrollo de sus potencialidades como persona.

Con el fin de lograr estos propósitos, el Programa se desarrolla a través de capítulos. En el primero capítulo se realiza la introducción, en el segundo capítulo se desarrolla el marco teórico, el marco teórico conceptual que nos permite conocer conceptos alrededor de la problemática de las drogas en la mujer conceptos como: reinserción social, drogodependencia y recaída, comunidad terapéutica, factores de riesgos y protectores, se presenta la descripción del Programa de Reinserción Social para Mujeres Drogodependientes en Consulta Externa de un Hospital de Lima y los talleres que se realizarán, en el tercer capítulo se presenta la metodología, en el cuarto capítulo los resultados la aplicación de un cuestionario sobre riesgo de recaída y resultados, en el quinto se presentan la discusión de resultados, conclusiones, referencias, los anexos y gráficos que nos dará un soporte a la información del Programa.

CAPITULO I: IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROGRAMA

1.1 IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROGRAMA

La Tesina titulada “Programa de Reinserción Social para Mujeres Drogodependientes en Consulta Externa de un Hospital de Lima”, se realizó en Consulta Externa donde se revisaron 10 historias clínicas de mujeres consumidoras de drogas del año 2017.

En la actualidad, los trastornos mentales por abuso de sustancias como el alcohol y sustancias químicas, constituyen un problema para la salud pública y las diferencias de consumo reflejadas entre hombres y mujeres.

Por este motivo consideramos la necesidad de realizar el Programa de Reinserción Social con un enfoque holístico, considerando que el perfil de la mujer consumidora de drogas, es diferente al de los hombres, desde lo demográfico, su historia de consumo, el tipo de sustancia y la gravedad de los problemas asociados, como la de baja autoestima y ser más ansiosas y depresivas que los varones. Otro factor a destacar es el miedo a la estigmatización al rechazo de sus familiares y de su comunidad, incluso a la oposición de sus parejas para optar por un tratamiento, al hecho de ser madres añadimos la vergüenza y el sentimiento de culpa, el perder la custodia de sus hijos, también la falta de adaptación a los tratamientos, por sus horarios de atención.

Investigaciones internacionales nos dicen que hay escasos trabajos respecto a tratamientos para mujeres , pero si indican que hay una mayor prevalencia de consumo de drogas en varones que en mujeres, y los patrones de consumo de la mujer al inicio del consumo se han realizado con sus parejas, las mujeres han sufrido de abusos físicos, psicológicos y sexuales en la infancia es decir antes del inicio de su consumo y tienen mayor prevalencia con trastornos psiquiátricos y trastornos de alimentación.

Los consumos de drogas tienen motivaciones distintas en las mujeres, y tener antecedentes de consumo en sus familiares. Es por este motivo que la atención debe ser integral e involucrar a los familiares en el tratamiento.

La propuesta del programa de Reinserción Social, está centrada en el desarrollo integral de la mujer respecto a sus capacidades y habilidades sociales. Para lograr que la persona en recuperación realice una adecuada reintegración social y contar con el soporte familiar para facilitar la adherencia al tratamiento; incentivando al desarrollo de un plan o proyecto de vida, acorde a sus propios recursos psicosociales.

1.2 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

La magnitud del consumo de drogas en la población femenina, se ha convertido en un problema complejo de salud pública donde las consecuencias impactan a diferentes niveles de la sociedad, desde la persona que lo consume hasta las acciones políticas para combatirlo, teniendo consecuencias de desintegración familiar.

Existen tratamientos para varones, investigaciones nos dicen que las mujeres tienen dificultades para acceder a tratamientos debido a las circunstancias personales, sociales y culturales por lo tanto existe la necesidad de implementar programas para mujeres con enfoque de género.

Por este motivo el presente Programa pretende servir como referencia a las instituciones de salud, para la implementación de nuevos servicios y políticas de salud en beneficio de las mujeres drogodependientes.

1.3 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

La presente investigación presenta limitaciones de estudio que se realizó a 10 mujeres que asistían a los grupos de motivación semanales y me permitió evaluar su persistencia acudiendo puntualmente, y con apoyo de sus familiares que asistían a los grupos de autoayuda.

- Abandono de las mujeres en tratamiento a los grupos de reinserción social
- El tamaño de la muestra considero que es de 10 mujeres que participaban en los grupos
- Las historias clínicas: las informaciones eran sesgadas
- La falta de estudios previos en Perú de tratamiento para mujeres drogodependiente
- El tiempo solo teníamos un día a la semana (9.00am a 12.00m)

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

Determinar la efectividad de un tratamiento ambulatorio para mujeres adultas drogodependientes por tipo de sustancias consumidas en pacientes mujeres que iniciaron su reinserción social en consulta externa de un hospital especializado de Lima, en 2017.

1.4.2 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar el grupo etario que se presenta con frecuencia en mujeres drogodependientes que iniciaron su inserción social en consulta externa de un hospital especializado de Lima, en 2017
- ✓ Identificar el grado de instrucción que tenían las mujeres drogodependientes que iniciaron su inserción social en consulta externa de un hospital de Lima, en 2017
- ✓ Identificar el estado civil que tenían las mujeres drogodependientes que iniciaron su inserción social en consulta externa de un hospital de Lima, en 2017
- ✓ Identificar el soporte familiar de mujeres drogodependientes que iniciaron su inserción social en consulta externa de un hospital de Lima, en 2017
- ✓ Identificar los tratamientos anteriores que tuvieron las mujeres drogodependientes que iniciaron su inserción social en consulta externa de un hospital de Lima, en 2017

- ✓ Identificar el tiempo de consumo que tuvieron las mujeres drogodependientes que iniciaron su inserción social en consulta externa de un hospital de Lima, en 2017

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 REVISION TEÓRICA

En el Informe Mundial sobre las Drogas, presenta un panorama de la evolución anual de los mercados de las diversas categorías de drogas, que abarca desde la producción y tráfico.

En el Informe Mundial de Drogas del año 2014 existen acontecimientos más recientes relativos a los opiáceos, la cocaína, el cannabis y las anfetaminas (incluido el éxtasis) y los efectos del consumo de drogas en la salud.

Cada región tiene sus particularidades por lo que atañe determinadas drogas. El poli consumo de drogas, se extendió en general como el consumo de dos o más sustancias a la vez, sigue siendo un problema grave, tanto de salud pública como en lo que respecta a la fiscalización.

El consumo sigue causando daños considerables, reflejado en la pérdida de vidas valiosas y años productivos de muchas personas. En el 2012 se informó un total de 183,000 muertes relacionadas con las drogas. Esa cifra corresponde a una tasa de mortalidad de 40.0 (margen de variación: 20,8 a 49,3) muertes por millón en la población de entre 15 y 64 años.

A nivel mundial, se calcula que en 2012 entre 162 y 324 millones de personas, es decir del 3,5% al 7,0% de la población entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una vez droga ilícita, principalmente sustancias de grupo del cannabis, los opioides, la cocaína o los estimulantes. El consumo de drogas problemático – por consumidores habituales y personas que sufren trastornos de consumo o dependencia - se mantiene estable e una cifra situada entre los 16 y 39 millones de

personas. Sin embargo, subsisten diferencias en las prestaciones de servicio y en los años siguientes uno de cada seis consumidores de drogas problemáticos del mundo ha tenido acceso a tratamientos cada año.

En el último decenio ha aumentado el número de personas que se someten a tratamientos por trastornos relacionados con el consumo de sustancias especialmente en América, Oceanía y Europa. Los opiáceos sigue siendo la principal droga de abuso entre las personas acogidas a tratamientos en Asia y Europa, y la cocaína en América.

Con respecto al consumo de drogas por inyección la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (UNODC) el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS), basándose en los datos más recientes estima que hay 12,7 millones de consumidores de droga por inyección que viven con el VIH. Esta situación impera en dos regiones del mundo, Asia sudoccidental y Europa oriental y sudoriental, donde se calcula que la prevalencia del VIH entre esos consumidores es de 28,8% y el 23,0%, respectivamente. Se estima que más la mitad de los consumidores de drogas por inyección está afectada por la Hepatitis C.

En el Perú el problema de las adicciones lo tenemos desde hace muchos años, sabemos que Perú se cultiva la coca desde décadas como un ritual, religioso y médico. Los estudios demuestran que el consumo de drogas resulta de 2 factores: factores de riesgo y factores protectores. En los factores de riesgo tenemos la venta de drogas, pandillaje, el consumo de drogas en la familia, pérdida de estudios,

empleo y la falta de prevención. En los factores protectores tenemos la educación en familia sobre las drogas, continuar con sus estudios, la recreación, el deporte, saber usar su tiempo libre y continuar con amistades positivas.

En los últimos años se ha visto el incremento el consumo de alcohol en las mujeres, igualándose a los varones.

La marihuana es la sustancia ilegal de más consumo en la costa, sierra y selva.

En el 2016 DEVIDA realiza el III Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas en la población universitaria, el cual tuvo como objetivo general que el 16% de los estudiantes peruanos ha fumado tabaco dentro de los últimos 30 días.

Los hombres, con el 21,2%, duplica a las mujeres (10.6%).

Cerca del 38% de los universitarios peruanos ha consumido alcohol desde los últimos 30 días. El consumo es mayor en los hombres.

El 67.5 % han consumido alcohol en los últimos 12 meses, el 21. % tiene un consumo riesgoso y perjudicial de alcohol, el 26% en varones y el 14.3% en mujeres.

Los fármacos tranquilizantes, usados sin prescripción médica son una de las 2 sustancias psicoactivas en la que la mujer supera el consumo que el de los hombres: 1.8% y 1.1% respectivamente.

El 6% de los universitarios del Perú han usado alguna droga ilícita.

En Perú el consumo de drogas ilícitas en los últimos 12 meses, el 8% de los hombres y el 4.8% de las mujeres.

Sustancias que han consumido los universitarios peruanos como: marihuana, cannabinoides, sintéticos (marihuana sintética), cocaína, pasta básica, heroína, éxtasis, metanfenlamina, anfetamina, ketamina, LSD, hongos, sustancias inhalantes, hachís, opio, en la que se considera 2 de cada 10 universitarios han probado alguna vez estas drogas.

A pesar de que el 12.4% consideran que es fácil conseguir la cocaína y el 3.4% ha recibido una oferta para comprar o probar la droga, solo un 0.3% ha consumido en los últimos 12 meses.

El policonsumo de las drogas es un factor importante a tener presente el análisis de los estudios sobre el uso de drogas.

El consumo de alcohol en los universitarios peruanos ha bajado desde el 47.4% en el 2012 a 37.7% en 2016. Una baja considerable y que se observa tanto de hombres y mujeres.

La baja del consumo de alcohol se debe a que es de consumo riesgoso y perjudicial

En el IV Estudio Nacional: Prevención y consumo de drogas – 2012
DEVIDA

Uso de drogas por género:

Consumo de drogas legales, ilegales y médicas según el género de la población escolar, se observa lo siguiente:

- ✓ La diferencia de consumo de drogas legales entre hombres y mujeres es mínima de cada 100 escolares hombres que usan este tipo de sustancias, existen 86 mujeres que también lo hacen. La diferencia de consumos menor en el caso del alcohol (por cada 10 varones que beben tenemos a 9 mujeres que también lo hacen).
- ✓ Que, con el tabaco existe todavía una diferencia entre ambos sexos.
- ✓ En el caso de sustancias ilegales la diferencia de consumo entre hombres y mujeres es mayor, por cada 100 escolares varones que usan este tipo de drogas, existen 69 mujeres estudiantes que lo hacen. En el caso de la marihuana y las sustancias cocainitas la diferencia de consumo entre ambos sexos, sigue siendo mayor en el uso de éxtasis y los inhalantes.
- ✓ El uso de las drogas médicas es significativo porque es más alto en las mujeres que en los varones por cada 100 escolares hombres que consumen estas sustancias existen 142 mujeres también lo hacen. La diferencia de consumo de los tranquilizantes, por cada 10 varones que lo usan, hay 16 mujeres que lo usan y los estimulantes hay una menor diferencia de consumo entre ambos sexos.

2.2 ANTECEDENTES

Debemos considerar que las mujeres con problemas de consumo tienen menos accesibilidad de realizar un tratamiento especializado y tener menos opciones de recuperación que los varones que si tienen más oportunidades de acceder a tratamientos. Existen barreras que deberíamos tener en consideración en la atención de programas para mujeres, como la alta tasa de violencia familiar que

sufren las mujeres consumidoras de drogas; asimismo, la vulnerabilidad de vida que tienen y debemos agregar que las investigaciones en Perú demuestran que hay poquísimos tratamientos para ellas, por eso es importante tener en cuenta la violencia que ellas viven más el consumo de drogas deben ser tomadas en cuenta cuando optan por tratamientos.

Definir el problema de las drogas desde una perspectiva de salud pública, nos debe permitir reconocer la diferencia entre las drogas y los riesgos que genera en el consumo.

Uno de los objetivos de cualquier política debe garantizar un buen acceso a servicios de tratamiento adecuados, sin juzgar las historias de vida, y también tener acceso a la custodia de sus hijos y lo más importante que su diseño tenga las especificaciones de género (Martínez 2018).

En Europa la mayoría de los tratamientos para mujeres se da en forma ambulatoria y pocos tratamientos con internamiento. Por eso se crea la necesidad de realizar programas ambulatorios en hospitales.

En el caso de las mujeres, drogodependientes y la violencia de género genera direcciones diferentes si el trauma y la violencia recibidas están ligadas con el consumo de sustancias.

El abuso de sustancias es un fenómeno que afecta a hombres y mujeres, y que las investigaciones demuestran que para el uso y abuso de drogas son diferentes para mujeres que para los hombres (Covington 2007), también se considera que el abuso y la dependencia de sustancias afecta la custodia de los niños, el empleo, la vivienda tanto para hombres y mujeres, también el trauma afecta las situaciones

racionales de las mujeres y dificulta su desarrollo psicológico [(Colman y Sido, 2004).

2.2.1 CONCEPTO DE DROGA

La OMS, define “**droga**” como: “toda sustancia, que introducida en el organismo vivo, puede modificar uno o más de las funciones de este”. Al respecto, Fernández (2002) señala que droga, “es toda sustancia natural o sintética que genera adicción es decir la necesidad imperiosa o compulsiva de volver a consumirla para experimentar la recompensa que produce, que es sensación de placer, euforia, su cese en el consumo produce abstinencia, y volver a consumirla provoca su recaída”.

2.2.2 CONSUMO DE DROGAS EN LA MUJER Y ENFOQUE DE GÉNERO

La perspectiva de género, es fundamental, para poder entender el consumo de drogas en las mujeres, como por ejemplo los cambios que han desarrollado las mujeres en las últimas décadas, donde se la consideraba por su feminidad, débiles, sumisas como esposa, madre, ama de casa, cuidadora de la casa y de los niños, rol que le permitía sentirse protegida y segura.

El medio sociocultural permitió conceptos de hombres y mujeres, esos conceptos en la actualidad han ido cambiando llegando la mujer a ocupar cargos importantes, ser profesionales, empresarias y políticas, etc.

Las mujeres drogodependientes tienen características propias que las diferencian de los varones, por lo tanto, requieren ser explicados desde su propio marco de referencia. Consideramos que no existe factores únicos para volverse

dependientes a sustancias psicoactivas, debemos considerar tres aspectos importantes: el sujeto, la sustancia y el contexto donde se desenvuelve.

Sanes Y. (2002) Propone una intervención con perspectiva de género entre las consecuencias y particularidades que presenta el consumo de drogas en la mujer, se identifica un malestar propio de la identidad femenina, manifestado en las características siguientes: estados de ánimo depresivos, soledad, autoestima baja, auto-imagen desvalorizada, frustración y vacío existencial, así lo refiere (Mabel Buin, 1993).

Toscano, F. en MIMDES (2002) hace referencia y enmarca ciertos factores de riesgo específicos en la población femenina. Estos presentan las siguientes características particulares en las mujeres que consumen drogas: las mujeres son más vulnerables al consumo de alcohol; estrés, tensiones y depresiones como síntomas principales; la competencia, sobrecarga laboral y el consumismo; actitudes de codependencia; pérdida de valores y normativas familiares; acoso y abuso sexual; violencia doméstica; ausencia de modelos positivos de paternidad; antecedentes de familiares adictos; conflictos con la pareja. Algunas características del perfil de la usuaria consumidora de drogas: mujeres con carencias afectivas, con sentimientos de desvalorización consigo mismas, desconfiadas, con sentimientos de inseguridad, dependientes emocionalmente. Y desvalorizadas por sus familiares.

2.2.3 REINSERCIÓN SOCIAL

Ramón (2001), conceptúa el término “**reinserción social**” como el proceso de socialización hacia una autonomía personal del individuo, y lo define

como: “El conjunto de procesos de socialización y capacitación encaminados al logro de una amplia autonomía personal para que pueda participar activamente en la comunidad”.

Para Orozco H. (2012) la **reinserción social**, es vital e imprescindible en todo proceso terapéutico de las adicciones. Este manifiesta y reflexiona diciendo que: “Puede decirse sin temor que el objetivo final y la razón de ser de toda propuesta terapéutica en drogodependencia **es la reinserción social** y que el éxito de un tratamiento depende de este logro” y amplió el concepto subrayando que la etapa de reinserción social como: “aquella parte final del proceso terapéutico que se propone construir las mejores condiciones posibles para que la usuaria en tratamiento se integre de nuevo a la sociedad articulado a un proyecto de vida concreto y realista.

Restrepo A. (2000), señala que para entender que la “reinserción o reintegración social” de las personas que han sufrido el impacto de la drogodependencia, deben primero iniciar un proceso de reconstrucción, con un gran empeño por lograr la re-vinculación familiar, un profundo trabajo a nivel existencial, así como su reintegración en el campo educativo, recreativo, cultural, espiritual, relacional, salud, etc. En este sentido, Restrepo, entiende como reinserción social: **"al proceso personal y de acompañamiento que realiza una ex-adicta, con miras a su reconstrucción integral, a la total inclusión social, generado en la vida, para la vida y desde la vida"**, mirando a la atención integral de la usuaria.

Concluyendo, el programa de reinserción social se basa en las siguientes premisas:

- **La reinserción social es un proceso personal**, que requiere el compromiso irremplazable del individuo, la voluntad expresa y activa por parte de la persona.
- El programa de reinserción social **es un instrumento** que facilita la resocialización.
- El proceso de reinserción social abarca **a la persona “total” e integral** que logre la re - vinculación familiar, encontrar un sentido existencial, como la reintegración en los campos educativos, recreativo, cultural, espiritual, relacional, salud, etc.

Entonces nuestras intervenciones contemplan a la persona total, es decir, en las diversas áreas básicas que integran al individuo en su proceso de reintegración social. Se considera las siguientes áreas de la vida como: el área personal, afectiva, familiar, social, laboral, educativa, tiempo libre y fortalecimiento espiritual; la reinserción social es un camino a seguir, donde la mujer debe lograr sus objetivos en su plan de vida y verse como una persona con autonomía personal.

2.2.4 DROGODEPENDENCIA

Cuando la mujer consume sustancias psicoactivas producto de la ingesta el organismo se ve alterando y afecta sus estados de ánimo, conducta nivel personal, laboral, social, físico y familiar; así como también presenta: intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia.

Según lo expuesto y siguiendo a la OMS, se comprende por **drogodependencia** el “estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética, que presenta las siguientes **características**: 1) deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, 2) tendencia a incrementar la dosis, 3) dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga y 4) efecto nocivo para el individuo y la sociedad”.

2.2.5 CARACTERÍSTICAS DE DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

Las mujeres presentan las siguientes características:

1. **Tolerancia**, es la necesidad de incrementar una sustancia para alcanzar la intoxicación o el efecto deseado.
2. **Síndrome de Abstinencia**, es el conjunto de síntomas psíquicos o fisiológicos que se manifiesta cuando la persona cesa bruscamente su consumo.
3. **La sustancia**, son las drogas legales como el tabaco, alcohol, cafeína y las drogas ilegales como la marihuana, cocaína, pasta básica de cocaína, crack.
4. Hay **un deseo persistente** o se realizan esfuerzos sin éxito para disminuir o controlar el uso de la sustancia.
5. **Se renuncia** a importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas o se reducen por el uso de la sustancia.

2.2.6 DEFINICIÓN DE RECAÍDA

En drogodependencia se considera **a la recaída** “cuándo la usuaria luego de un tiempo de abstinencia y posterior a un tratamiento retorna a comportamiento propios de la adicción luego de un considerable periodo de abstinencia”. **La recaída** puede manifestarse de distintas formas: unas veces como el retorno patrones de consumo; sustitución por otras sustancias o actividad; lo más frecuente es volver a consumir de manera regular la droga de preferencia (Merlot y Gordon, 1985).

La recaída está contemplada dentro del proceso de recuperación en tal sentido, las recaídas serán siempre una preocupación en la reinserción social, todo tratamiento desde la perspectiva de género, apunta a **la resocialización** de la mujer, y esto solo es posible, con un rotundo cambio en el estilo de vida del individuo.

Por lo tanto, todo programa de reinserción social debe afrontar los problemas de recaídas para que la persona pueda mantenerse en abstinencia, y prepararse convenientemente para enfrentar los factores de riesgos relacionado al consumo de drogas y con ello al retorno de conductas adictivas.

La prevención en sentido amplio se comprende como las acciones e intervenciones dirigidas a los cambios sean estos individuales, familiares o sociales, que incluye evitar la iniciación, como el uso progresivo y frecuente entre la población en situación de riesgo. Por lo tanto, se define **la prevención de las drogodependencias**, como “la implementación de acciones con el propósito de modificar y mejorar la calidad de vida de los individuos dependientes “(Martin, 1995).

Por otro lado, es importante la perspectiva **del proceso de cambio** de las adicciones que proponen **Prochaska y Di Clemente** (1986), estos autores señalan: “el proceso de cambio de las adicciones casi nunca es lineal, sino dinámico y en espiral, y las recaídas son tan frecuente que deben integrarse como un eslabón más en dicho proceso de cambio”.

G. Pitman y otros (1983) sugieren que la recaída toma diversas formas: por un **evento discreto** al hecho de volver a consumir la sustancia de abuso, conocido este acto como desliz; por **concepto de proceso** se entiende a la planificación o programación consciente o inconsciente de consumir, además de la suspensión de parámetros y la manifestación de actitud de riesgo, que en forma gradual conducen al consumo; al mismo acto de volver **al consumo diario, con la misma intensidad y consecuencia del uso de sustancia** son manifestaciones propias de una recaída, es decir volver a comportamientos adictivos.

Es importante subrayar que vas desde un **desliz hasta la recaída** propiamente dicha, como lo señala García y Graña (1987) “*dada las distintas manifestaciones que puede tener la recaída, la consideramos como un continuo a lo largo de una dimensión en un extremo de la cual está el desliz y en el otro la recaída*”. Con mayor precisión, Marlatt y Gordon (1985) definen “**un desliz como la violación de una regla auto-impuesta...**” en el caso de la drogodependencia se refiere a la violación de la abstinencia; según los autores, “*en el momento que tiene lugar un desliz se viola esa regla, y la ocurrencia del consumo puntual o “caída” es equivalente a la misma recaída...Por lo tanto, la primera violación de esta regla (abstinencia) suele ser la primera manifestación*

de una secuencia de deslices que, de no intervenir puede dar lugar a una recaída”.

Consideramos que la recaída es un proceso que se da cuando la usuaria abandona el seguimiento, trasgrede los factores de riesgo y no pone énfasis en los factores protectores, y abandona la etapa de mantenimiento, e iniciar los cambios negativos a nivel personal, familiar y social y llegar a la etapa pre contemplativa (sin conciencia de enfermedad).

2.2.7 MODELOS DE RECAÍDA

En la actualidad se conceptualiza a **la recaída como un proceso**, más que como un fenómeno binario y discreto (Marlatt, 1993). Desde esta óptica,” la recaída se entiende como un **proceso que se va desarrollando a lo largo del tiempo”**. En este sentido, se distingue entre el uso puntual de una sustancia (lapso, desliz o caída temporal) y el retorno a la conducta adictiva que se ha intentado cambiar, es decir, la recaída (Marlatt y Gordon, 1985).

Los modelos de recaídas enfatizan ciertos factores relacionados al contexto personal y situacional que precipitan el proceso de una recaída, entre ellos: aspectos cognitivos como expectativas, racionalizaciones, atribuciones etc. Los mismos que desempeñan un rol importante en los esquemas teóricos que explican las recaídas, (Marlatt y Gordon, 1985; Cortés y Pascual, 2005).

Considerar a la recaída como un proceso y un descuido de la usuaria en la etapa de mantenimiento, primero se da el desliz comportamental, conductual hasta llegar a usar cualquier sustancia tóxica.

Modelo de Autoeficacia y Expectativas de Resultado

El modelo se basa en la Teoría de la Autoeficacia de Bandura (Cortés y Pascual 2005), y analiza al individuo y sus expectativas de conseguir mantenerse abstinente (expectativa de resultado) y su juicio sobre la capacidad que posee para obtener su meta (autoeficacia).

Modelo de Interacción Persona-Situación

Gloria Litman explica las variables que pueden producir una recaída. El modelo desarrolla la interacción compleja entre situaciones peligrosas para el individuo, conductas de afrontamiento, la efectividad percibida de esas conductas y las características individuales.

Modelo Cognitivo Conductual de Marlatt y Gordon

Para la mayoría de los expertos en el campo de las adicciones, el modelo de Marlatt y **Gordon es el más completo y difundido**, elaborado **bajo el Enfoque Cognitivo Conductual**, entiende la adicción como una conducta aprendida que puede modificarse utilizando los principios de las Teoría del Aprendizaje Clásico, Operante y Social e integra los procesos cognitivos como determinantes de la conducta adictiva.

Marlatt y Gordon (1985) explican la ocurrencia del primer consumo en el sujeto a través de varias variables cognitivas como la autoeficacia, es decir la valoración de la capacidad de resolver un problema o situación de alto riesgo, así como las expectativas de resultado al analizar las consecuencias de la conducta. Marlatt (1993) define una situación de alto riesgo como cualquier situación que representa una amenaza para la sensación de control del individuo y aumenta el riesgo de recaída.

El proceso de recaída empieza a desencadenarse y en algunos casos se observa un **deslíz** cuando el sujeto tiene aún la capacidad de intentar controlar su conducta adictiva, la diferencia para pasar de un deslíz a una recaída radica en la percepción y atribución de su caída inicial. Marlatt y Gordon (1985) proponen el constructo denominado “Efecto de la violación de la abstinencia” (EVA).

Marlatt y Gordon (1985) refieren que el individuo anticipa los efectos positivos inmediatos de consumir la sustancia, una anticipación fundamentada en experiencias anteriores. El modelo propone que **el craving** ocurre en presencia de estímulos externos, que actúan como estímulos condicionados que lo provocan y plantea que el *craving* puede operar de manera enmascarada y permite que ocurran las llamadas “decisiones aparentemente irrelevantes” que acercan al sujeto a una recaída.

Marlatt y Gordon (1985) categoriza los determinantes de las recaídas en determinantes intrapersonales e interpersonales. Entre **los primeros** destacan las habilidades y las expectativas de autoeficacia para afrontar estados emocionales negativos (frustración, ira, ansiedad, depresión, soledad, aburrimiento, etc.). En la **segunda** categoría se integrarían conflictos interpersonales (relacionados con el matrimonio, los amigos, la familia y el trabajo) y la presión social (directa o indirecta) que induce al consumo de drogas. El modelo **identifica tres tipos** de situaciones que se encuentran asociadas a la mayoría de las recaídas: 1. Los estados emocionales negativos ,2. Los conflictos interpersonales y 3. Los contextos de presión social.

Modelo de Valoración Cognitiva

Sánchez-Craig (1976) citado en Cortés y Pascual (2005, p.62) refiere que la interpretación que realiza el sujeto de una situación influye de manera más significativa en la recaída, que la situación en sí misma. El modelo también toma en cuenta **los modelos motivacionales-condicionados** para identificar las situaciones pasadas asociadas al consumo de sustancias, es decir, la historia de consumo de drogas.

Modelo Transteórico de Prochaska y Di Clemente

El proceso de cambio casi nunca es lineal, sino **dinámico y espiral** y se desarrolla un modelo tridimensional compuesto por estadios, procesos y niveles de cambio (Graña, 1994).

Los estadios de cambio, representan una dimensión temporal, es decir, cuándo cambian las personas con problema de consumo de drogas. Por tanto, al realizar una intervención se debe considerar el momento particular en el que se encuentra la usuaria, luego de un consumo ocasional, desliz o recaída no regresará a un proceso irreversible, sino que probablemente regresé a uno de los **estadios de cambio** propuestos, es decir, **pre contemplación, contemplación, preparación, acción o mantenimiento** (Graña, 1994; Prochaska, Norcross y Di Clemente, 2013).

Los niveles de cambio representan la dimensión que debe modificarse a nivel de síntoma, cogniciones desadaptativas, conflictos interpersonales, conflictos familiares y conflictos intrapersonales. La recaída es tan frecuente que debe ser integrada como un eslabón más en el proceso de cambio. **La etapa de mantenimiento empieza a partir de los seis meses de abstinencia** unido al logro

de objetivos terapéuticos que el consumidor de drogas ha alcanzado y luego trabaja para prevenir su recaída (Prochaska et al., 2013).

Modelo de Gorski y Miller

Este modelo es uno de los más difundidos en el área de adicciones (Gorski, 1986). Realiza su estudio con personas con consumo problemático de drogas que habían pasado por recaídas múltiples.

Define a “la recaída como un proceso temporal antes de retomar el consumo. Señala además que la recuperación es un proceso de desarrollo que atraviesa diversas etapas: transición (caracterizado por el **cansancio de sufrir y reconocimiento** de la incapacidad de controlar las drogas), **estabilización** (proceso de recuperación del síndrome de abstinencia), **recuperación temprana** (aprender a sentirse cómodo con la abstinencia y desarrollar habilidades de afrontamiento ante el consumo de drogas), **recuperación media** (basado en la prioridad de fortalecer las relaciones afectivas), **recuperación tardía** (sanar el pasado y aprender a resolver dificultades cotidianas) y **mantenimiento (sostener una vida balanceada de crecimiento y desarrollo)** (Gorski, 2013).

El modelo comprende la adicción como una **enfermedad biopsicosocial**, que al ser desarrollada en la usuaria genera un síndrome post agudo ante la interrupción del consumo.

2.2.8 COMUNIDAD TERAPÉUTICA

La Comunidad Terapéutica, recibe aportes a través del psiquiatra inglés Maxwell Jones, quien propuso y sistematizó las bases de la comunidad terapéutica conocida universalmente y hace referencia a una modalidad de tratamiento en salud mental.

NIDA (2003) define la Comunidad Terapéutica” como los ambientes residenciales libres de drogas que utilizan un modelo jerárquico y estructurado, con etapas de tratamiento y niveles cada vez de mayor responsabilidad personal y social”. Se utiliza la influencia entre compañeros para ayudar a cada sujeto a aprender y asimilar las normas sociales, desarrollando habilidades sociales adaptativas.

La Comunidad Terapéutica, es una micro sociedad organizada que tiene lugar en un espacio social – terapéutico con un sistema estructurado a base de normas en donde la usuaria debe asumir responsabilidades y así favorecer una vida libre de drogas con el propósito de ayudarse mutuamente donde las personas tienen en común dificultades y proyectos personales, y en la convivencia comunitaria asumen el propósito de ayuda mutua en un lapso de tiempo. Así mismo permite las condiciones para el cambio en su estilo y filosofía de vida a través del mantenimiento de los valores.

Entre otros rasgos esenciales que tiene una Comunidad Terapéutica como alternativa de tratamiento de la drogodependencia, con perspectiva de género, son: se requiere de motivación personal y voluntaria; un tratamiento desde una perspectiva psico-social-educativo; y donde predomina un aprendizaje social, basada en la experiencia personal de cada usuaria. (Clark, 1964; Jones 1952). Así lo expresan algunos investigadores: *“donde existen normas para desarrollar un proceso de auto observación con relación a su comportamiento y hace que la persona sea el artífice de su cambio y de su crecimiento personal”* (Campagna, 1993, Durand 1994).

El modelo de intervención de la Comunidad Terapéutica es un modelo de tratamiento eficaz, especialmente para las poblaciones más difíciles (De León, Hawke, Jainchill y Melnick, 2000).

En nuestro medio hay escasa investigación acerca de la Comunidad Terapéutica a pesar que este modelo de intervención se encuentra produciendo resultados positivos (CEDRO, 2015).

Considero que la eficacia se da según el modelo estructurado, donde la prioridad es la atención integral a la persona, hay evidencias de su recuperación y autonomía personal, y continuar en seguimiento.

2.2.9 FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES

La conducta asociada al consumo de drogas está asociada a múltiples factores. Para comprender mejor la problemática de las drogas, se utiliza el concepto “factor de riesgo”, que nos permita asesorar y ayudar mejor a las mujeres drogodependientes, realizando de esta manera una prevención frente a probable reincidencia.

- **Factores de riesgos** son todas las condiciones o situaciones que pueden influir al contacto de las drogas con el individuo, o este puede volver a reincidir en su consumo. No es que los factores de riesgo impulsen el consumir, sino que el conjunto de factores al que se expone la persona, lo pone en un estado de vulnerabilidad respecto al uso de drogas.
- **Los factores protectores**, son las condiciones favorables que tienen las personas que evitan el contacto con las drogas o reduce la probabilidad de reincidencias. Significa que la persona con mayores influencias protectores,

sean personales, familiares, sociales, podrá enfrentar mejor el riesgo de contacto o reincidencia con las drogas.

Al respecto algunos autores coinciden en señalar el éxito de las amenazas, cuando uno desarrolla actividades de protección, estos dicen respecto a los factores de protección: *“Son situaciones internas o externas a la persona que le permitan enfrentar exitosamente los problemas y así alejan la amenaza que para todos significa que uno de nosotros incurra en el consumo de drogas”* (Zamora y Forceliedo, 1996; Vacca, 1997).

Factores de riesgos en mujeres

A continuación, se señalan algunos factores de riesgos y de protección hacia la mujer que consume drogas. Encontrados en (NIDA. 1997). El objeto de presentar la lista de factores de riesgo y protectores, es demostrar que la mujer puede cambiar exitosamente detectando que es bueno y que ya, no debe de hacer.

A. FACTORES DE RIESGO

- **Nivel Individual:** Falta de autoestima. Rechazo emocional y afectivo. Carencia de habilidades de comunicación. Ausencia de valores. Dificultad en el autocontrol para poder postergar satisfacciones. Dificultad en el manejo de la ansiedad Poca tolerancia a la frustración. Dificultad para resolver y solucionar problemas.
- **Nivel Familiar:** Padres sobreprotectores. Ausencia de reconocimientos, refuerzo. Ausencia de atención emocional y afectiva. Modelos familiares negativos: consumo y delictivo. Tolerancia al consumo de tabaco, alcohol y

automedicación. Ausencia de control y educación, clima familiar; con estrés y conflictos.

- **Nivel Grupal:** Búsqueda de identidad. Imitación al grupo. No hacer frente a la presión grupal. Excesiva dependencia.
- **Nivel de Trabajo, Ocio y Escuela:** Falta de empleo. Ausencia de capacitación profesional. Ocio poco creativo. Estilos de ocio no saludables. Falta de integración escolar. Bajo rendimiento. Deserción escolar. Falta de expectativas al futuro.
- **Nivel Social:** Estructura socio-económica. Sistema de valores dominante. Accesibilidad a la droga y automedicación. Relaciones sociales dominantes. Publicidad que alienta el consumo y modelos de comportamientos inadecuados. Actitudes sociales vitales ante las drogas. Programas de prevención, rehabilitación y recuperación.

B. FACTORES PROTECTORES

- **Nivel Individual:** Apoyo emocional fortalecido. Autoestima: control sobre situaciones de riesgo. Habilidades de comunicación adecuadas. Habilidades y talentos especiales. Saber demostrar tolerancia a las frustraciones. buen uso del tiempo libre y recreación.
- **Nivel Familiar:** Modelos de comportamientos adecuados. Fuerte unión familiar. Control – educación de los padres. habilidades educativas.
- **Nivel Grupal:** Integración gratificante. Modelos adecuados. Clima de grupo positivo con objetivos comunes.

- **Nivel de Trabajo, Ocio y Escuela:** Trabajo: con horarios y competencias adecuadas. Ocio: Conocimiento de recursos. Alternativas de ocio saludables. Escuela: Éxito en el rendimiento escolar con el soporte familiar.
- **Nivel Social:** Estructura socio-económica. Programas de prevención, rehabilitación y recuperación.

2.2.10 PROYECTO DE VIDA

El Proyecto de Vida, se centra en el proceso de resocialización a través del cual la usuaria deberá buscar nuevas relaciones con el ambiente, nuevas amistades, nuevas actividades, es decir crear una “red social” que la conecte de una forma nueva con la sociedad y debe estar basada desde el principio del respeto hacia sí mismo y el respeto hacia los demás y con los valores que debe recuperar nuevamente. Es en este proceso que la terapeuta debe ser comprensiva, para atender sus dificultades y firme en proponer un estilo de vida basado en los valores y motivarla para la realización de su proyecto personal. (Revista Proyecto Hombre-junio 2007 España).

Volver a la resocialización, es construir una relación válida con los otros desde la comunicación y desde la identificación de sus intereses, gustos, asumiendo la responsabilidad personal y desde una crítica constructiva con el entorno.

El proyecto debe basarse en sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas internas y externas y lograr los objetivos de su proyecto personal, siendo las áreas las siguientes:

- **Área Personal:** manejo del estigma psicológico, auto-cuidado/salud, sentido de vida, afectos.
- **Área Laboral:** manejo de dinero, capacitación laboral, seguridad social, cultura de trabajo.
- **Área Educativa:** desarrollo del intelecto, vocación, desarrollo de valores, nivelación académica, desarrollo de habilidades.
- **Área Familiar:** relaciones sanas, manejo de conflicto, pareja, manejo de autoridad, comunicación, vivienda y entorno.
- **Área Afectiva:** relación de pareja.
- **Área Social:** manejo del estigma social, desarrollo de habilidades sociales, grupo de apoyo, conflicto de valores, valores cívicos, círculos de amigos positivos, manejo de presión de grupo.
- **Área del Uso del tiempo de ocio:** Cultura, hobbies, deporte, grupos recreativos, actividades recreativas.
- **Área Espiritual:** trascendencia y crecimiento personal.

2.3 EL PROGRAMA

2.3.1 Descripción del programa

El “Programa de Reinserción Social para Mujeres Drogodependientes en Consulta Externa de un Hospital Especializado de Lima”, es una propuesta que nace del curso desarrollado del “Programa de Segunda Especialidad en Tratamiento en Adicciones para mujeres con enfoque de género” y ofrece una oportunidad y adecuada asistencia terapéutica, de diferentes niveles de complejidad e intensidad, a mujeres con y sin hijos, embarazadas o no, que presenten consumo de drogas y que no han podido acceder a un programa

terapéutico, ya sea por barreras estructurales, propia de sistemas que no considera la variable de género, por barreras personales, familiares u otros motivos.

El Programa tiene el propósito de: desarrollar habilidades de afrontamiento de las situaciones de riesgos, de manera tal que logre evitar la recaída. Fortalecer el sistema familiar de las mujeres drogodependientes en tratamientos. La intervención se realizará en un hospital especializado de Lima. Los principales autores son: Unidad de tratamiento y rehabilitación del hospital y el equipo terapéutico que aplicará el presente Programa.

Entre los principales resultados tenemos:

- La implementación de un **Programa de Reinserción Social**, el cual pueden acceder usuaria drogodependiente que llegue a un hospital, y con alcance al referente familiar que apoya en su tratamiento.
- Desarrollo de talleres vivenciales dirigido a las familias y las usuarias.
- Evaluación del Perfil de las usuarias que usufructúan el Programa de reinserción social.

2.3.2 Objetivos del Programa

Objetivo General

- A. Facilitar la inserción social de las mujeres drogodependiente usen tratamiento de un hospital de Lima, su relación con los factores de riesgo.
- B. Lograr la transición exitosa de la usuaria en la sociedad exterior y ejecución de su proyecto de vida.

Objetivos Específicos

- a) Desarrollar en las usuarias **habilidades de afrontamiento** frente a situaciones de riesgos.
- b) Entrenar a las usuarias habilidades sociales y educativas de las personas en recuperación.
- c) Enseñar a las usuarias estrategias de prevención de recaídas.
- d) Orientar la elaboración de un proyecto de vida prospectivo a un cambio de estilo de vida saludable, en las usuarias.
- e) Facilitar las estrategias para una transición exitosa de la persona hacia la sociedad.
- f) Asesorar y entrenar estrategias de prevención a las familias de las usuarias en tratamiento.

2.3.3 Población Objetivo

- Mujeres Adultas drogodependientes usuarias de un hospital de Lima, que realizan un tratamiento residencial y se encuentren en situación de **alta terapéutica**, y preparadas clínicamente para iniciar su inserción social.
- **Padres de familias o referente familiar** que apoya en el tratamiento y rehabilitación de las usuarias mujeres drogodependientes de un hospital de Lima.

2.3.4 Contenido y características del Programa

Contenido:

El Programa cuenta con las siguientes áreas de intervención:

El Programa se llevará a cabo luego que las usuarias han terminado el programa de desintoxicación, deshabituación y tratamiento (internamiento) y/o se encuentra en tratamiento Ambulatorio en Consulta Externa de un Hospital de Lima y presenten alta terapéutica y estén preparadas y en condiciones para iniciar su inserción social y seguimiento.

Sabemos que la Consulta Externa cuenta con un Equipo Multidisciplinario completo: médicos psiquiatras, médicos generales, neurólogo, odontólogos (os), psicólogas (os), trabajadores sociales, enfermeras (os), terapeutas familiares, farmacéuticas(os) y técnicos de enfermería.

La intervención interdisciplinaria facilitara la coordinaciones en la intervención terapéutica conjunta y su objetivo es enriquecer y ajustar las distintas áreas profesionales para la atención de la usuaria consumidora de drogas y se brinda un abanico de alternativas que complementaran el Programa de Reinserción Social, a cargo de la trabajadora social siendo su objetivo como profesión “ facilitar la relación entre las personas y su entorno social para promover el cambio a través de la resolución de los problemas en las relaciones humanas .

La finalidad del Trabajador Social, es la investigación de las condiciones sociales de las personas y detecta y reconoce las problemáticas sociales como la drogodependencia en un proceso de empoderamiento y prevención de las disfunciones familiares. Además, aporta metodología y estrategias de intervenciones individuales, grupales y comunitaria.

Es así, que se realiza este Programa con el objetivo de vincular a la usuaria de drogas con las redes: de familia, social, cultural, y con la comunidad, para lograr su autonomía y reinsertarse al medio laboral con un Proyecto de Vida a desarrollar a corto y mediano plazo.

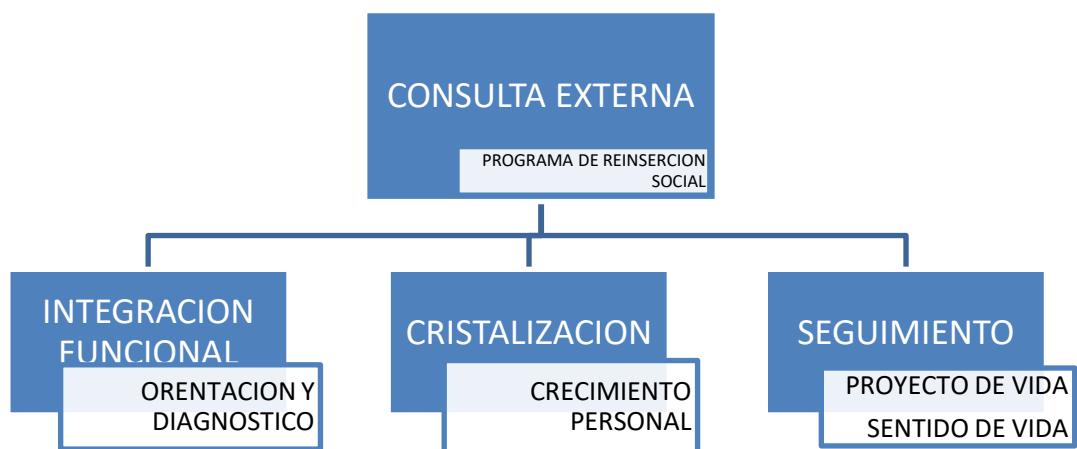
Características:

- La etapa de Reinserción Social, sigue los principios fundamentales del proceso de socialización que responde a las necesidades personales de las usuarias con las siguientes premisas: Proceso personal que requiere del compromiso personal de seguir el tratamiento. Es voluntario. Abarca a la persona de forma integral. El tratamiento apoya el empoderamiento de la mujer.
- La aplicación **metodología talleres de crecimiento personal**, de **modalidad ambulatoria** con evaluaciones constates, y cambios de estilos de vida.
- El programa de Reinserción social está enfocado **al desarrollo humano** de la mujer adicta en recuperación y debemos incidir con **los factores protectores** y así lograr un mejor estilo de vida.
- Es de modalidad sema-residencial inicialmente, y se desarrolla en las instalaciones de un Hospital de Lima. Tiene una duración aproximadamente de 6 meses.
- Las diversas intervenciones que desarrolla el Programa de Reintegración Social para Mujeres Drogodependientes, persiguen **una atención individualizada**. Esta visión personalizada tiene como finalidad atender y fortalecer las necesidades propias de cada persona. Para esto, el presente Programa se divide **en tres momentos** claramente definidos. Estos consisten

en sub-fases que permite objetivar el proceso de resocialización de las usuarias y facilite a la persona su reintegración a la sociedad.

- El programa de reinserción social para mujeres drogodependientes diseña un proceso gradual en la atención terapéutica, dividida en tres (3) sub-fases que tiene la finalidad de mejorar la calidad de las relaciones interpersonales y desarrollar un sentido de responsabilidad y facilitar el mantenimiento de una existencia sin drogas.

2.4 FASES DEL PROGRAMA



Organigrama propio de la investigación tomada de la experiencia laboral –

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

El programa de reinserción social para mujeres drogodependientes diseña un proceso gradual en la atención terapéutica, dividida en tres (3) sub-fases; cada su-fase tienen sus propios objetivos, y a la vez, están interrelacionados con la finalidad de lograr: el proceso personal de autogestión y de

acompañamiento que realizan la persona en recuperación, que apunte a su reconstrucción integral, a la total inclusión social.

Fase: Integración

La atención está orientada a una prolongación del tratamiento, con incursiones graduales hacia la vida social, pero aún con responsabilidades y compromisos con esta fase de tratamiento. Esta sub-fase dura aproximadamente 1 mes. Las sesiones se realizarán semanalmente.

Las sesiones a trabajar en la fase de Integración, se encuentran en el anexo N°1:

Fase: Cristalización

El proceso en este segundo momento abarca *a la persona “total” e integral* facilitando a la usuaria estrategias de afrontamiento frente a la prevención de la recaída.

Las sesiones a trabajar en la fase de Cristalización se ubican en el anexo N° 2.

Fase de Seguimiento

Sub-fase cuya finalidad es realizar el seguimiento y evaluar la inserción social de las personas. Las usuarias continúan en modalidad ambulatoria, aunque la diferencia con la sub-fase precedente, es que su participación **es individualizada**, a través de entrevistas clínicas de asesoría y **seguimiento personalizado**.

Las sesiones a trabajar en la fase de seguimiento, se encuentran en el anexo N° 3.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio trata de evaluar una muestra de usuarias consumidoras de drogas, la asociación de una serie de factores (datos socio-demográficas, características del consumo de drogas) y riesgo de recaída.

Según Berlingar y Lee (2000) la investigación **es tipo no experimental** (porque se realiza un estudio sin la manipulación deliberada de las variables) y su diseño ex post facto, es decir, la investigación se realiza una vez producido los acontecimientos que se quieren estudiar.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Según, Hernández, Fernández y Batista (2014) por “diseño” refiere al plan o estrategia concebida con el fin de responder a la pregunta de la investigación, la presente investigación tiene el diseño no experimental, sin la manipulación deliberada de variables. Por su dimensión temporal es un diseño transversal dado que su propósito es recolectar información en un solo momento, en un tiempo un tiempo determinado.

Se ha usado un diseño correlacional, que tiene por finalidad analizar la relación entre dos variables en un contexto específico y en un momento determinado. Estos diseños correlacionales describen relaciones entre dos o más conceptos o variables en una muestra según (Hernández et al., 2014). Lo que se busca es determinar la relación entre la **aplicación de un programa de reinserción social y el riesgo de recaídas** con usuarias consumidoras de drogas de un Hospital de Lima.

01 _____ R

Donde consideramos:

01 = Programa de Reinserción Social,

02 = Riesgo de recaída y

R = Relación entre las variables

Población

La población designada para el estudio está conformada por 10 mujeres adultas drogodependientes usuarias de un hospital de Lima, que realizan un tratamiento ambulatorio.

3.2 MUESTRA

La muestra está conformada por 10 usuarias mujeres adultas drogodependientes de un hospital de Lima, que realizan un tratamiento ambulatorio y se encuentren en situación de alta terapéutica, y preparadas clínicamente para iniciar su inserción social en Consulta Externa de un Hospital de Lima.

Tipo de muestra

El muestreo según Kerlinger y Lee (2002) es de tipo propositivo, ya que se busca obtener una muestra que cumpla con ciertos criterios ya establecidos (adicción, edad, residente en Comunidad Terapéutica, etc.). Se llevó a cabo un muestreo de tipo no probabilístico o dirigido, ya que la selección de la muestra no obedeció a criterios aleatorios, sino que busca intencionalmente participantes que cumplan con los criterios de inclusión de la muestra (Hernández et al., 2014).

Considerando también el enfoque de género, es una oportunidad para mujeres que por diversos motivos no pueden acceder a un tratamiento.

3.3. VARIABLES

Mujeres Adultas drogodependientes que ingresan por emergencia y/o consulta externa de un hospital especializado de Lima, que realizan un tratamiento ambulatorio y se encuentren en situación de **alta terapéutica**, y preparadas clínicamente para iniciar su inserción social. La muestra está compuesta por 10 mujeres que ingresan por emergencia y/o consulta externa de un hospital especializado de Lima.

Para la presente investigación se elabora **una ficha socio-demográfica** de datos personales donde se consideran aspectos **sociodemográficas** y características del consumo de sustancias psicoactivas referidas a edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, ocupación, droga de inicio, drogas consumidas, droga adictiva, tiempo de consumo, tratamientos previos en adicciones, tiempo de internamiento, tiempo máximo de abstinencia, antecedentes policiales, etc.

3.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

La muestra presenta las siguientes características más resaltantes:

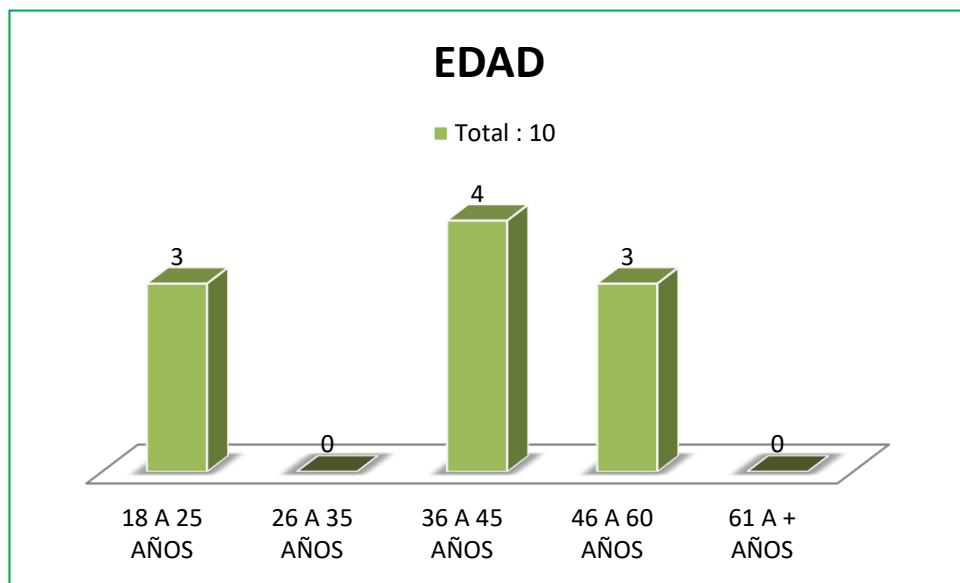


Figura N° 1 Porcentaje de la muestra según la Edad

En la figura N° 1 Se describe el total de la muestra estudiada según la Edad, donde el 3% representa a las personas 18 a 25 años, el 4 % a las personas 36 45 años, y finalmente el 3% a las personas de 16 a 60 años.

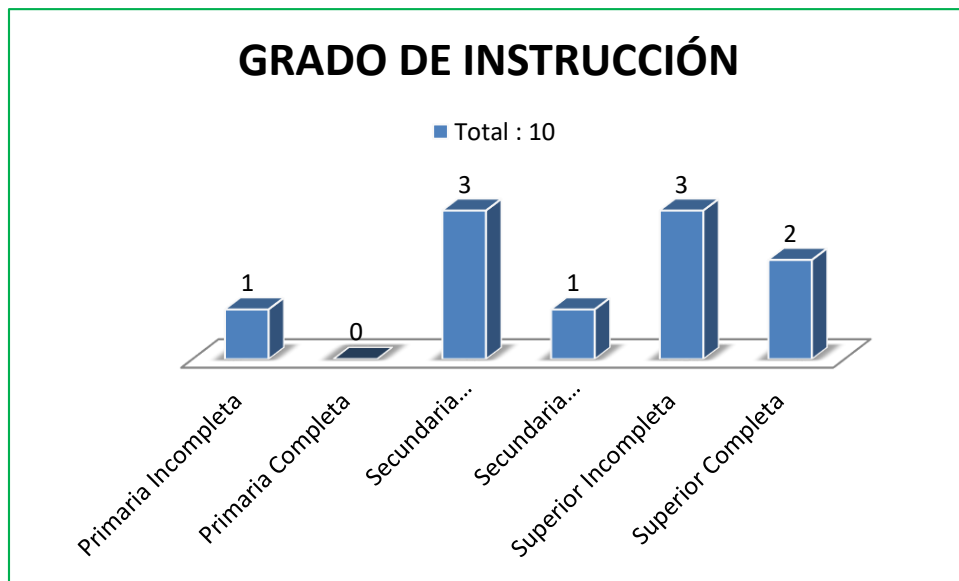


Figura N° 2 Porcentaje de la muestra según Grado de Instrucción

En la figura N° 2 nos muestra del total de la muestra estudiada según el Grado de Instrucción, donde el 1% representa a las personas con primaria incompleta, el 3 % a personas con secundaria incompleta, el 1% a personas con secundaria completa, el 3% de personas con estudio superior incompleta y finalmente el 2% a las personas con estudios superiores completa.

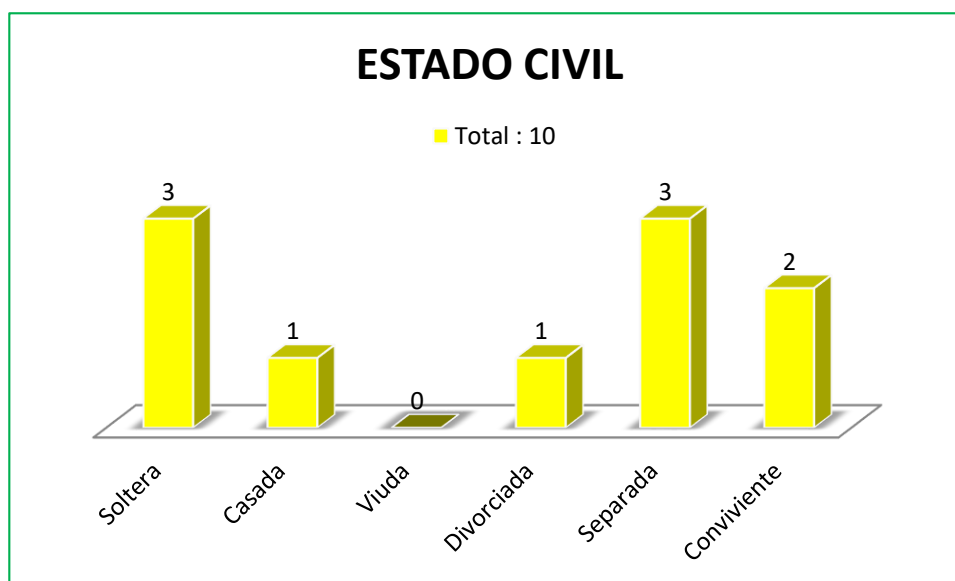


Figura N° 3 Porcentaje de la muestra según Estado Civil

En cuanto a la figura N° 3 nos muestra del total de la muestra estudiada según Estado Civil donde el 3% representa a las personas soltera, el 1 % a personas casadas, el 1% a personas divorciadas, el 3% de personas divorciadas y finalmente el 2% a las personas convivientes.

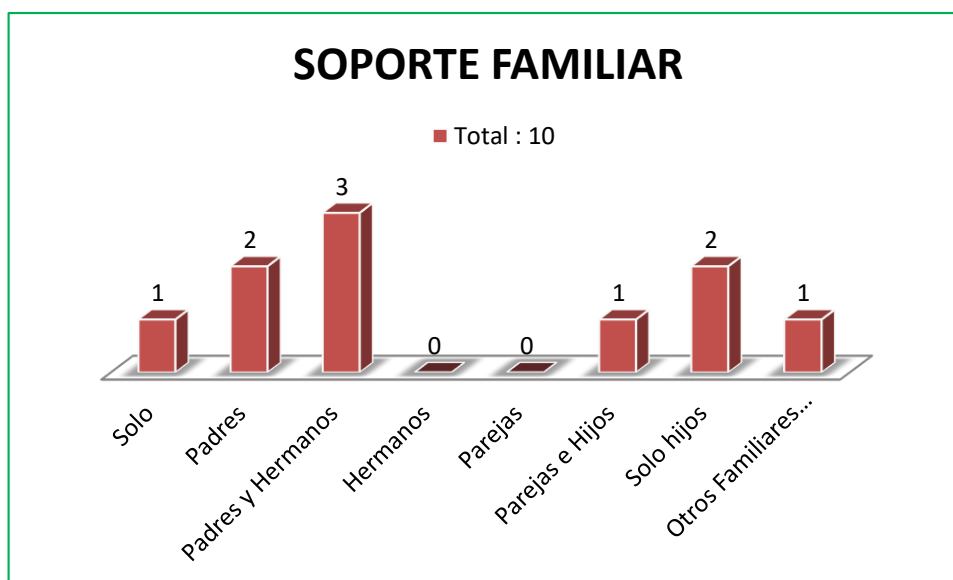


Figura N° 4 Porcentaje de la muestra según Soporte Familiar

La figura N° 4 nos muestra del total de la muestra estudiada según Soporte Familiar donde el 1% vive solo, el 2 % viven con los padres, el 3% viven con padres y hermanos, el 1% vive con sus parejas e hijos, 2% vive solo con hijos y finalmente el 1% vive con otros familiares y/o personas.



Figura N° 5 Porcentaje de la muestra según el tipo de Droga Adictiva

Respecto a la figura N° 5 se analiza el porcentaje de la Droga Adictiva que consume muestra estudiada, el 6% consume alcohol, el 1 % consume marihuana, el 2% consume PBC, y finalmente el 1% consume cocaína.

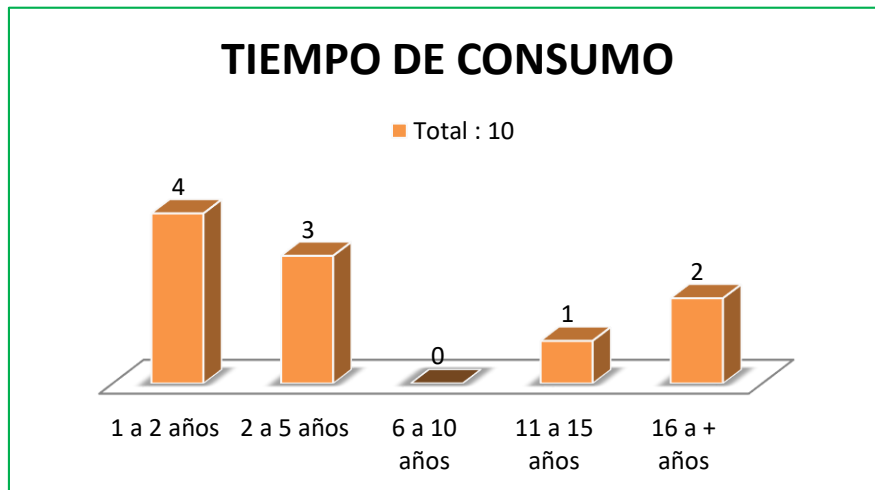


Figura N°6 se identifica el porcentaje del Tiempo de Consumo

En la figura N° 6 se identifica el porcentaje del Tiempo de Consumo de la muestra estudiada, el 4% tiene entre 1 a 2 años de consumo, el 3 % entre 2 a 5 años de consumo, el 1% de 11 a 15 años de consumo, y finalmente el 1% más de 16 años de consumo.

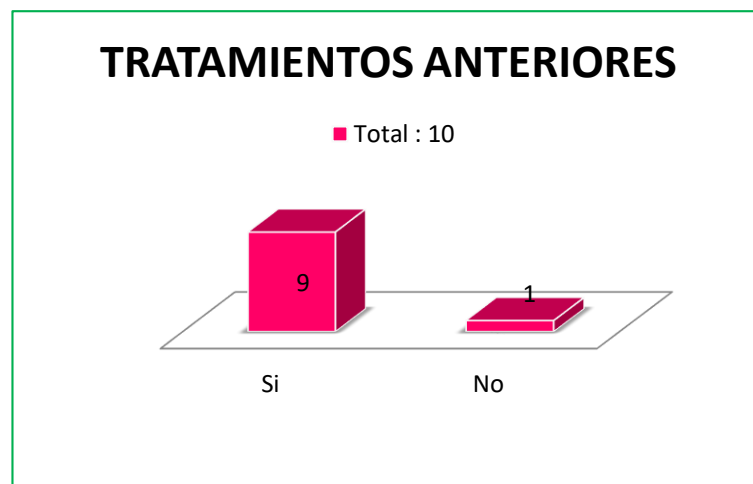


Figura N° 7 Porcentaje de la muestra según Tratamientos Anteriores

En la figura N° 7 se muestra el porcentaje de Tratamientos Anteriores de la muestra estudiada, donde el 9% indican que han tenido tratamientos anteriores, y el 1% manifiesta no haber tenido tratamiento anterior.

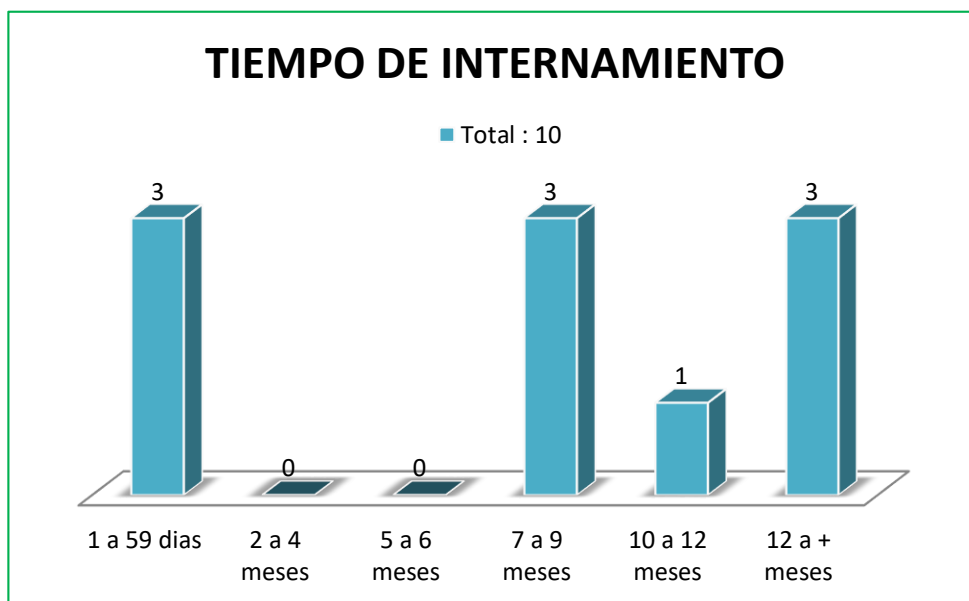


Figura N° 8 Porcentaje de la muestra según Tiempo de Internamiento

En la figura N° 8 señala el porcentaje del Tiempo de Internamiento de la muestra estudiada, donde el 3% tiene entre 1 a 59 días, el 3% manifiesta tener de 7 a 9 meses, tratamiento anterior, el 1% de 10 a 12 meses y finalmente el 3% dicen tener más de 12 años.

3.5 TECNICA DE ANALISIS DE DATOS

Programa de Reinserción Social

Programa terapéutico de modalidad ambulatorio, diseñado para facilitar la inserción social de las usuarias drogodependientes, que se encuentren en calidad de alta terapéutica de la internación de un hospital especializado de Lima.

Riesgo de Recaída:

Se aplica el 1 Cuestionario de Riesgo de Recaída – AWARE 3.0 elaborado por Gorki y Miller. El rango de puntuaciones es de 28 (puntuación más

baja posible) a 196 (máxima puntuación posible). Cuanto mayor sea la puntuación, la usuaria reporta más señales de advertencia de una recaída.

Variables sociodemográficas

Mujeres consumidoras de drogas que tengan de 18 a 70 años de edad
Sexo: Femenino. Grado de instrucción: Primaria completa. Secundaria incompleta, secundaria completa, superior incompleto, superior completa, superior post grado. Estado civil: Soltero, casado, viudo, divorciado, separado, conviviente. Ocupación: Estudio, trabajo, ninguna actividad, actividades ilícitas. Droga adictiva: alcohol, marihuana, cocaína, pasta básica de cocaína, “mixtos” (marihuana más PBC), crack, ludopatía, benzodiacepinas, etamina, poli adicción, sin trastornos concurrentes.

El método, **es el método cualitativo** con abordaje descriptivo en la que se realizó el estudio epidemiológico, Los resultados se presentan través de cuadros estadísticos.

Instrumento de Estudio

Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0

Ficha Técnica

Autor: T. Gorki y M. Miller.

Año de creación: 1986 (escala original), 2000 (versión actual).

País de origen: Estados Unidos.

Administración: Individual y colectiva.

Adultos, sin tiempo limitado, sin embargo, su desarrollo tarda 15 minutos aproximadamente.

Área:	Señales de alerta de recaídas.
Significación:	Evalúa el nivel de riesgo de recaída en adicciones.
Calificación:	La puntuación se obtiene sumando el total de respuestas marcadas, pero invirtiendo los puntajes en los ítems 8, 14, 20, 24, 26.
Interpretación:	Cuanto mayor sea la puntuación, el individuo reporta más señales de advertencia de una recaída. El rango de puntuaciones es de 28 (puntuación más baja posible) a 196 (máxima puntuación posible).

El Cuestionario AWARE (*Advance warning of relapse*) fue diseñado como una medida de **las señales de alerta de la recaída**. En un estudio de recaída después del tratamiento por abuso o dependencia del alcohol, los investigadores encontraron que la puntuación del cuestionario AWARE es un buen predictor de la aparición de recaídas ($r = 0,42$, $P > 0.001$) Con los análisis posteriores, los investigadores perfeccionaron la escala, reduciendo los ítems de 37 de la versión original a 28 en la versión actual. Dichos ítems se encuentran agrupados en un solo factor y presentan una alta consistencia interna (alfa de Cron Bach de 0,92 hasta 0,93).

Se analizó la confiabilidad a través del coeficiente de estabilidad test-pretest mediante intervalos de 2 meses por 1 año, hallándose la fiabilidad en $r = 0.80$. Las puntuaciones de los sujetos evaluados predijeron significativamente los

deslices y recaídas posteriores. Las tasas de recaída para los individuos con los puntajes más altos, según lo previsto por las ecuaciones de regresión, fueron 33-46% superiores a los de los individuos con las puntuaciones más bajas (Miller y Harris, 2000). Los ítems están dispuestos en el orden de aparición de los signos de alerta, como plantea Gorski. Sin embargo, Miller y Harris (2000) no hallaron pruebas de que los signos de advertencia se producen realmente en este orden en tiempo real.

Valles (2016) realizó un estudio para población adicta de Lima Sur y obtuvo una validez de contenido según V de Aiken, con valores máximos de 1.00 y mínimo 0.80, indicando que todos los ítems se mantienen, además se tomó en cuenta las observaciones de los jueces, por lo que se modificó los ítems 1, 3, 6, 7, 10, 11, 17, 18, 22 y 28. Con respecto a la validez según Prueba Binomial, se obtuvo el índice binomial ($p < 0.05$), apreciándose que hay concordancia entre los jueces, por lo tanto, la prueba conformada por 28 ítems tiene validez de contenido. La confiabilidad se realizó a través del Coeficiente de alfa de Cron Bach, indicando un nivel muy alto o excelente (0.925) de confiabilidad por consistencia interna. Además, con la finalidad de poder interpretar los resultados que se obtengan con este instrumento en población adicta de Lima Sur, se diseñó un baremo (tabla de cálculo) para la misma.

Ficha socio-demográfica

En esta investigación se trabajó con la **ficha de datos personales** donde se consideran aspectos: socio-demográficos y características del consumo de sustancias psicoactivas referidas a edad, sexo, grado de instrucción, estado civil,

ocupación, droga de inicio, drogas consumidas, droga adictiva, tiempo de consumo, tratamientos previos en adicciones, tiempo de internamiento, tiempo máximo de abstinencia, antecedentes policiales, etc. Dicho instrumento fue revisado por expertos en el tratamiento de las adicciones. El modelo se encuentra en anexos.

3.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

DILEMAS ÉTICOS EN EL CONSUMO DE DROGAS

Se puede observar que el consumo de drogas puede tener múltiples causas que va desde el individuo, su grupo familiar y el entorno que lo rodea. Se debe identificar las causas a tiempo y apoyarlo en sus valores personales.

Vemos que cuando un integrante de la familia tiene este problema, afecta el consumo a todos los miembros de la familia y a la misma sociedad, porque la persona se convierte en una persona pesimista o justifica su consumo “cuando quiero lo dejo” y por lo tanto deja de ser una persona con autonomía, sino que depende de una sustancia, dejando de ser una persona saludable y útil a nuestra sociedad.

Para abordar un poco más este dilema ético en el consumo de drogas, se hace necesario analizar los principios éticos de no mal eficiencia, justicia, autonomía y beneficencia, principios fundamentales de la bioética.

Valery A. (20007) expresa que son enunciados y plantea 4 refleja derivadas: veracidad, confidencialidad, fidelidad y privacidad, principios importantes que corresponde a los profesionales de la salud tener presente. También el principio de no mal eficiencia, que involucra de no hacer un mal. Celi

G. (2003) refiere que los profesionales de la salud y los pacientes deben interactuar moralmente bien, evitando los riesgos de daño, asegurando tratamientos con métodos científicos, como en el diagnóstico emitido y en las terapias que se realizan para los pacientes y familiares evitar los riesgos para ambos.

Por lo tanto, tenemos que:

- Realizar una buena evaluación para que ingresen al Programa.
- El ingreso debe ser voluntario
- Orientar sobre el consentimiento informado: que sea decisión personal.
- La observación y comunicación deben ser con calidez y calidad, sin afectar sentimientos.
- La confidencialidad de los que escuchamos, porque merecen ser respetados en sus intimidades.
- La justicia: debemos dar a cada uno de ellas lo que necesite para el restablecimiento de su salud y dolor y sufrimiento causado por su adicción.
- La beneficencia: principio fundamental en el quehacer profesional de la salud que tiene como finalidad promover el bien de las personas.

CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1 Resultado del perfil de la muestra estudiada.

Respecto al perfil de la muestra estudiada, entre los datos más relevantes se encuentran: En relación a la edad, la muestra estudiada indica que la mayoría son mujeres adultas, mayores de 36 años, que, sumados a los rangos más altos de edad, alcanza un 7%. Si lo comparamos con las menores de 25 años que indica un 3%.

Es revelador que la muestra estudiada, a pesar que son personas mayores, tienen un soporte familiar y están bajo el amparo de familiares, pues el 3% viven con sus padres; el mismo porcentaje en cuanto a estado civil, las personas en su condición de separada indica el 3%, frente un 3% de las personas solteras. Esto es significativos, pues no viven situación de indigencia y por lo tanto a pesar de sus propias dificultades pueden acceder a un tratamiento.

Del grado de instrucción, es significativo que el porcentaje más alto corresponda a personas con un nivel superior, sumados estudios superiores completo e incompleto alcanza un 5% de la muestra. Y además el 1% corresponde a las personas con secundaria completa, que sumados son la mayoría.

Respecto a la información y datos de la problemática adictiva, se corrobora en la muestra estudiada que sigue siendo el alcohol con el 6%, la sustancia que predomina en la población femenina.

Finalmente, en relación a los datos de tratamiento, la muestra estudiada revela que el 3% tiene un tiempo de tratamiento, es decir, son usuaria crónica. Así mismo, el 9% señala que tuvieron tratamientos anteriores, lo que reafirma el dato

cronicidad. También es significativo que el 2% tenga más de 16 años de tiempo de consumo.

4.2 Resultado descriptivo sobre el riesgo de recaída

Según la figura N° 9, se encuentra que un 4% de la muestra presenta un nivel alto de riesgo de recaída, cuyas puntuaciones fueron entre 49 y 70. Lo más significativo es que las puntuaciones entre 71 a 96 alcanzando un 6%, es decir un nivel muy alto de riesgo de recaída, que presenta un panorama desalentador frente a la expectativa de recuperación.

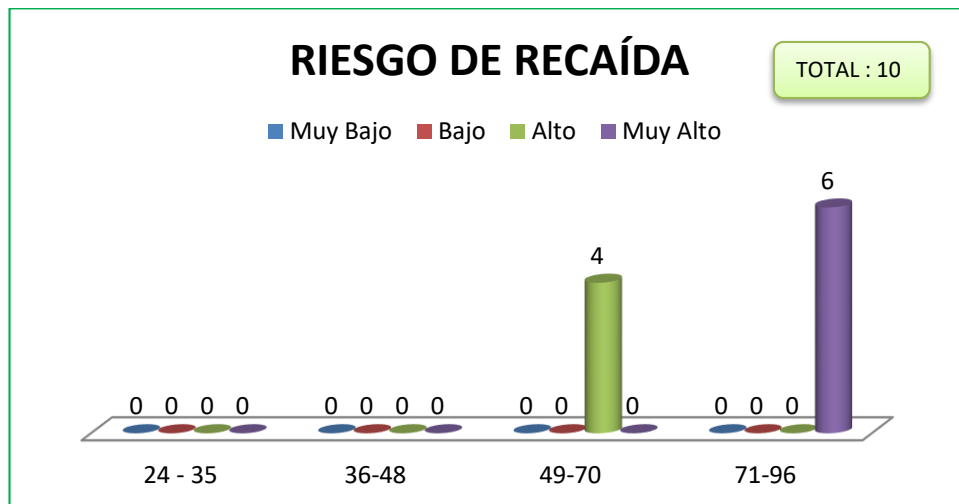


Figura N° 9 Porcentaje del Riesgo de Recaída

La presente investigación, de carácter correlativo, analiza y describe el efecto de un programa de reinserción en la prevención del riesgo de recaída en mujeres drogodependientes en consulta externa de un hospital de Lima Metropolitana. Consideramos importante estudiar el efecto de la aplicación de un programa de reinserción social y el riesgo de recaída. Ambas variables se influyen mutuamente, y el estudiarla en una población de mujeres adictas es muy relevante por las particularidades que se presenta en la intervención terapéutica con mujeres

adictas. Las investigaciones indican que las recaídas se contemplan las diversas intervenciones terapéuticas, por ser la drogodependencia una enfermedad crónica (Merlot, 1993; Gorki, 1986; Prochaska et al., 2013).

A continuación, se presentan los resultados de los datos recopilados para responder a los objetivos de la investigación.

En cuanto al desarrollo de Programa de Reinserción Social para mujeres drogodependientes en consulta externa de un hospital de Lima, los resultados de la experiencia señalan: que las usuarias obtienen beneficios respecto a contar con una información básica que les posibilita un aprendizaje de prevención de los riesgos de recaída, así como aprendizaje de estrategias que facilite la inserción social de manera exitosa.

La realización de un programa de reinserción social, ayuda a las usuarias, en cuanto al aspecto motivacional, sin embargo, hay que señalar, que se requiere entrenar en estrategias de afrontamiento frente al riesgo de recaída. No se encontraron datos significativos de la influencia del programa de reinserción social frente a los riesgos de recaída.

Respecto al perfil sociodemográfica de la muestra estudiada, nos indica que el problema de las adicciones en mujeres en su mayoría se encuentra en personas mayores de 35 años de edad, que equivale casi a la mitad total de las evaluadas. También se encuentra que la mayoría de las personas evaluadas son personas adultas que tienen o tuvieron una relación de pareja; por lo que las situaciones socio-familiares son otro factor a tener en cuenta en el tratamiento con

mujeres drogodependientes. Asimismo, hay que señalar, que sigue siendo el alcohol la sustancia que prevalece más en la mujer drogodependiente.

Es muy significativo y revelador, teniendo en cuenta, que el total de la muestra son 10 personas, los mismos que representa el 100% de la muestra, encontrar que el 30% de la muestra estudiada, presenta más de 11 años de tiempo de consumo. Esto correlaciona con el hecho que el 90% de la muestra tuvo tratamientos anteriores. Por lo que podemos inferir, que el patrón adictivo es crónico en la muestra estudiada. Y esto a la vez, explicaría del por qué, en la muestra evaluadas existe un alto nivel de riesgo de recaída. Es decir, en las evaluadas la mayoría 60% tiene una auto-percepción negativa respecto a la recuperación. Otro indicador, es referente al soporte familiar, la mitad de la muestra evaluada, sumados los porcentajes, viven con padres y, viven con padres y hermanos, alcanza el 50% del total, que indican el apoyo y sostenimiento en la familia. Que contrasta con los porcentajes sumados, de que viven solos y, viven con hijos, el mismo que alcanza un 40%. Deducimos, que hay una tendencia de dependencia socio-familiar.

En relación, a indicadores de riesgo de recaída, los datos son concluyentes, existe en la muestra estudiada porcentajes de nivel alto y niveles muy altos, que sumados alcanza el 100 % de la muestra estudiada.

El Programa está enfocado en el desarrollo humano y la vinculación familiar principio fundamental en la resocialización.

El modelo de intervención tiene bases y principios científicos en el desarrollo de su Proyecto de vida.

V. DISCUSION

DISCUSION DE RESULTADOS

La investigación sobre tratamientos para mujeres no es tan fácil porque existen pocas investigaciones de tratamientos ambulatorios para mujeres en Perú, existen dificultades para evaluar los programas de intervención en drogodependencia, por la poca rigurosidad metodológica y al no considerar las recaídas como el proceso dentro de las etapas motivacionales. No hay estudios sobre grupos de seguimiento en mujeres drogodependientes.

Girón en el 2007, encontró que la mayor permanencia en tratamiento residencial debe ser de un año, mientras que los programas ambulatorios, disminuían las probabilidades de éxito, por estar en contacto con el medio.

Las mujeres tienen mayores índices de inserción, con menos delincuencia y más probabilidades de empleo tras el tratamiento. También encontraron que la depresión y los trastornos antisociales eran los problemas mentales, más relacionados con la recaída y continuar el uso de drogas tras el tratamiento.

Lopez-Goñi et.al (2008), publicó un informe sobre Proyecto Hombre en Navarra, analizó las variables que inciden en el abandono dentro de los programas. Entrevistaron a 61 mujeres sobre los abandonos de los programas, encontraron que el 75.5% eran por limitaciones en los programas de tratamiento y el 39% era por el cansancio dentro de los grupos y el 34.4% era por el deseo de consumir nuevamente y el 49.2% era porque habían alcanzado sus objetivos personales, pero también abandonaban por malas relaciones con otras usuarias el 13.1%, el también por las malas relaciones con sus terapeutas el 19.7%.

Fernández Montalvo et al (2008) encontró diferencia entre las mujeres que habían abandonado el programa porque habían reducido conductas delincuenciales y porque habían mejorado en su salud.

El estudio de Sánchez Herbas al 2010, realizó estudios en varios centros ambulatorios de Valencia sobre los factores de abandono al tratamiento en personas adictas a la cocaína y que eran mujeres con historias de múltiple consumo, en la que analizamos que los factores de protección, las situaciones personales y las situaciones familiares pueden relacionarse con el éxito del tratamiento.

En la presente Investigación “Programa de Reinserción Social para mujeres Drogodependientes en Consulta Externa de un Hospital de Lima tenemos:

La muestra de estudio que prevaleció las edades es 36 a 45 años, como la más representativa de las usuarias drogodependencia, indicando que de manera tardía realizan tratamiento.

El nivel de riesgo de recaída predominante es el de “muy alto” en la muestra estudiada.

El alcohol como sustancia psicoactiva y adictiva es el predominante en la muestra estudiada.

De allí la importancia de aplicar un programa de reinserción social, como aprendizaje de estrategias de prevención frente al riesgo de recaída,

CONCLUSIONES

De la investigación realizada según la ficha sociodemográfica concluimos:

El tipo de droga adictiva consumida fue el alcohol de 6% en mujeres que asistieron al Programa de Reinserción Social en consulta externa de un hospital de Lima en el año 2017.

El grupo etario fue del 4% entre 36 a 45 años de mujeres que asistieron al Programa de Reinserción Social en consulta externa de un hospital de Lima en el año 2017.

El tiempo de consumo más alto es de 16 años en mujeres que asistieron al Programa de Reinserción Social en consulta externa de un hospital de Lima en el año 2017.

El grado de instrucción de mayor prevalencia es de secundaria completa y superior incompleta en mujeres que asistieron al Programa de Reinserción Social en consulta externa de un hospital de Lima en el año 2017.

El estado civil de soltera fue de mayor frecuencia en mujeres que asistieron al Programa de Reinserción Social en consulta externa de un hospital de Lima en el año 2017.

El soporte familiar es de padres y hermanos en mujeres que asistieron al Programa de Reinserción Social en consulta externa de un hospital de Lima en el año 2017.

RECOMENDACIONES

Como profesional de Trabajadora Social, corresponde difundir investigaciones sobre la problemática de la mujer drogodependiente y ampliar conocimientos científicos en estudiantes de Trabajo Social que realizan sus Prácticas Pre profesionales en el Hospital y brindar actualizaciones referentes al tema de promoción, prevención, tratamiento y seguimiento.

Realizar un trabajo multidisciplinario con el Equipo del Dpto. de Adicciones y continuar con las capacitaciones de Proyecto Grow

Desarrollar programas de tratamiento para mujeres con enfoque de género, eficaces, eficientes y oportunos para cada realidad, con un plan de tratamiento individualizado para pacientes que requieran hospitalización a mediano, corto y largo plazo.

Continuar con las investigaciones que permitan identificar los factores de recaída más frecuentes y así conocer con exactitud las acciones preventivas que debemos ejecutar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNODC Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito – 2013
“Informe Sobre La Salud En El Mundo”
2. DEVIDA Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas:”
Estrategias Nacionales de lucha contra las Drogas”
3. OMS Organización Mundial de Salud: Definición de Adicción: IAFA
4. UNODC Informe Mundial sobre Drogas 2014
5. DE VIDA 2016 III” Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de
Drogas en la Población Universitaria” –
6. IV Estudio Nacional: “Prevención y consumo de drogas “2012- Estudio
Nacional DE VIDA
7. Efrén Martínez, 2004 Psiquiatría – Artículo “Logoterapia en Memoria del
XXII Congreso Mundial de Comunidades” España
8. Covington 2007:” Mujeres y adicciones” Tratamiento y Servicio Sensible
al Género en entornos penitenciarios”
9. Sanéz Y (2002) “Aspectos psicosociales como Estigma en la Mujer Adulta”
10. Toscano (2002)” Mujeres drogas LEGALES E Ilegales Factores de Riesgo
y Consecuencias” Lima-Perú
11. Ramón (2001) “Reinserción Social de Usuaras de Drogas en
Rehabilitación Revisión Bibliográfica”
12. Restrepo A. (2000) “Inserción Social” Centro Italiano de Solidarita
13. Prochaska Di Clemente (1986)” Etapas del Modelo de Cambio, Trastornos
de Identidad con Problemas de Drogas”

14. Harry Pittman y otros (1983) “Factores de Riesgo y Factores Protectores del consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes”
15. García, A.Y L.Graña (1987) “Prevención de RECAIDA en drogodependencia”
16. Marlatt G.Y A Gordon (1985) Modelo de la Terapia de Prevención de Recaída
17. Marlatt y Gordon, 1985, Cortes 2005 “Recaída Etapas”
18. Graña 1994, Prochaska y Di Clemente, 2013” La Conducta Adictiva, Teoría Evolución y Tratamiento”
19. Gloria Litman 1983: “Instrumento para medir Conductas de Afrontamiento en Alcohólicos Hospitalizados para el Tratamiento de Prevención de Recaída”.
20. E León, Henike Jainchille y Melnick (2002)” La Comunidad Terapéutica y las Adicciones, Teoría, Modelos y Métodos “– Bilbao.
21. Rojas M. “Mujeres que Consumen Sustancias Psicoactiva en Lima” – CEDRO-
22. Zamora y Forceliedo 1996, Vacca 1997, “Las Adicciones a Sustancias y las Adicciones no Convencionales” Lima-Perú.
23. Campagna 1993 “Uso de Tabaco, Alcohol y Drogas ilícitas en Jóvenes de 13 a 35 años”
24. Bandura 1997 “Teoría de la Autoeficacia”.
25. Revista “Proyecto Hombre” – junio 2007 – España.
26. Gorki y Miller 1986 “Intervención Biopsicosocial para la prevención de la Recaída en Usuarios con Dependencia a Sustancias”.

27. Valles 2016 “Estudio de las mujeres Adictas”- Lima Sur.
28. Miguel Molla y María Rages (1997) “Prevención de Recaídas un Libro de Herramientas para personas en Recuperación”.
29. Becerra M.(1992) “Trabajo Social en Adicciones” Buenos Aires
30. Lopez-Goñi et al (2008) Revista” Proyecto Hombre” – Razones para el Abandono de Tratamiento en una Comunidad Terapéutica- Navarra-
31. Autores Varios (2001) “La Comunidad Terapéutica en la Red Asistencial, Objetivos y Estrategias-Sevilla-España.
32. M.F. Girón “Trastornos Adictivos 2007 – Validación de un Instrumento para la detección de Control de Impulsos y Adicciones”.
33. Sánchez-Hervas 2010: “Terapia conductual para adictos a la cocaína” Estudio en Valencia-España.
34. Becerra M. “Papel del Trabajo Social en las Adicciones”.

ANEXOS

ANEXO N°1

CUESTIONARIO DE RIESGO DE RECAÍDA AWARE 3.0

Lea las siguientes afirmaciones y en cada una encierre un número (de 1 a 7), con un círculo, para indicar cuan verdadero ha sido dicho enunciado para usted recientemente. Por favor, encierre un sólo un número por cada enunciado.

	Nunca	Pocas veces	A veces	Relativamente a menudo	A menudo	Casi siempre	Siempre
Me siento nerviosa o insegura de mis recursos para mantenerme libre de drogas.							
Tengo muchos problemas en mi vida Que afectan mi estado emocional.							
Tiendo a actuar impulsivamente.							
Soy reservada y me siento sola.							
Me enfoco mucho en un(as) áreas de mi vida).							
Me siento triste desanimada o deprimida.							
Me dedico a hacerme ilusiones sobre consumo.							
Los planes que hago tienen éxito							
Tengo dificultad para concentrarme y							

prefiero imaginar cómo podrían ser las cosas.							
Lo que suelo realizar no me sale bien.							
Me siento confundida sobre volver a consumir.							
Me irrito o molesto con mis amigas.							
Me siento enojada o frustrada.							
Tengo buenos hábitos alimenticios.							
Me siento atrapada y estancada, sin salida							
Tengo dificultad para dormir.							
Tengo largos periodos de tristeza intensa.							
Me da igual, suceda lo que suceda.							
Siento que las cosas están tan mal que podría consumir drogas.							
Soy capaz de pensar con claridad.							
Siento lástima de mí misma.							
Pienso reiteradamente en consumir drogas.							
Miento a otras personas.							
Me siento insegura y llena de esperanza.							
Me siento enojada con el mundo en general.							
Estoy haciendo lo posible para mantenerme abstinencia.							
Me temo que estoy perdiendo la razón.							
Estoy consumiendo o tengo deseo de							

consumir drogas sin control.							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

ANEXO N°2

FICHA DE SOCIO DEMOGRÁFICA

Las respuestas y datos que usted proporcione en esta ficha, serán completamente confidenciales y anónimas, sólo se usarán para el propósito de una investigación. Por favor, conteste las preguntas con la mayor sinceridad posible:

1. Edad: 18 a 25 años ☐ 26 a 35 años ☐ 36 a 45 años ☐ 46 a 60 años ☐ Más de 61 años ☐
2. Sexo: M ☐ F ☐
3. Grado de instrucción: Primaria Incompleta ☐ Primaria Completa ☐
 Secundaria Incompleta ☐ Secundaria Completa ☐ Superior Incompleta ☐
 Superior Completa ☐ Superior Post Grado ☐ Estado civil: Soltero ☐ Casado ☐
 Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Conviviente ☐
4. Vive actualmente con: Solo ☐ Padre(s) ☐ Padres y hermanos ☐ Hermanos ☐
 Pareja ☐ Pareja e hijo(s) ☐ Sólo Hijos ☐ Otros Familiares y/o personas ☐
5. Ocupación: _____
6. Droga de inicio: _____
7. ¿Qué tipo de drogas legales o ilegales consume? (puede marcar más de una):
 Alcohol ☐ Tabaco ☐ Marihuana ☐ Cocaína ☐ PBC ☐ Mixtos (PBC + Marihuana) ☐ Bombos o turco (cocaína + marihuana) ☐ Inhalantes ☐
 Tranquilizantes ☐ Alucinógenos (LSD, Ayahuasca, etc.) ☐ Anfetaminas ☐

Éxtasis ☐ Ketamina ☐ Heroína ☐ Otras drogas, especifique:

8. Droga (s) adictiva (s) problemas (s): _____

9. Tiempo de consumo (señalar el tiempo de la adicción principal):

Menos de 2 años ☐ b. 2 a 5 años ☐ c. 6 a 10 años ☐ d. 11 a 15 años ☐ e. Más de 16 años ☐

10. Tratamientos previos por adicciones: SI ☐ NO ☐

11. Intentos de dejar la droga problema: Nunca ☐ 1 vez ☐ 2 vez ☐ Más de 3 veces ☐

12. Tiempo máximo de abstinencia: _____

13. Antecedentes policiales: SI ☐ NO ☐

14. Tiempo de internamiento en la Comunidad Terapéutica: 1 y 59 días ☐ 2 a 4 meses ☐ 5 a 6 meses ☐ 7 a 9 meses ☐ 10 a 12 meses ☐ Mas de 12 meses ☐

15. Nombre de la Comunidad Terapéutica:

SESIONES DE LA FASE DE INTEGRACIÓN

PRIMERA SESIÓN: PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA

OBJETIVO: Evaluar las expectativas que el grupo trae con respecto al programa

Contenido: Contextualizar el programa, explicar los objetivos y su metodología de trabajo.

Expectativas: Que esperan del programa.

Dinámicas: Grupales

PREVENCIÓN DE RECAÍDA

GRUPO N° :

NOMBRE DEL GRUPO :

TEMA: Realizar un listado de los motivos que le han motivado a abandonar el consumo de las drogas:

.....
.....
.....

SEGUNDA SESIÓN: IDENTIFICACIÓN DE DIFICULTADES

DINÁMICA: La tienda

PREVENCIÓN DE RECAÍDA:

- Identificación de dificultades
- Se revisa la Tarea: Listado con los motivos que te llevaron al abandono del consumo de drogas.

OBJETIVO:

- Identificar las dificultades que tiene la usuaria para mantenerse abstinente:
Elabore un listado.

EJERCICIO: El grupo elabora el listado de dificultades, basándose en lo siguiente:

- Lo que tiene en la actualidad
- Lo que ha tenido (recaídas anteriores)
- Lo que piensa que puede tener en un futuro

TAREA: Cada una deberá ordenar sus dificultades como: familia, trabajo, amigos

TERCERA SESIÓN: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL DESEO DE CONSUMO

OBJETIVO: Proporcionar a la usuaria estrategias de afrontamiento ante el deseo de consumo.

CONTENIDO: Estrategias de afrontamiento ante el “deseo de consumo”

¿Qué hacer cuando empieza a notar respuestas fisiológicas implicadas en el deseo de consumo?

EJERCICIO DE LA SESION:

- Consecuencias negativas del consumo
- Consecuencias positivas de la abstinencia

PREVENCION DE RECAIDA

GRUPO N° :

NOMBRE DEL GRUPO :

Hacer un listado con las consecuencias negativas que ha tenido el consumo:

.....
.....

Hacer un listado con las consecuencias positivas que tiene para ti la abstinencia:

.....
.....

ANEXO N° 4

SESIONES DE LA FASE DE CRISTALIZACIÓN

SEGUNDA SESION: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

ANTE ESTIMULOS EXTERNOS

OBJETIVO: Proporcionar estrategias de control, evitación y escape ante estímulos de alto riesgo

Contenido: Estrategias de afrontamiento ante estímulos externos

- Evitación: no exponerse a situaciones de riesgo.
- Escape: estar expuesto a situaciones de alto riesgo y huir de ello.
- Control de estímulo: modificar la situación de riesgo.

TAREA PARA LA CASA: Realizar un listado personal de situaciones de alto riesgo, usando como estrategia la evitación, escape y control de estímulo.

PREVENCION DE RECAÍDA

GRUPO N° :

NOMBRE DEL GRUPO :

Realizar un listado de situaciones de riesgo y frente a cada situación de riesgo escriba

Que haces o harías :

Elegir una de estas situaciones de alto riesgo con sus alternativas y analizar las consecuencias positivas y negativas.

1. SITUACIONES DE RIESGO

.....

2. COMO LO AFRONTO

.....

TERCERA SESION: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE LA PRESION GRUPAL

OBJETIVO: Identificar situaciones de presión grupal para el consumo de drogas

CONTENIDO

- Identificar situaciones de presión grupal
- Tener estrategias de rechazo ante situaciones de presión grupal como: Escuchar, decir “no”

EJERCICIO: Ensayo de la conducta

- Elegir una situación de presión grupal y ver como cada una va rechazando situaciones de riesgo
- Feed back

TAREA PARA LA CASA

PREVENCION DE RECAIDA

GRUPO N° :

NOMBRE DEL GRUPO :

Escribir a modo de guion cinematográfico varias situaciones en la que puedan ofrecerte droga o que te hayan ofrecido droga.

ANEXO N° 5

SESIONES DE LA FASE DE SEGUIMIENTO

PRIMERA SESION: IDENTIFICACIÓN Y CONTROL DE UN PROCESO DE RECAÍDA

SESION 1: EL PROCESO DE RECAÍDA

OBJETIVO: Conocer la diferencia entre Recaída y desliz.

Entender la Recaída como un proceso

CONTENIDO: Definición de recaída

Definición de consumo: Desliz

El proceso de recaída.

EJERCICIO EN LA SESION: El edificio

PREVENCION DE RECAIDA

EJEMPLO DE EDIFICIO

El proceso de recaída lo ejemplificamos como un edificio de 10 pisos, la última planta representa la abstinencia, y conforme se va bajando se pueden equiparar los diferentes pasos que se identifica el proceso de recaída, hasta alcanzar el primer piso donde se habrá completado el Proceso de recaída en su totalidad.

SEGUNDA SESION: ANALISIS DEL PROCESO DE RECAÍDA

OBJETIVO: Aprender a analizar sus propias recaídas

CONTENIDO: Análisis de ejemplos de proceso de recaída con o sin consumo, reales, presentes o pasados.

Estrategias de afrontamiento

EJERCICIO :

Se pide a un voluntario analizar su proceso de recaída, presente o pasado

Se anotará en la pizarra paso a paso el proceso

TAREA PARA LA CASA

PREVENCION DE RECAIDA

GRUPO :

NOMBRE DEL GRUPO :

Realizar un escrito donde expresas que harás tu para evitar el primer consumo en el caso que iniciaras un proceso de recaída.

.....

.....

.....

.....

ANEXO N° 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Magdalena del Mar, de 20

DNI.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO A LA FAMILIA

Yo..... familiar o apoderado
.....con DNI
..... domiciliada en
.....declaro tener conocimiento de las
características del Programa de Reinserción Social y acepto voluntariamente
participar ambulatoriamente del Programa y me comprometo a seguir las
indicaciones médicas y del Programa, colaborando con todo lo necesario.

Magdalena del Mar, de 20

.....

Firma

.....

DNI

ANEXO N° 8

CONTRATO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDA

YO.....

identificada con DNI.....domicilio.....

En pleno uso de mis facultades y sin ningún tipo de presión acepto ingresar
voluntariamente a la Fase de Reinserción Social y acepto que:

- Dispongo y conozco las herramientas para la prevenir mi recaída
- Asistir a todas las sesiones de esta etapa de Reinserción Social
- Contar con mi red de soporte: Familia, trabajo, estudios, área espiritual

Dado en:

Usuaría

Terapeuta

Familia

ANEXO N° 9

HISTORIA SOCIAL

Nº H/C :

FECHA :

INGRESO :

REINGRESO :

I. DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos :

Edad :

Fecha de nacimiento :

Lugar de nacimiento :

Estado civil.....

Religión.....

Domicilio.....

II. RESPONSABLE DEL PACIENTE

Nombre y Apellidos

.....

Domicilio

.....

Ocupación.....

Teléfono.....

III. MOTIVO DE CONSULTA

.....

IV. COMPOSICION FAMILIAR

Nombres y Apellido s	Sex o	Eda d	Estad o Civil	Grado de Instrucció n	Ocupació n	SI S	Essalu d	Otro s

4.1 Tipo de familia: Nuclear ☐ Incompleta ☐ Monoparental ☐ Extendida ☐

Adoptiva ☐

4.2 Dinámica Familiar

.....
.....
.....
.....
.....

V. GENOGRAMA FAMILIAR

--

VI. SITUACION SOCIOECONÓMICA DE LA FAMILIA

Nombre y Apellidos	Actividad	Lugar de trabajo	Ingresos económicos

VII. VIVIENDA

- Tipo de vivienda: Independiente () Edificio () Solar () Callejón () Invasión ()
- Tenencia: Propia () Alquilada () Por herencia () Venta () Alojado () sin vivienda ()

VIII. CALIFICACION ECONÓMICA

()

SEGURO INTEGRAL DE SALUD	0
SEGURO SOCIAL	0
OTROS SEGUROS	0

IX. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

.....

.....

.....

.....

Firma

ANEXO N° 10

VISITA DOMICILIARIA

N° H/C :

I. DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos:

Edad :

Domicilio:

Teléfono:

II. MOTIVO

- Violencia Familiar () Dinámica Familiar ()
- Abandono del tratamiento () Informe social ()
- Precisar Diagnóstico Social () Seguimiento del tratamiento ()

III. OBJETIVO

- Evaluación Social ()
- Orientación y/o consejería social ()
- Promover actitudes y estilos saludables ()
- Coordinaciones con organizaciones de la comunidad ()

IV. INFORME DE LA VISITA

.....

.....

.....

V. RESULTADOS DE LA VISITA DOMICILIARIA

.....

Fecha :

Hora :

.....

Firma