



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FACTORES DE RIESGO SOCIO  
PERSONALES Y FAMILIARES EN MUJERES  
CON DIAGNÓSTICO DE CONSUMO DE  
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE UN  
CENTRO COMUNITARIO DE AREQUIPA,  
ATENDIDAS DEL 2016-2018

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

LENY KAREN SALAS SUMINA

LIMA - PERÚ

2019



**MIEMBROS DEL JURADO**

Dr. Carlos López Villavicencio

**Presidente**

Mg. Geraldine Salazar Vargas

**Vocal**

Dra. Elizabeth Dany Araujo Robles

**Secretaria**

**ASESOR DE TRABAJO ACADÉMICO**

*Dr. Carlos López Villavicencio*

## **DEDICATORIA**

*A Dios y mis padres, al primero por iluminarme siempre y a mis padres Hernán Salas y Luzmila Sumina, por su apoyo moral constante, por no dejar que me rinda a pesar de las dificultades y por su amor incondicional, en todos los años de mi vida.*

## **AGRADECIMIENTO**

Mi agradecimiento a mi Asesor, a la Facultad de Psicología y a la Universidad Peruana Cayetano Heredia, a la plana docente que nos compartió sus enseñanzas y experiencias durante los años de la especialidad en Adicciones con enfoque de Género.

A su vez gratitud especial para los profesionales que colaboraron con sus datos así como el agradecimiento para los encargados que permitieron el acceso a los usuarios lo que contribuyó a la presente investigación; brindando las facilidades del caso.

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>3</b>
<b>1.2. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA.....</b>	<b>8</b>
<b>1.3. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>10</b>
<b>1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1. REVISIÓN TEÓRICA DE LAS VARIABLES.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1.1. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LA ATENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD MENTAL.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1.2. CRITERIOS DE GRADO DE DESARROLLO DEL MODELO COMUNITARIO EN LAS REDES DE SALUD MENTAL.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1.3. CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1.3.1. CARACTERÍSTICAS:.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1.3.6. PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CONSUMO DE ALCOHOL.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1.3.7. FACTORES PROTECTORES.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1.4. ROLES DE GÉNERO.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1.5. DEFINICIÓN DE MUJER.....</b>	<b>19</b>
<b>2.1.6. EL CONTEXTO DE LA PROBLEMÁTICA.....</b>	<b>19</b>
<b>2.1.7. LOS PARTICIPANTES DE LA PROBLEMÁTICA.....</b>	<b>22</b>
<b>2.1.8. REDES DE APOYO.....</b>	<b>23</b>
<b>2.1.9. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CONSUMO.....</b>	<b>24</b>
<b>2.1.9.1. FACTORES PERSONALES.....</b>	<b>25</b>
• La edad.....	25
• Sexo.....	26
<b>2.1.9.2. FACTORES FAMILIARES.....</b>	<b>28</b>
- La familia.....	28
- Estructura y composición familiar.....	28
- Estatus socioeconómico familiar.....	29
- Dinámica familiar.....	29
- El papel de la familia en la construcción de una sana dinámica familia.....	31
<b>2.1.9.3. FACTORES SOCIALES.....</b>	<b>31</b>
- El grupo de amigos.....	31
- Las actividades de ocio.....	32
<b>2.1.10. ALCOHOLISMO.....</b>	<b>32</b>
<b>2.1.10.1. SÍNTOMAS.....</b>	<b>34</b>
<b>2.1.10.2. SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA.....</b>	<b>35</b>
<b>2.1.11. DROGADICCIÓN.....</b>	<b>37</b>
<b>2.1.11.1. ¿QUÉ ES UNA DROGA Y QUÉ ES DEPENDENCIA?.....</b>	<b>38</b>
<b>2.1.11.2. TIPOS DE DROGODEPENDENCIA SEGÚN EL TIPO DE SUSTANCIA CONSUMIDA.....</b>	<b>38</b>
• PSICOLÉPTICOS O DEPRESORES.....	39

• PSICOANALÉPTICOS O EXCITADORES.....	40
• PSICODISLÉPTICOS O PERTURBADORES.....	40
<b>2.1.11.3. TIPOS DE DROGADICCIÓN SEGÚN EL TIPO DE DEPENDENCIA.....</b>	<b>41</b>
• Situaciones de abuso de sustancias.....	43
<b>2.2. ANTECEDENTES.....</b>	<b>45</b>
<b>2.2.1. A NIVEL INTERNACIONAL.....</b>	<b>45</b>
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....</b>	<b>50</b>
<b>3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>50</b>
<b>3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>50</b>
<b>3.1.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>50</b>
<b>3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....</b>	<b>50</b>
<b>3.2.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.....</b>	<b>51</b>
<b>3.2.2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA Y MÉTODO DE MUESTREO.....</b>	<b>52</b>
<b>3.2.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS.....</b>	<b>52</b>
<b>3.3. VARIABLES.....</b>	<b>53</b>
<b>3.3.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.....</b>	<b>53</b>
<b>3.3.1.1. Factores familiares.....</b>	<b>53</b>
<b>3.3.1.2. Factores sociales.....</b>	<b>53</b>
<b>3.3.1.3. Factores personales.....</b>	<b>54</b>
<b>3.3.1.4. Consumo de sustancias psicoactivas.....</b>	<b>54</b>
<b>3.4. MÉTODO E INSTRUMENTOS.....</b>	<b>58</b>
<b>3.4.1. Ficha socioeconómica.....</b>	<b>58</b>
<b>3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....</b>	<b>60</b>
<b>3.6. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.....</b>	<b>61</b>
<b>3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....</b>	<b>61</b>
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....</b>	<b>62</b>
• Factores Personales en mujeres con diagnóstico de Sustancias Psicoactivas de un centro comunitario de Arequipa, atendidas del 2016-2018.....	73
• Factores Familiares en mujeres con diagnóstico de Sustancias Psicoactivas de un centro comunitario de Arequipa, atendidas del 2016-2018.....	80
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>87</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>93</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>95</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>104</b>

## RESUMEN

La presente investigación hace un estudio de los factores de riesgo en mujeres con diagnóstico de consumo de sustancias, las cuales fueron atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario “San Martín de Porres” durante el 2016 al 2018, se revisó las historias clínicas de estas usuarias de acuerdo a los relatos en el documento y se tomó en cuenta los factores personales, sociales y familiares de estas usuarias, características reflejadas en las fichas socioeconómicas aplicadas por la Trabajadora Social como parte del equipo multidisciplinario de la atención del Centro Comunitario.

De acuerdo los estudios realizados, bien se sabe que el consumo de sustancias en mujeres se ha convertido en un fenómeno que afecta la salud pública que repercute a miles de mujeres en todo el mundo y por ende nuestro país no es ajeno a esta problemática mucho menos nuestra ciudad de Arequipa, donde a partir de la creación e implementación de Centros Comunitarios de Salud Mental, se ha atendido casos con estas morbilidades y en distintas etapas de vida, atendiendo también a las mujeres con esta morbilidad.

En el presente estudio se ha determinado los factores de riesgo a nivel personal, familiar y social que están presentes en las mujeres.

**PALABRAS CLAVE:** Mujeres, Consumo de sustancias psicoactivas, factores de riesgo

## **ABSTRACT**

The present investigation makes a study of the risk factors in women with a diagnosis of substance use, who were treated at the “San Martín de Porres” Community Mental Health Center during 2016 to 2018, the clinical histories of these women were reviewed. Users according to the reports in the document and the personal, social and family factors of these users were taken into account, characteristics reflected in the socioeconomic records applied by the Social Worker as part of the multidisciplinary care team of the Community Center.

According to the studies carried out, it is well known that the consumption of substances in women has become a phenomenon that affects public health that affects thousands of women throughout the world and therefore our country is no stranger to this problem, much less our city of Arequipa, where from the creation and implementation of Community Mental Health Centers, cases with these morbidities and in different stages of life have been attended, also attending to women with this morbidity.

In the present study, the risk factors at a personal, family and social level that are present in women have been determined

Keywords: Women, Consumptions of psychoactive substances, risk factors

## CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Según Páscale, (2005) refiere que el consumo de sustancias se ha convertido en una problemática social que se viene arraigando desde años atrás que en la actualidad adquirió importancia y preocupación a su vez por las autoridades y organismos responsables a nivel nacional e internacional. Además, indica que entre las sustancias que mayor consumo tiene se encuentran las drogas, el alcohol, entre otras sustancias que conlleva a generar dependencia en las personas y generar abusos de su consumo.

Por lo tanto, el consumo de sustancias como el uso problemático de drogas debido que su consumo conlleva a consecuencias comúnmente negativos, repercutiendo negativamente a nivel personal, psicofísica, académico, familiar, laboral e inclusive legal, por lo el consumo de sustancias como la droga es cataloga como un fenómeno y problemática de salud pública compleja y multifactorial, considerando que el consumo de esta sustancia no solo depende de un determinantes sino que implica múltiples causas que hace que un individuo decida hacerlo constituyendo un fenómeno compleja que asume una dirección ascendente con consecuencias negativas.

Así pues, hace años anteriores el consumo de sustancias por mujeres no fue estudiado como un fenómeno social, que desde la década de los 80 tuvo sus inicios donde el consumo de sustancias por mujeres cobró relevancia ya que se observó la necesidad de ser estudiado a profundidad y conocer los factores asociados a la misma. Dado, que estudios evidencian que el consumo de sustancias por parte de las mujeres ha ido en aumento rompiendo con estereotipos de que solo los varones consumen tales sustancias, ya que es común observar que

las parejas consumen sustancias que conlleva a la violencia doméstica, maltratos e inclusive abuso de menores y adolescente, entre otros. Al respecto, Pascale (2005) menciona que a pesar que existe conocimiento mayor acerca de la manera de consumo de sustancias por la población femenina, persiste la percepción de la población “mujer adicta” como un fenómeno nuevo trayendo consigo consecuencias para la sociedad afectando a su mismo entorno. Siendo mayor las consecuencias en aquellas situaciones donde la mujer no recibe intervención oportuna, ya que no piden apoyo en caso de que lo hagan lo realiza de manera tardía. Estudios a nivel internacional demuestran que el consumo de sustancias psicoactivas en la población femenina se relaciona con riesgo mayor a diferencia de los varones y son vulnerables a distintas enfermedades. A su vez hay mayor riesgo de que se presenten casos de embarazo no deseado.

## **1.1. IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Según Díaz (2012), el consumo de sustancias en la población (bebidas alcohólicas, drogas, tabaco), es observado como un problema epidemiológico, debido a su gran trascendencia en la salud de los individuos, siendo así un fenómeno que afecta a la población a nivel global. Es por ello, que algunas autoridades reconocen dicho problema de gran impacto y han establecido algunos lineamientos de acción para la disminución del consumo, es así que, de acuerdo a los informes de la Organización Mundial de la Salud, señalan que el problema de consumo de drogas y alcohol en la población, que hoy en día incrementa las cifras de consumo a edades tempranas como los 12 años, además de que son consumistas de sustancias ilegales (marihuana, cocaína entre otras).

Es así que este problema de consumo en la mujer se acrecienta cada vez más, aunque se haya visto que dicho problema es más visible en la población masculina.

También la autora señala que es muy preocupante la tendencia al incremento del consumo que tienen las mujeres principalmente del alcohol y tabaco, es por eso que constituye una preocupación social, por lo que constituye una investigación que puede servir de base para tratar este fenómeno, en lo referente a la prevención y promoción de pautas de cuidado en estos temas.

También la autora señala que al existir un riesgo de consumo en edades tempranas y que este se incremente en las mujeres, ya hablamos de factores de

riesgo por lo que no es un hecho aislado, sino es influenciado por dichos factores como el ambiente familiar, social y también el aspecto individual.

En el ambiente familiar, se analiza que la estructura familiar como el caso de un antecedente parental del consumo de sustancias psicoactivas y otros al ser como una práctica de crianza parental, por lo tanto, el aspecto familiar es considerado como un determinante para que el problema se presente desde edades tempranas o en la adolescencia.

Otra característica para el consumo de sustancias ilegales o legales tenemos a las familias que presentan un solo progenitor cuidador, o que tengan problemas de separación o divorcio de los mismos.

Para ello también existe un análisis de la estructura familiar para predecir el riesgo de consumo en los hijos, el entorno de la familia, la cohesión familiar y ruptura de relaciones entre padre e hijo, entre otros.

Todo ello tiene repercusiones en el comportamiento individual de los hijos, tal como Becoña (2002) menciona que la familia asume un rol importante en la educación y desarrollo integral de los integrantes del grupo familiar, entre uno de las funciones que tiene la familia es la socialización, por lo que es considerado como uno de los determinantes de riesgo dado que puede incidir en el consumo o no consumo de sustancias.

Así mismo el autor señala que entre los determinantes personales se encuentran mujeres que presentan el consumo, encontramos casos de baja autoestima, baja competencia social en relación al grupo de pares, bajo rendimiento académico, escasas habilidades sociales, además de síntomas de

depresión, ansiedad, tristeza y llanto, también pensamientos suicidas y de irritación.

Dentro de los factores sociales, existe también el ambiente o entorno que rodea a estas familias o individuos, en el sentido de que tengan un fácil acceso para adquirir dichas drogas, (cantinas, bares por el domicilio, centro educativo o trabajo), el grupo de amigos o pares que también consumen de forma regular, constituyen un riesgo para que estas mujeres no puedan salir del problema.

De esta manera existirá una exposición al consumo continuo por parte de esta población vulnerable.

Según la Dirección de promoción de la salud y la estrategia sanitaria de salud mental (2005), dentro de los lineamientos que deben seguir las políticas de salud mental recomendadas por la Organización Mundial de la Salud, indican que “se debe determinar la cobertura de los grupos vulnerables, es decir estas políticas deben priorizar hacia las necesidades especiales de salud mental que consideren poblaciones vulnerables como: niños, ancianos, mujeres víctimas de violencia y poblaciones vulnerables y aislados por violencia política”.

Además, cabe resaltar que las políticas tienen el deber de priorizar a las poblaciones que se encuentran vulnerables y de riesgo no solo a nivel económico, físico sino también a nivel de su salud mental en situaciones de suicidio o lo que presenta patologías mentales como es esquizofrenia, depresión o dependencias en el consumo de sustancias.

Por otro lado, las políticas respecto a la salud emocional y mental deben establecer acciones o intervenciones no sólo abordando el consumo de sustancias sino también el manejo de drogas u otras sustancias ilegales dado que los trastornos en cuanto a la salud mental se relacionan con el abuso de sustancias. Cada vez, más mujeres consumen algún tipo de droga, asimismo es importante resaltar acciones con relación a la prevención de consumo de sustancias, tal es así que en años anteriores estas cifras tuvieron un incremento considerable, lo que significa que el consumo de sustancias por la población femenina asume una dirección ascendente.

Cada vez más mujeres consumen algún tipo de droga, además la edad de inicio de consumo se ha reducido, a comparación de la década anterior, así lo revela un estudio de Formas, el impacto de consumo de drogas en las mujeres, ello presentado por el Centro de Información y Educación Para la Prevención del Consumo de Drogas- CEDRO. Dicho estudio fue reportado bajo una muestra de 2.991 de población femenina que consumen sustancias como la droga en Lima y Callao, asistidas en CEDRO durante los años 2000 al 2015.

Según la Organización Mundial de la Salud (2001) expone que anualmente existe más de 1 millón de individuos que toman la decisión de suicidarse y entre 10 y 20 millones de personas manifestaron que inventario suicidarse.

En ese entender de acuerdo a estos lineamientos se aprobó por Resolución Ministerial N° 356-2018/MINSA, el “Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018–2021” (2018), que tiene como proyección implementar más de 281 centros comunitarios de salud mental que se localizan en diversas regiones del Perú.

Dentro de los cuales se encuentra el Centro de Salud Mental Comunitario “San Martín de Porres” en el Distrito de Cerro Colorado el cual se articula diversos establecimientos y redes de salud, asimismo de hospitales aledaños y cercanos, así como actores asociados que busquen la promoción de participación comunitaria.

Según Herrera (2007), indica que, “el establecimiento de Salud Mental es una institución de salud ambulatoria, diferenciada y que brinda atención especializada para resolver trastornos y problemas mentales de mediana a alta complejidad.”

Así mismo el autor refiere que dicho centro no solo está orientado a la atención de síntomas sino a la atención integral lo cual incluye la prevención, tratamiento y rehabilitación e integración social, lo cual también incluye redes de salud y redes comunitarias, así como un trabajo en equipo que dentro de los cuales están el equipo profesional (psiquiatría, psicología, enfermería, Trabajador Social, etc.), usuarios, familiares y redes de la comunidad.

También el Centro de Salud Mental Comunitario ofrece servicios en cuatro distintas unidades: Niño y Adolescente, Adulto y Adulto Mayor, Adicciones y Participación Social y Comunitaria.

Siendo la población usuaria de este estudio la que acude a la unidad de adicciones, desde los 12 años de edad, con el consentimiento de los padres, población adulta y adulta mayor, y dentro de las cuales se encuentran mujeres de estas tres etapas de vida mencionadas y de todos los estratos socioeconómicos y con diagnóstico de dependencia al alcohol o múltiples sustancias, abuso de alcohol, entre otros.

El Instituto nacional de salud (2018) menciona que “8.4 millones de mujeres (o el 6.6 %) de 18 años o más han usado medicamentos recetados en forma indebida desde ese año.” (NIH, 2018).

Teniendo presente, todo lo mencionado anteriormente y la identificación del problema sobre el consumo de sustancias psicoactivas en mujeres se plantea lo siguiente: ¿Cuáles son los Factores Socio Personales y Familiares en mujeres con diagnóstico de consumo de Sustancias Psicoactivas de un centro comunitario de Arequipa, atendidas del 2016-2018?

## **1.2. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA**

El consumo de sustancias psicoactivas cobra relevancia mayor por qué es catalogado como un fenómeno de salud, dado que las cifras evidencian que esta problemática asume dirección ascendente y es más prevalente, además de que genera a consecuencias graves en la salud integral de los individuos y grupos vulnerables como son las mujeres. Sin embargo, también afecta otras esferas como el ámbito familiar, social, laboral, etc.

En ese entender la autora define que los grupos considerados vulnerables en cuanto al consumo de sustancias en la población femenina y adolescente, dado que, por su condición física y social, así mismo por ser víctimas de violencia en su hogar, centro laboral o de estudios, lo que está asociado al consumo mayor de sustancias por las mujeres.

Por otra parte, la autora señala que el consumo de sustancias presenta diferentes determinantes que inciden de forma importante en dicho consumo como son: la edad, el género, la violencia familiar entre otros.

También refiere que el consumo de sustancias posee efectos en su salud física, social o ambos, siendo en la salud física, la tolerancia o dependencia aspectos que dependen de la clase de sustancias, el tiempo y la clase de sustancia que consumen.

Por otro lado, esta propensa a sufrir violencia o discriminación a nivel familiar, de su entorno laboral, académico o vecinal.

A su vez la autora hace hincapié en los factores que generan dicho consumo en las mujeres, como son los sociodemográficos dentro de los cuales comprende la edad, nivel socioeconómico, estado civil, ingresos bajos, entre los determinantes psicosociales se encuentra la depresión, violencia familiar, en el ámbito laboral, ocupación o empleo, seguridad laboral que de alguna forma inciden en el consumo de las sustancias.

Se menciona que es un hecho que las adicciones y en general el consumo de sustancias ha sido abordado históricamente desde la mirada machista, ya sea a nivel de investigaciones o tratamiento, entonces dicha focalización, aunque no haya negado tampoco que exista esta problemática en el género femenino, es que en otros ámbitos donde no se ha hecho visible.

En ese sentido, dicha investigación en primer lugar es útil porque abordará la problemática desde el enfoque de género, debido a que en las mujeres el consumo es diferente en formas, causas y efectos y estigmatización social que ello conlleva.

Así mismo la autora señala que este tipo de investigación nos hace comprender que como ya se ha hecho referencia en un párrafo anterior la

tipificación de conductas y la motivación, donde predominan factores traumáticos como la violencia, exceso de responsabilidades entre otros.

Dicha investigación fue un aporte para futuras intervenciones en la problemática a nivel de tratamiento o adaptaciones terapéuticas que tendrán en cuenta las particularidades femeninas y también una intervención que contemple si la identidad sexual es un factor que el tratamiento tenga o no éxito.

Este tipo de investigaciones nos hicieron comprender un aspecto socio estructural, es decir, se analizó el consumo en relación a la dominación que tengan por parte del género masculino, en las que están la situación económica, laboral, la carga familiar, el apoyo de la pareja, o de la familia.

Finalmente, la investigación nos permitió conocer la importancia del apoyo familiar, como factor que influye en consumo de sustancias psicoactivas y que debe ser tomado en cuenta para el tratamiento o rehabilitación del paciente, para ello se intervendrá en la familia, conformándose también grupos de familiares dentro del tratamiento y siendo así la familia fundamental en el proceso de recuperación.

### **1.3. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

- No existe testimonio hablado, al no existir el testimonio hablado, existe dificultad de observar a la persona y obtener sus percepciones.
- El tiempo necesario para aplicar una encuesta de manera más personalizada.

## **1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL**

- Determinar los Factores de riesgo Socio Personales y Familiares en mujeres con diagnóstico de consumo de Sustancias Psicoactivas de un centro comunitario de Arequipa, atendidas del 2016-2018.

### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir los factores de riesgo Sociales: edad, estado civil, ocupación, condición laboral, los roles de género en mujeres, religión con diagnóstico de consumo de Sustancias Psicoactivas de un centro comunitario de Arequipa, atendidas del 2016-2018.
- Identificar los factores de riesgo personales: Consumo de Tabaco, Consumo de Alcohol, Consumo de Drogas, en mujeres con diagnóstico de consumo de Sustancias Psicoactivas de un centro comunitario de Arequipa, atendidas del 2016-2018.
- Describir los factores de riesgo familiares: dinámica familiar, tipo de familia, composición familiar, en mujeres con diagnóstico de consumo de Sustancias Psicoactivas de un centro comunitario de Arequipa, atendidas del 2016-2018.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. REVISIÓN TEÓRICA DE LAS VARIABLES**

#### **2.1.1. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LA ATENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD MENTAL**

Según Herrera, V. (2015), muestra, algunas características de la atención comunitaria en salud mental:

- Brindar asistencia a una serie de fenómenos asociados a la salud mental.
- Atender en jurisdicción territorial peruana y poblaciones determinadas.
- Con indicadores patológicos y de planificación, determinando criterios de atención.
- Disposición sobre la autonomía y el mejoramiento en cuanto al funcionamiento y no solo a los síntomas.
- Integralidad: incluyendo prevención, tratamiento, rehabilitación e integración social.
- Trabajo colaborativo y equipo entre los actores, profesionales y equipamientos de salud y todos los actores.

#### **2.1.2. CRITERIOS DE GRADO DE DESARROLLO DEL MODELO COMUNITARIO EN LAS REDES DE SALUD MENTAL**

Así mismo, la autora señala los siguientes criterios:

- Diseño de redes basados fundamentalmente en aparatos comunitarios.
- Ofrecer atenciones clínicas integrales.
- Intervenir acerca de las variables causales respecto a la discapacidad.

- Atender los requerimientos básicos de la vida cotidiana de este grupo poblacional están satisfechos.
- Garantizar cuidados constantes y realizar coordinaciones para asistir los requerimientos psicosociales de los usuarios/as.
- Promover la integración de redes de apoyo entre familiares y usuarios.
- Promover redes de apoyos comunitarios.

### 2.1.3. CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO

De la misma manera, la autora nos refiere que el Centro de Salud Mental Comunitario alude al centro o establecimiento diferenciados orientado atender y brindar asistencia específicamente a los casos de trastornos mentales y problemas relacionados a la mente sea este de baja, medio o alta complejidad y sobre todo brindar atenciones primarias, tal como se muestra en la siguiente figura: .

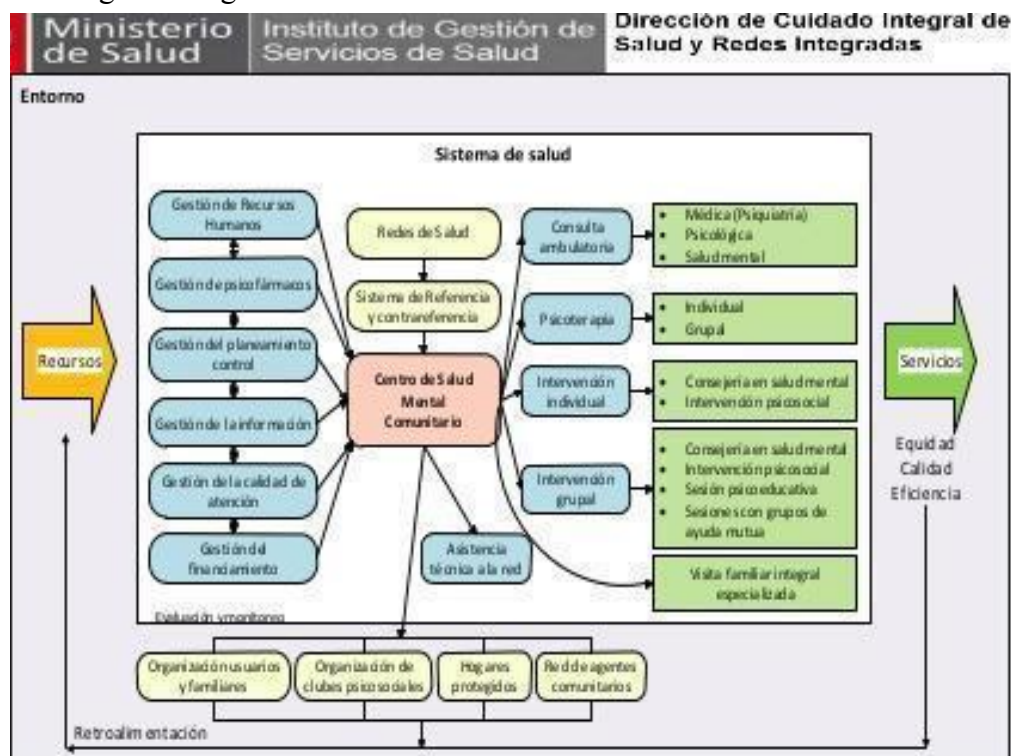


Figura 1: Sistema de salud

### **2.1.3.1. CARACTERÍSTICAS:**

- Prestar atenciones especializadas en la totalidad de las fases de vida y brindar soporte con los equipamientos multidisciplinario
- Sitúa un conjunto de carteras de servicios especializados y de manera integral con enfoques comunitarios.
- Crea relaciones e interacciones acerca de los procesos de referencia y contrarreferencia sobre la salud mental.
- Integrar redes para prestar servicios adecuados de salud
- Comprende el enfoque territorial.

### **2.1.3.2. FUNCIONES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO**

- Ejecutar de manera efectiva y organizada el proceso de atención especializada en salud mental de mediana complejidad, considerándose así el abordaje comunitario a través de programas terapéuticos comunitarios, en un determinado ámbito territorial.
- Fortalecer capacidades de los equipos básicos de salud mental, buscando que el trabajo sea efectivo y conllevar a espacios que toman en cuenta el desarrollo y formación de recursos humanos.
- Fortalecer la articulación sectorial y comunitaria para las acciones en salud mental.
- Organización, coordinación de acciones y actividades con los programas sociales de apoyo comunitario.

### **2.1.3.3. CARTERA DE SERVICIOS**

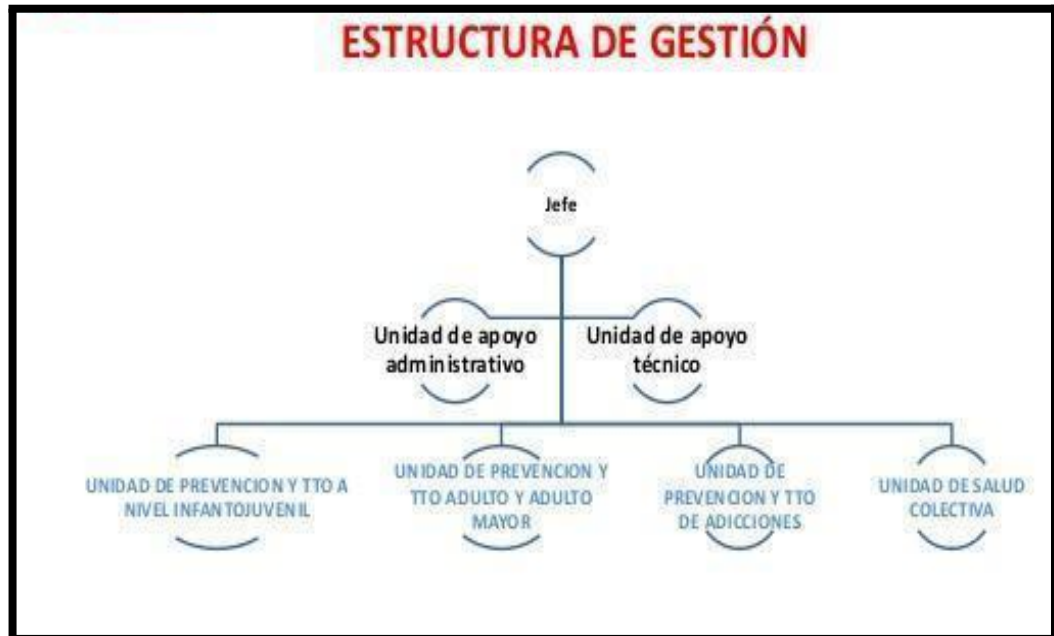
- Consulta ambulatoria
- Consulta médica (Psiquiatría)
- Consulta psicológica (Psicología)
- Intervención psicosocial grupal.
- Atención de referencia y contrarreferencia.
- Psicoterapia individual.
- Psicoterapia grupal.
- Sesiones de grupo de ayuda mutua (GAM).
- Orientación social, intervención familiar y visita domiciliaria (Trabajadora Social)
- Orientación en salud física (Enfermería)
- Terapia Ocupacional (Terapista ocupacional)
- Terapia de lenguaje (Terapista de lenguaje).
- Programa de Continuidad de Cuidados (PC

### **2.1.3.4. POBLACIÓN BENEFICIARIA**

- Población de zona rural y urbana (con seguro SIS y Particular).
- Población en condición de pobreza.
- Población referida de Centros de salud de la jurisdicción
- Hospitales de referencia
- Actores sociales (Agentes comunitarios, asociación de familiares)

### 2.1.3.5. UNIDADES QUE LO CONFORMAN

Figura 2: Estructura de gestión



### 2.1.3.6. PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CONSUMO DE ALCOHOL

Desde el año 2015 que entro en funcionando el Centro De Salud Mental Comunitario un servicio que es parte del mismo es la unidad de adicciones que atiende pacientes diagnosticados con problemas de consumo de alcohol, dependencia de alcohol, problemas de consumo de drogas entre otros, dentro de las características de estos pacientes se encuentran que ellos pertenecen a las etapas de vida adolescente, joven, adulto y adulto mayor, de ambos sexos, prevaleciendo en número el sexo masculino, pero también existen casos de mujeres atendidas por este diagnóstico, siendo hasta la fecha 94 pacientes que acuden desde el 2016 hasta la fecha con los diagnósticos más principales según la “*Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental*” desarrollada por la OMS (Organización

Mundial de la Salud) en 1992, CIE-10: dependencia de alcohol (F10.2), abuso de alcohol (F10.1), problemas relacionados al consumo de alcohol (Z721), problemas relacionados con violencia (R456) y depresión (F32.1) entre otros.

### **2.1.3.7. FACTORES PROTECTORES**

De igual forma, nos señala que nuestros principales factores protectores se encuentran:

- El personal de salud y equipo multidisciplinario.
- Agentes comunitarios de salud mental.
- Organizaciones sociales de la comunidad.
- Actores sociales.
- Autoridades y líderes de la jurisdicción.

En la ciudad de Arequipa, el Centro de Salud Mental Comunitario “San Martín de Porres” de nivel I-3, tiene como ámbito de influencia la atención de pacientes provenientes de 2 distritos como son: Cerro Colorado y Yura, dentro de las cuales se encuentran Centros de salud del primer nivel de atención los cuales refieren pacientes entre varones y mujeres, así mismo pacientes que acuden de manera particular y derivados del poder judicial y fiscalía a los servicios de psicología y psiquiatría del centro de salud mental, así mismo estos provienen de diversas familias y grupos poblacionales, con diferentes características sociales, económicas, culturales, etc., existiendo en estas familias diferentes problemáticas relacionadas a la salud mental, los cuales son atendidos por dicho centro, en base a ello el reporte proporcionado por la

oficina de Estadística de dicho Centro entre las principales morbilidades está el consumo de sustancias psicoactivas.

#### **2.1.4. ROLES DE GÉNERO**

Alude a la construcción teórica que implica una serie de pautas sociales y de comportamientos que se desarrolla en una realidad determinada de acuerdo a su cultura y la tradición existente, los cuales son catalogados como deben ser a nivel social como apropiado para la población de un determinado sexo.

Por ello en lo que respecta a roles de género nos referimos a las actitudes, actividades, también características de personalidad, asociados a un género en sí desde la cultura o sociedad.

Por ejemplo, en el entorno familiar los roles de género ahora con catalogados como estereotipos, donde la población es muy incidente en los roles respecto a género sea en actitudes y patrones que son conformados por la misma sociedad ya que cataloga los comportamientos o actitudes de hombres o mujeres como socialmente aceptados.

Entonces decimos que hoy en día la sociedad ha ido evolucionando también por la inserción de ideas nuevas y modernas de las pautas y roles que fueron disminuyendo sus diferencias, permitiendo que cada hombre o mujer tiene probabilidades de tomar decisiones que mejor le convengan y de acuerdo a sus necesidades.

### **2.1.5. DEFINICIÓN DE MUJER**

Ramírez (2008) señala que de acuerdo a lo manifestado anteriormente ya no tenemos una definición biológica o rasgos físicos de la mujer como el sexo lo considera sino desde la concepción de género, una teoría occidental y la terminología lingüista habla del término varón como las características de un ser humano y cuando se habla de mujer son las características contrarias, según el teórico Pierre Bourdieu, existe una dificultad para analizar este término, siendo así la reflexión desde la mirada de género el cual ya no nos muestra una concepción dominante por parte de lo masculino.

Existen a su vez corrientes feministas como la post estructuralista la cual refiere que concebir lo femenino como una esencia es un error. Este pensamiento aduce que tratar de definir a la mujer ya es estereotipar o diferenciar, por lo que la misión feminista es desaparecer todo concepto de mujer.

Así mismo, este pensamiento está convencido de que existen diferencias sociales, culturales, por lo que no es adecuado hacer más diferencias en su conceptualización.

### **2.1.6. EL CONTEXTO DE LA PROBLEMÁTICA**

Galván citado en López, L. (2017), menciona que el consumo de sustancias es prevalente en los últimos años se presenta más en varones que en mujeres, sin embargo, esta brecha se ha reducido pero el problema persiste.

Así mismo las consecuencias de este consumo se diferencian entre hombres y mujeres ello por las características físicas o biológicas en cada sexo.

Pagliarini y Rossi citado en López, Lourdes (2013). Hacen referencia que en las mujeres el consumo a diferencia de los varones la absorción de la sustancia puede ser diferente debido a la composición corporal, el metabolismo, la influencia hormonal, etc, además de todos estos efectos, también señalamos los efectos colaterales como las consecuencias médicas, psiquiátricas, familiares y sociales por el consumo de la sustancia.

Navarrete citado en Lopez, L. (2017). Da a conocer que en comparación de los varones las mujeres presentan más deterioro en el aspecto social, familiar, personal, además del físico en relación a los varones, así mismo ellas están más propensas a abandonar el tratamiento, así mismo que sufran recaídas.

Según Castillo y Gutiérrez citado en Lopez, L. (2017), existe una estigmatización por parte de la sociedad, hacia las mujeres con este tipo de problemas, además que ellas por esa razón tienden a aislarse, a no buscar ayuda o tener la confianza necesaria con amigos o familiares, mucho menos a buscar ayuda profesional, por lo que se dificulta iniciar un tratamiento adecuado, por tales motivos en su conjunto afecta la salud física de la mujer, su salud mental, su vida familiar, laboral, social, resultando una baja calidad de vida para la persona que presenta el consumo.

Pérez (2011). Define que todo este consumo de alcohol y drogas está relacionado con otras patologías psiquiátricas, pueden existir síntomas de

ansiedad, depresión, violencia familiar, entre otros desórdenes afectivos que inciden mayormente en las mujeres, a comparación de los varones en los cuales se denotan los comportamientos antisociales, como delincuenciales entre otros.

Pérez (2011) considera que la mayoría de estudios realizados en adicciones en mujeres, si han encontrado diferencias significativas entre el consumo de mujeres y varones, por ejemplo que las mujeres consumen en pequeñas cantidades sin embargo desarrollan una adicción más rápida, y dentro de las drogas que ellas consumen se encuentran los tranquilizantes, los sedantes, más consultas psiquiátricas, pero no se encuentran involucradas en su mayoría en actos delictivos a comparación de los varones.

Según Stocco citado en Pérez (2011) define que estas mujeres presentan un bajo nivel educativo, en su mayoría son dependientes de los varones a nivel económico y todo este consumo repercute negativamente en su familia, sobre todo en sus hijos, y además de estar expuestas al abuso físico y sexual.

Pérez (2011) con respecto al consumo de alcohol, “indica que las mujeres consumen alcohol como una manera de escape a sus problemas, como separación de sus hijos, ruptura con su pareja entre otros, todas las tensiones que causan hacerse cargo de los roles de madre y en peor de los casos hacerlo solas, así mismo haber sufrido algún trauma en la niñez o adolescencia, y durante el consumo lo hacen a escondidas, temiendo el rechazo de su familia o su entorno social” (p.12).

### **2.1.7. LOS PARTICIPANTES DE LA PROBLEMÁTICA**

Según Rodarte citado en Pérez (2011) sostiene que refiere desde la antigüedad las culturas han diferenciado los roles asignados de acuerdo al sexo, considerándolos no solo diferentes, sino antagónicos, a pesar de que existen diferencias biológicas notorias, estos aspectos también han sido analizados con respecto a los roles que cumple cada sexo, ya que anteriormente roles atribuidos a determinado sexo se ha ido homogenizando, por ejemplo ante la ausencia de un conyugue las mujeres han ido adoptando el papel de padre y madre dentro de ellos el hacerse cargo solas de su familia.

Muller & Kligman citado en Pérez (2011) indica: “que los cambios que se han suscitado en los últimos años a nivel social y cultural, han posibilitado que las mujeres participen y se hagan notar en el ámbito público y privado, hacen que sea fácil que ambos sexos cumplan roles que anteriormente estaban asignados al sexo contrario.”

Pérez (2011) menciona que: “en lo referente al consumo de sustancias psicoactivas por parte de las mujeres esto ha sido analizado y estudiado hace 30 años atrás, dichos estudios veían variables del consumo como frecuencia, edad de inicio entre otros, así mismo estos estudios han tenido otros cambios a lo largo del tiempo donde se busca identificar patrones de uso diferenciado, como las razones del consumo, que experiencias se han vivido y de acuerdo a ello que sustancias eran más consumidas.”

En los modos de uso hay autores que afirman diferencias, por ejemplo las mujeres consumen mayormente por vía oral y en menor porcentaje por vía nasal.

#### **2.1.8. REDES DE APOYO**

Aguilar (2016), manifiesta que las redes de apoyo se caracterizan por el apoyo social del entorno de la persona, cómo estas personas interactúan con sus redes de comunicación, siendo así muy útil para un trabajo en comunidad. Cada individuo tiene relaciones de comunicación con las personas de su entorno, pertenecientes a su misma comunidad, estableciendo así relaciones entre los individuos.

Todo ello es muy importante para analizar el tipo de relación, si la persona accede a determinadas instituciones, o tiene dificultades para hacerlo. Ello implica una intervención por parte del profesional, que promuevan el apoyo de estas instituciones ya sean formales o informales, al individuo, a la familia y grupos, para disminuir la exclusión y por ende su estado de salud, por eso se tiene la misión a que el profesional fortalezca estas redes, especialmente las de apoyo social, constituyen un elemento importante para prevenir y tratar problemas sociales.

Es así que una red está conformada por las relaciones que cada persona configura en torno suyo, estas relaciones pueden ser de distinta forma, como distinta frecuencia, cercanía, contenido, identificando así la densidad que tenga con cada sector (educación, salud, etc), de acuerdo a ello los

profesionales tienen que diseñar su intervención ya sea dirigiendo o fortaleciendo el vínculo que tenga esta red con la persona.

#### **2.1.9. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CONSUMO**

Peñañiel (2009) expresa que la realidad que se observa en la actualidad con relación al consumo de sustancias que conllevan a diversas instituciones a realizar un análisis y buscar soluciones mediante acciones preventivas, con el propósito de prevenir efectos personales y sociales respecto al consumo de sustancias psicoactivas en mujeres, dentro de ello también se analiza los determinantes asociados a protección y riesgo inmersos en el problema.

Por ende, el autor da a conocer que estos conceptos de determinantes riesgosos, preventivos y protegidos están asociados. Respecto a los factores riesgosos es una característica que se localiza a nivel externa e interna de la persona, la cual incrementa la posibilidad de que se genere un hecho o situación, todas estas las características ya sean familiares, individuales y sociales entre otras, determinan en cierta manera la aparición de conductas relacionadas al consumo de sustancias, situando a la persona en una situación vulnerable.

De igual modo, en cuanto a los factores protectores define que son atributos personales, familiares y sociales que reducen la probabilidad de tener un comportamiento que favorezca el consumo, por lo que atenúan la probabilidad de consumo de sustancias.

### 2.1.9.1. FACTORES PERSONALES

Peñañiel (2009) señala que Clayton indica que ellos ponen énfasis en los aspectos propios a los individuos, su personalidad, como se siente, como se comporta y que dentro de los cuales se encuentra:

- **La edad**

Ariza & Nebot citado en Peñañiel (2009) enfatiza que, “existen varios estudios que demuestran que la edad influye en el comportamiento y por ende en la intensidad de consumo de sustancias.” En la mayoría de los estudios el inicio del consumo de sustancias se sitúa entre 13 y 15 años de edad. Por lo que se torna una etapa vulnerable de iniciación, hablamos así de la adolescencia, los cuales producen cambios físicos y psicológicos muy complejos el cual dependerá que cada persona pueda manejar y asimilar dichos cambios para que logre una mejor autonomía y pueda así tener un mejor control en el inicio de algún tipo de consumo y también convirtiendo estas características como factores protectores que les haga resistentes y alejados de estas conductas. Siendo así la relación entre los patrones de consumo según la edad esta alcanza su máximo punto entre los 18 y 24 años de edad.

Hernández (2009), el consumo de drogas y otras sustancias en las sociedades occidentales, es un fenómeno que se extiende cada vez más en los jóvenes, especialmente en los varones, sin embargo también se observa que en los diferentes países, la tendencia se

reduce, debido a que también se hace notorio el consumo en las mujeres, cada vez más jóvenes, por ejemplo a nivel mundial el 5% de causas de muerte en adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años es por el consumo de alcohol, además de accidentes, suicidios, homicidios entre otros.

Así mismo en un estudio realizado en Madrid, se concluye que la mortalidad que se atribuye al alcohol, se ha dado entre las edades de 20 a 34 años y los accidentes como segunda causa de mortalidad.

En ese entender según estos estudios existe una mayor incidencia de mortandad entre la población adolescente a joven a nivel mundial, por ello es que existe una edad de riesgo que conlleva el inicio en esta población exclusivamente joven.

- **Sexo**

Lloret & Espada citado en Peñafiel, Eva, (2009) plantea que “el sexo es una variable muy significativa para hablar sobre el consumo de drogas, en lo referente a desde estudios muy antiguos el consumo siempre ha sido más prevalente en varones a comparación de las mujeres, tanto en sustancias lícitas e ilícitas.”

Sin embargo, en los últimos años esta diferencia se ha ido reduciendo y en otros casos se han ido homogeneizando los patrones de consumo en ambos sexos.

Del mismo modo, el autor afirma que las mujeres han superado los índices de consumo en comparación con los varones.

Jiménez citado en Peñafiel, E, (2008). “Argumenta que han llegado a igualarse los indicadores de consumo de alcohol en ambos sexos.”

Según Blanco (2005), la incorporación de la mujer en el consumo de sustancias ha supuesto también una asociación con las demandas terapéuticas asociadas a las mismas y que también han pasado a ser de una curiosidad en un foco de atención, ya que anteriormente este problema era así por decirlo “exclusivamente” un problema masculino, tanto en alcoholismo como en otras adicciones.

Según este estudio las mujeres representan el 20 a 25 % de casos que son atendidos en las actividades asistenciales en adicciones, es decir se presentan entre 4 y 5 varones adictos por cada mujer.

Aunque ambos sexos presentan el mismo problema, la mujer presenta diferencias específicas que no se presentan en el hombre. También señala que en cuanto a las drogas legales (tabaco, alcohol, fármacos), se presenta más en las mujeres que en las mujeres que consumen sustancias ilegales.

Al respecto, Blanco (2005), menciona que “el fenómeno de las adicciones, al igual que el resto de fenómenos sociales requiere un abordaje desde la perspectiva de género si no queremos dejar fuera de él a un importante sector compuesto por mujeres adictas”.

En ese entender según el autor el consumo de sustancias o adicciones en sus diferentes modalidades no es una cuestión de género debido a que tanto hombres como mujeres, están susceptibles a iniciar

el consumo y volverse un problema, existiendo semejanzas, pero también diferencias como la repercusión en su autoestima y autoconfianza, sintiéndose así impotentes, es así que muchas no buscan tratamiento por el temor o represalia de sus parejas o familias, o en sí de la misma sociedad, en algunos casos también sus parejas son consumidores y es muy difícil la recuperación de ellas ya que están en un entorno que facilita su consumo.

Entonces decimos en un principio que la adicción no tiene género, el género influye en la adicción y la adicción influye en el género.

#### **2.1.9.2. FACTORES FAMILIARES**

##### **- La familia**

Peñañiel, E (2009) manifiesta que la familia es el primer entorno donde se desarrollan las aptitudes, los valores, siendo así el primer agente socializador y por ende un factor protector muy importante, si sucede lo contrario se convierte en una influencia para que sus miembros consuman sustancias, algunos de estas características son:

##### **- Estructura y composición familiar**

Martínez & González citado en Peñañiel (2009) menciona: “que mujeres provenientes de hogares disfuncionales, donde no tuvo presente la figura paterna o materna también están predispuestas a iniciar algún tipo de consumo, a su vez que puedan ser susceptibles a

ser influenciadas por el grupo de amigos o pareja para el inicio del consumo”.

- **Estatus socioeconómico familiar**

Peñañiel (2009), indica que según investigaciones realizadas el estatus socioeconómico es considerado como un determinante, porque a mayor estatus económico mayor son las probabilidades de que los hijos puedan iniciar algún tipo de consumo, a pesar del alto nivel educativo de los padres, sin embargo hay otros estudios que señalan todo lo contrario, es decir mientras menor nivel socioeconómico, dentro de los cuales existen padres con trabajo eventual, los integrantes de esa familia estarán más predispuestos a iniciar consumo.

Entonces lo entendemos de esta manera: a mayores ingresos o estabilidad económica los hijos o integrantes de la familia acceden fácilmente a sustancias como el alcohol y las drogas ante cualquier situación problemática o influencia de amigos.

Y por el otro lado que, al tener problemas económicos, en la familia o no poder cubrir algunas necesidades como materiales o afectivas existe también mayor vulnerabilidad o inicio de un consumo como una vía de escape para salir de los problemas.

- **Dinámica familiar**

Según De Hoyos (2016) refiere que: “la dinámica familiar es todo el proceso que se genera al interior de un grupo familiar, de esta manera lo entendemos como las interacciones y relaciones entre los miembros de la familia, todo ello estructura la organización del mismo y el funcionamiento de la vida en familia, las normas que la regulan en el desempeño de sus tareas, roles y funciones”.

El texto enfatiza que la dinámica dentro de una familia está formada principalmente por factores tales como su estructura, composición, tipo, relaciones, roles, funciones, valores y comunicación.

Alcanzar un entorno familiar funcional requiere el establecimiento de normas inequívocas para la convivencia dentro del hogar, junto con la implementación de métodos efectivos de resolución de conflictos. Además, una distribución equitativa de las responsabilidades domésticas es crucial, al igual que una comprensión integral de los recursos de la comunidad y las iniciativas locales.

Según Fantin (2011), sobre el crecimiento y desarrollo de una persona, dentro de un núcleo familiar resulta un fenómeno complejo, es que cada factor del ambiente familiar como son la relación entre padre, entre cónyuges o padres con hijos, ello implica la crianza a los hijos, los conflictos, o la forma de educarlos, define quienes somos y cómo nos relacionamos con los demás.

Es por ello que de acuerdo a todos estos aspectos enfatizamos el estudio en relación a la familia, (vínculo entre los miembros, el estilo

de crianza, valores transmitidos) todo ello en relación al consumo de sustancias de uno o más miembros de la familia.

- **El papel de la familia en la construcción de una sana dinámica familia**

Según De Hoyos (2016) la familia es el grupo o espacio privilegiado de aceptación, de formador de valores, de gran relevancia, donde predominan las relaciones solidarias y de cooperación, así mismo se destaca el rol principal de la familia en relación a construir una familia humana y solidaria, dentro de sus funciones están educar a sus miembros como seres humanos respetuosos de sí mismos y hacia las demás personas de su entorno.

### **2.1.9.3. FACTORES SOCIALES**

Peñafiel, Eva (2009), los factores tienen que ver con el entorno de la persona, la interacción que esta tenga con su círculo más cercano como los amigos, la familia los cuales determinan que exista un consumo a corto o largo plazo.

- **El grupo de amigos**

Es uno de los elementos imprescindibles en la aparición de conducta de riesgo, para el inicio o permanencia en el consumo, existen personas que incluso confían sus problemas y están más cercanos a sus amigos (as) que su propia familia, de esta manera se convierte un factor protector o de riesgo según lo amerite la ocasión.

Según Barber citado en Peñafiel (2009) define que, “el grupo de amigos es un factor significativo que influye en las conductas de riesgo e iniciar el consumo, a tal punto que para algunos autores, este sea el factor preponderante para que el individuo consuma con su grupo de pares.”

- **Las actividades de ocio**

Fernández citado por Peñafiel (2009) “Enfatiza que el tiempo dedicado a las salidas a discotecas o a centros nocturnos es determinante para que la persona esté inmersa en el consumo, así mismo ello está por encima de otros factores como su personalidad, su familia, todo ello al contrario si esa persona desarrollará otras actividades como salir a pasear, hacer deporte, ir a otros lugares de esparcimiento.”

#### **2.1.10. ALCOHOLISMO**

Rodelgo (2016), considera que el alcoholismo es un trastorno del comportamiento, el cual consiste en que la persona consuma alcohol en forma excesiva, generando una adicción, que afecta el estado físico y psicológico, donde la persona no es capaz de controlar el fuerte impulso hacia el consumo.

Este estado de consumo excesivo del alcohol consiste en que la persona puede consumir grandes cantidades de alcohol, en un tiempo corto, ello se da especialmente en personas menores de 34 años, en reuniones o fiestas nocturnas.

Aunque se debe señalar que no todas las personas que actúen de esa manera se convertirán en adictos, ya que existen otros factores que influyen en iniciar una adicción, como su personalidad, problemas en la familia o con su entorno.

Según las teorías de diversos autores, podría establecerse una aproximación clasificatoria de la tipología realizada por Jellinek (1987) y la realizada por Alonso Fernández. Dentro de la tipología de Jellinek, las dos primeras no tienen por qué ser enfermos alcohólicos. Serían el tipo alfa (no presenta enfermedad, su síntoma sería un trastorno subyacente, enfermedad dual), y el tipo beta (que bebe en exceso, y puede no presentar dependencia física ni psíquica).

**La tipología de Jellinek es la descrita:**

- **Alfa:** puede convertirse en gamma, que ya es un auténtico enfermo.
- **Beta:** puede convertirse en delta, siendo éste también un auténtico enfermo.
- **Gamma:** presenta pérdida de control, así como dependencia física y psíquica, siendo un auténtico alcohólico.
- **Delta:** presenta ingesta regular, incapacidad de abstinencia y mantiene el control, al menos durante un tiempo. Presenta primero la dependencia fisiológica y luego la psicológica, siendo entonces un alcohólico auténtico. Aquí podrían encuadrarse muchos bebedores moderados, pero de larga evolución y ya explicado más arriba.
- **Épsilon:** presenta dipsomanía.

**Las posibles relaciones con los cinco tipos de bebedores (“enfermos”), Según Alonso Fernández sería:**

- Psíquico: puede pasar a una dependencia física del consumo.
- Alcoholizado: organismo alcoholizado.
- Alcoholómano: enfermo psíquico. Alteraciones biológicas, orgánicas o psíquicas. Propiamente alcohólico.
- Bebedor excesivo regular: enfermo psico-físico. Mantiene el control. Escasos trastornos psíquicos y sociales. Incapacidad de abstenerse.
- Bebedor episódico: bebedor cíclico. Enfermo psíquico. Puede denominarse “alcoholómano pseudoperiódico” (Jenicek, 1987).

#### **2.1.10.1. SÍNTOMAS**

Rodelgo (2016), argumenta que los que padecen este trastorno (adicción al alcohol), ocultan a menudo los síntomas o a engañarse a ellas mismas a que no tienen ningún problema, ello también a que la aceptación que tiene un problema requiere de mucho tiempo sobre todo por los estigmas sociales o la desacreditación que temen sufrir.

Para determinar que la persona sufre de alcoholismo, no solo es porque beba en muchas cantidades, sino que también no pueda controlar el consumo diario, aunque este sea en pequeñas cantidades, por lo que los síntomas pueden variar.

No obstante, existe un cuadro clínico definido. Los síntomas característicos del alcoholismo son:

- Deseo intenso o compulsión de consumir bebidas alcohólicas.
- La imposibilidad de regular el inicio y terminación del consumo de bebidas.
- La incapacidad para regular la cantidad de la bebida consumida.
- La manifestación de síntomas físicos resultantes de la abstinencia.
- A medida que un alcohólico continúa consumiendo alcohol, su cuerpo desarrolla una tolerancia a sus efectos. Esta tolerancia hace que el individuo requiera cantidades cada vez mayores de alcohol para lograr la sensación de embriaguez deseada.
- La disminución del interés se refiere a un fenómeno en el que las cosas que antes habían cautivado la atención comienzan a perder su atractivo y significado.
- La incapacidad para interrumpir el consumo a pesar de la presencia de repercusiones físicas, psicológicas y/o sociales.
- Para reducir o prevenir los síntomas de abstinencia, se recomienda consumir alcohol temprano en el día.
- Una parte importante del tiempo se dedica a realizar actividades que son esenciales para adquirir la bebida, participar en su consumo o recuperarse de sus efectos.

#### **2.1.10.2. SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA**

Interrumpir el consumo de alcohol o no consumir lo suficiente puede desencadenar síntomas de abstinencia en quienes luchan contra el alcoholismo. Dentro de las cuatro a doce horas de abstinencia, las personas pueden experimentar síntomas como los presentes en el síndrome de

abstinencia de alcohol. En la mayoría de los casos, los síntomas de abstinencia desaparecen en una semana, pero si la abstinencia es severa, el individuo puede experimentar convulsiones generalizadas y alucinaciones, que se refieren a alteraciones de la percepción.

La palabra "temblores" se refiere a movimientos involuntarios de sacudidas o estremecimientos del cuerpo, a menudo causados por condiciones neurológicas u otras dolencias físicas.

Las convulsiones son una condición médica caracterizada por una actividad eléctrica repentina y anormal en el cerebro. La manifestación de las convulsiones puede variar mucho, desde episodios leves de mirada fija hasta convulsiones y pérdida del conocimiento. El tratamiento de las convulsiones suele incluir medicamentos que ayudan a controlar y prevenir futuros episodios.

Los trastornos del sueño son una categoría de condiciones que afectan la capacidad de conciliar el sueño y/o permanecer dormido.

Sentimientos de malestar y frustración.

La ansiedad es una condición psicológica compleja que se caracteriza por sentimientos de inquietud, miedo y aprensión. Sus síntomas pueden variar de una persona a otra y pueden incluir síntomas físicos como palpitaciones, sudoración y temblores, así como síntomas cognitivos como preocupación excesiva y dificultad para concentrarse. Si bien la ansiedad es una respuesta común y, a menudo, normal al estrés o al peligro, puede volverse debilitante si persiste o interfiere con las actividades diarias. Es importante buscar ayuda profesional si los síntomas de ansiedad persisten o empeoran con el tiempo.

Sentimientos de tristeza y desesperación, y potencialmente incluso contemplación de autolesiones o suicidio.

Niveles elevados de presión arterial

La compulsión por consumir alcohol (también conocida como ansia) es un aspecto significativo de la adicción al alcohol.

Además, pueden presentar un cuadro caracterizado por la presencia de delirios debido al síndrome de abstinencia al alcohol (delirium tremens), por ejemplo, con síntomas como alucinaciones, ansiedad severa, desorientación, confusión, temblores, o sudores.

#### **2.1.11. DROGADICCIÓN**

Según Castillero (2013), refiere: “que el consumo de sustancias psicoactivas, específicamente las drogas es un fenómeno común en la sociedad en que vivimos, dentro de las cuales se encuentran las sustancias legales e ilegales, por lo que los individuos acceden fácilmente sin medir los peligros o las consecuencias.”

Por ejemplo, las consecuencias en el organismo producen efectos como un tranquilizante o un sedante o un alucinógeno que produce excitación, euforia, también alucinaciones entre otros.

Con el tiempo de consumo la persona va adquiriendo cierta tolerancia a la sustancia, requiriendo cada vez más cantidad para lograr los efectos deseados, lo que originaría una dependencia a la sustancia.

#### **2.1.11.1. ¿QUÉ ES UNA DROGA Y QUE ES DEPENDENCIA?**

Castillero (2013), define que la droga es una sustancia que ante de ser administrada al organismo es capaz de alterar las funciones de la persona, provocan sensaciones de placer en quien la consume, así mismo provocan efectos y daños permanentes al sistema nervioso produciendo la dependencia y la abstinencia ante no el consumo.

Se dice que la dependencia es causada por las drogas, que se caracterizan por una disminución de la tolerancia a la sustancia, síntomas de abstinencia antes de dejarla y falta de control sobre el uso. Incluso con una conciencia de los efectos perjudiciales, el uso prolongado de estas sustancias puede resultar en daños irreversibles a los sistemas corporales vitales.

El acto de confiar en una sustancia puede conducir a un consumo excesivo, lo que puede resultar en toxicidad, y cuando la sustancia ya no está presente, puede desencadenar síntomas de abstinencia. Estas consecuencias pueden tener impactos severos tanto en la salud física como mental del individuo, lo que puede conducir a la muerte.

#### **2.1.11.2. TIPOS DE DROGODEPENDENCIA SEGÚN EL TIPO DE SUSTANCIA CONSUMIDA**

Además, el autor observa que existe una multitud de sustancias psicoactivas y drogas, la mayoría de las cuales se utilizan como auxiliares medicinales dentro de la industria de la salud. Sin embargo, cabe señalar que una parte de la población se dedica al uso recreativo de estas sustancias,

independientemente de los riesgos potenciales que puedan representar para el bienestar personal.

Las sustancias adictivas se pueden clasificar de varias maneras, pero un método posible es dividir las en tres grupos principales según su impacto en el sistema nervioso. Esta división da como resultado tres categorías distintas de adicción a las drogas que pueden ser causadas por estas sustancias.

- **PSICOLÉPTICOS O DEPRESORES**

El autor observa que estas sustancias tienen como característica común que deprimen el sistema nervioso, lo que lleva a una reducción de la actividad cerebral. Esta desaceleración mental y física se refleja en sentimientos de calma y relajación, disminución de la conciencia y una sensación general de tranquilidad. Dentro de esta categoría de sustancias, los ejemplos incluyen alcohol, opio y sus derivados relacionados (incluyendo codeína, morfina y heroína), así como tranquilizantes como barbitúricos y benzodiazepinas. Además, las sustancias volátiles o inhaladas como el pegamento también entran dentro de este grupo.

La dependencia de esta sustancia particular se identifica por la búsqueda de la serenidad o la facilidad de ciertas facultades, o incluso podría provenir de influencias sociales (se sabe que el alcohol reduce la actividad en el lóbulo frontal, lo que permite la desinhibición en algunas personas).

- **PSICOANALÉPTICOS O EXCITADORES**

Las sustancias de esta naturaleza son conocidas por su capacidad para estimular el sistema nervioso, lo que da como resultado varios cambios en el comportamiento, como una mayor actividad motora, excitabilidad, distracción y aumento de la conciencia. Esta categoría incluye la cocaína, las anfetaminas y las xantinas, y estas últimas abarcan elementos cotidianos como el café, el té y el chocolate, aunque sus efectos no son tan pronunciados como los demás. Además, la nicotina también entra en esta categoría.

Las personas que dependen de esta sustancia en particular buscan activamente una mayor actividad y sensaciones, así como un aumento en los niveles de energía.

- **PSICODISLÉPTICOS O PERTURBADORES**

La tercera categoría de sustancias opera modificando la actividad del sistema nervioso, lo que puede resultar en activación o inhibición, con un énfasis particular en la percepción. Se sabe que estas sustancias causan ilusiones perceptivas, como alucinaciones y delirios. El cannabis y los alucinógenos son los componentes más conocidos de este tipo de sustancias, junto con otros compuestos, como la fenciclidina, que se desarrolló inicialmente como anestésico para procedimientos quirúrgicos.

Como resultado del consumo de estas sustancias, los individuos suelen buscar nuevas experiencias perceptivas o alucinaciones, o alteraciones en su nivel de activación. El consumo de cannabis, en particular, se destaca por sus efectos analgésicos y calmantes.

### **2.1.11.3. TIPOS DE DROGADICCIÓN SEGÚN EL TIPO DE DEPENDENCIA**

Independientemente de la sustancia, todas las drogas psicoactivas afectan el cuerpo y conducen a una eventual tolerancia. El consumidor se acostumbra a los efectos y, a menudo, comienza a desearlos. Como resultado, el sistema nervioso comienza a funcionar de manera diferente, ajustando su actividad en previsión de un mayor consumo.

Podemos observar que una determinada sustancia tiene la capacidad de crear dos tipos distintos de dependencia. El primer tipo se manifiesta a nivel físico, mientras que el segundo tipo es de naturaleza psicológica.

- **Dependencia física**

La dependencia psicológica es un acompañante común de la dependencia física. Este último surge cuando el cuerpo se acostumbra a la presencia de una sustancia, y requiere que ésta siga funcionando de la forma en que se ha acostumbrado. La ausencia repentina de la sustancia puede provocar síntomas físicos como convulsiones, trastornos gastrointestinales, dolores de cabeza o vómitos.

El nivel de dependencia asociado con esta sustancia en particular es tan grave que la abstinencia puede provocar la muerte. Por lo tanto, es imperativo que las personas abandonen gradualmente y con cuidado dicha sustancia para evitar tales efectos adversos.

- **Dependencia psíquica**

La dependencia psicológica es un acompañante común de la dependencia física. Este último surge cuando el cuerpo se acostumbra a la presencia de una sustancia, y requiere que ésta siga funcionando de la forma en que se ha acostumbrado. La ausencia repentina de la sustancia puede provocar síntomas físicos como convulsiones, trastornos gastrointestinales, dolores de cabeza o vómitos.

El nivel de dependencia asociado con esta sustancia en particular es tan grave que la abstinencia puede provocar la muerte. Por lo tanto, es imperativo que las personas abandonen gradualmente y con cuidado dicha sustancia para evitar tales efectos adversos.

- **El proceso de adicción y dependencia**

Al examinar los patrones de consumo de drogas, es posible identificar tres fases distintas en el proceso de adicción. Si bien algunos pueden cuestionar la inclusión de cada fase como una forma válida de dependencia de drogas, comparten características similares y siguen una trayectoria que puede culminar en una adicción genuina a la sustancia. La detección de los signos iniciales de dependencia de las drogas es crucial para evitar problemas más graves en el futuro.

- **Consumo ocasional**

El uso de una sustancia de forma poco frecuente se clasifica como uso ocasional. Este tipo de consumo no suele caracterizarse por una dependencia prolongada o continua de la sustancia, ni conlleva una

necesidad compulsiva de consumirla. Es importante tener en cuenta que dicho uso no califica como adicción a las drogas, ya que no hay un deseo constante o una búsqueda ansiosa de la sustancia.

El abuso de cualquier sustancia puede considerarse una forma de adicción si se consume en exceso y repetidamente durante un período de tiempo, lo que lleva a la pérdida de control. Por ejemplo, las personas con alcoholismo Epsilon exhiben un comportamiento problemático y una embriaguez excesiva, a pesar de no consumir alcohol con regularidad.

- **Situaciones de abuso de sustancias**

A medida que pasa el tiempo, las personas que consumen sustancias pueden encontrarse en situaciones en las que abusan de estas sustancias. Este abuso implica un consumo más frecuente en diversos escenarios, acompañado de una creciente tolerancia y deseo de uso continuado.

Actualmente, el anhelo de bienes materiales no ha escalado a un nivel de comportamiento desenfrenado y compulsivo, y uno todavía es capaz de abstenerse de su influencia. Todavía no está clasificada como una adicción, aunque si no se controla, tiene el potencial de convertirse en una.

- **Situación de drogodependencia**

En las personas con dependencia a las drogas, la etapa final de la adicción se caracteriza por el consumo compulsivo de la droga, lo que resulta en síntomas de abstinencia durante los períodos de abstinencia y la incapacidad para controlar la ingesta. Este comportamiento puede

provocar un daño significativo en varios aspectos de la vida, incluidos, entre otros, el trabajo, las interacciones sociales y el rendimiento académico.

- **Según el número de sustancias de las que se es drogodependiente**

Cuando se trata de categorizar la adicción a las drogas, se consideran múltiples factores. Estos factores pueden incluir las etapas de dependencia, la sustancia específica que se usa y el tipo de adicción que produce. Sin embargo, hay un aspecto adicional que debe tenerse en cuenta.

Es plausible que la adicción a las drogas pueda manifestarse antes del consumo de una sustancia específica. Sin embargo, ha habido casos en los que una persona se vuelve adicta a más de un tipo de sustancia, lo que agrava los efectos de la adicción y la transfiere a otra dependencia. Esto destaca una forma adicional de adicción a las drogas que requiere consideración.

- **Politoxicomanía**

Cuando se trata de categorizar la adicción a las drogas, se consideran múltiples factores. Estos factores pueden incluir las etapas de dependencia, la sustancia específica que se usa y el tipo de adicción que produce. Sin embargo, hay un aspecto adicional que debe tenerse en cuenta.

Es plausible que la adicción a las drogas pueda manifestarse antes del consumo de una sustancia específica. Sin embargo, ha habido casos en

los que una persona se vuelve adicta a más de un tipo de sustancia, lo que agrava los efectos de la adicción y la transfiere a otra dependencia. Esto destaca una forma adicional de adicción a las drogas que requiere consideración.

## **2.2. ANTECEDENTES**

### **2.2.1. A NIVEL INTERNACIONAL**

Según Guerra (2011), el presente estudio da a conocer los efectos del consumo de sustancias psicoactivas ilegales en mujeres gestantes, donde se pretende realizar una relación con los objetivos del desarrollo del milenio y la importancia de la atención del abuso y del consumo de sustancias psicoactivas en mujeres gestantes, se realiza en primer lugar una revisión de informes mundiales, presentados por la Organización Mundial de la Salud, y de las Naciones Unidas y de entidades gubernamentales del país de Colombia, también se busca conocer la manera que estas organizaciones abordan el consumo de sustancias en esta población.

El autor señala los efectos adversos del hábito de fumar en mujeres gestantes incluye un retraso del crecimiento del feto y también el bajo feto al nacer, es decir mientras más fume la mujer durante el embarazo es mayor la disminución en el peso del infante, en cuanto al recién nacido, este sufre señales de estrés y síndromes de abstinencia en lo que se ha reportado en menores expuestos en dichas drogas. Así mismo también incluye casos de abortos espontáneos y la muerte súbita del feto, problemas de comportamiento y aprendizaje cuando estos menores llegan a la infancia, además de un riesgo mayor a la obesidad.

También el autor incluye algunas referencias utilizadas por la autora Osorio (2009), la cual señala Implicancias Metabólicas del consumo de opiáceos durante el embarazo tales como:

- Opiáceos: Las consecuencias del consumo de esta sustancia durante el embarazo, desencadena en abortos, ruptura de placenta, parto prematuro, restricción en el crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, preeclampsia, hemorragias post parto entre otros.

Según Pérez (2011), según un estudio realizado sobre la identidad femenina y el consumo de drogas o sustancias, 76 mujeres entre jóvenes, adultas y adultas mayores, de también tres estratos socioeconómicos, (alto medio y bajo), así mismo de tres estados de consumo: que consumen actualmente, que no consumen, y que consumieron), las cuales fueron entrevistadas sobre tres aspectos como: la definición de ser mujer, las diferencias con ser hombre y la valoración de ser femenina, los factores que construyen dicha identidad, así como el consumo de drogas, factores protectores y de riesgo.

Además, refiere que las entrevistadas consideraron que la mayor parte de los cambios recientes dentro de la sociedad occidental, es favorable en relación a la condición de ser mujer, sin embargo, también estos cambios han aumentado en algunos casos la vulnerabilidad que está asociado al consumo de sustancias o consumo de drogas entre las mujeres. Existen factores en este estudio que no aparecen en otras investigaciones como: el libertinaje, abandono de responsabilidades, conducta sexual inadecuada entre otros, suponiendo que

autores de otras investigaciones temen ser censurados por tocar estos temas o juzgar a las mujeres de estos tiempos.

De esta manera el estudio corresponde a las percepciones de las mujeres, más que las interpretaciones de los autores.

Sobre la definición de ser mujer en estos tiempos, las mujeres consumidoras niegan sus sentimientos, ya sea como una forma de defenderse o de evadir la situación del consumo, las mujeres ex consumidoras, al contrario, ellas muestran más capacidad expresiva.

Las mujeres que no consumen tienen más conceptos amplios y claros de la concepción de ser mujer.

La mayor cantidad de mujeres que consumen actualmente adujeron no ver diferencias entre varones y mujeres, lo que significa que el consumo modifica su percepción de ser mujeres o notar las diferencias.

El análisis de cinco escenarios diferentes para determinar si han mejorado o empeorado con el tiempo arrojó un resultado consistente: la autonomía, la independencia y la productividad económica han mejorado significativamente. Sin embargo, la vida familiar, la importancia de la maternidad y la importancia del cuidado de los niños se han deteriorado. Esto indica que, si bien la adopción de nuevos roles ha sido beneficiosa para el logro individual, también ha llevado a una disminución de los roles femeninos tradicionales y los aspectos relacionales de la vida. Aunque muchos individuos no perciben este cambio como positivo, ninguno de ellos cree que volver al pasado sea una solución deseable.

### **2.2.2. A NIVEL NACIONAL**

Según Rojas (2016), Cada vez más mujeres consumen algún tipo de droga, además la edad de inicio de consumo se ha reducido, a comparación de la década anterior, así lo revela un estudio de Formas, el impacto de consumo de drogas en las mujeres, ello presentado por el Centro de Información y Educación Para la Prevención del Consumo de Drogas- CEDRO.

Dicho estudio fue presentado en base a una muestra de 2.991 mujeres consumidoras de drogas de Lima y Callao, atendidas en CEDRO durante los años 2000 al 2015.

Así mismo señala que los adolescentes y jóvenes son los que tienen más prevalencia en el consumo de drogas, siendo una tendencia mundial que haya una equiparación entre el consumo de las mujeres en relación a los hombres, en cuanto a drogas ilícitas, estas últimas son más consumidas por los hombres, por el contrario, en cuanto a las drogas lícitas o a las más aceptadas como son el alcohol y tabaco, o medicamentos el consumo es similar entre varones y mujeres.

También indica que en cuanto al consumo de alcohol entre adolescentes varones y mujeres, no existe una amplia diferencia.

Así mismo el autor indica que el inicio de consumo se da entre las edades de 15 a 16 años, este último estudio se dio en el 2000, siguiendo el inicio de consumo a los 13 años como una tendencia a nivel mundial.

Hay varios factores de riesgo que están relacionados con el uso de alcohol y otras drogas. Un estudio encontró que los problemas familiares son un factor común, así como los problemas de salud, como el dolor crónico, la ansiedad o el

insomnio. Otra motivación para el consumo de drogas es mejorar el rendimiento en el trabajo o en el ámbito académico, o comprender mejor y ayudar a una pareja que lucha contra la adicción. Además, los amigos y otras personas importantes suelen ser las primeras personas que introducen a otros en el consumo de drogas.

“En promedio, las mujeres de este estudio y coincide con estudios internacionales- provienen de familias multi problemáticas, muchas de ellas han sufrido maltrato psicológico, sexual; tienen padres alcohólicos o drogadictos y madres con problemas de salud mental”.

“La mujer, casi siempre en todas las drogas, tiene el doble de factor de riesgo, tanto de dependencia, como de daño. Eso está documentado científicamente”, agregó al respecto.

Después de una cuidadosa consideración, la autora concluyó que este estudio podría servir como una referencia útil para reevaluar las políticas sobre el tratamiento de las adicciones para mujeres con un enfoque de género “Sobre todo mujeres adolescentes y jóvenes, que no tienen muchas alternativas de tratamiento. El varón adicto tiene muchas alternativas”.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio es de tipo descriptivo porque se recolectó en su medio ambiente natural. Este tipo de estudio se orientó a determinar las propiedades importantes de personas, grupos o fenómenos con base al análisis de información obtenida sobre el objeto de estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

El tipo de investigación se eligió con la intención de describir el fenómeno, decir como es y cómo se manifiesta y correlaciona; porque esta investigación analizó y estudió la relación de hechos de la realidad (variables).

#### **3.1.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El diseño de investigación fue no experimental, ya que, el investigador solo se hizo un análisis documental, sin intervenir en su desarrollo. Asimismo, el método utilizado fue el hipotético – deductivo, mediante el paradigma cuantitativo.

### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población estuvo constituida por el total de historias clínicas (68), de mujeres que han acudido entre el 2016 hasta el 2018 al Centro de Salud Mental Comunitario “San Martín de Porres” y que tengan el diagnóstico

de consumo de sustancias psicoactivas en todas sus modalidades, siendo como sigue:

### 3.2.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

**Tabla 1**

*Tipo de diagnóstico*

<b>N°</b>	<b>Tipo y primer diagnóstico</b>	<b>CIE</b>
	Abuso de alcohol	F10.1
	Dependencia de alcohol	F10.2
	Abuso de marihuana	F12.1
	Dependencia a la marihuana	F12.2
	Episodio depresivo moderado	F32.1
	Episodio depresivo grave	F32.2
	Trastorno depresivo recurrente	F33.1
	Trastorno mixto ansioso depresivo	F41.2
	Trastorno de ansiedad no especificada	F 41.9
	Problemas relacionados con violencia	R456
	Abuso Físico	T 741
	Problemas relacionados con soporte familiar inadecuado	Z632
	Problemas relacionados con el uso de alcohol	Z 721
	Problemas relacionados con uso de drogas	Z 72.2
	Total	

Fuente: Base de datos Unidad de Adicciones CSMC “San Martín de Porres”

- Población eminentemente del sexo femenino.
- De los 15 a 75 años de edad.
- De condición socioeconómica media baja y media
- De todos los estratos sociales
- Pacientes que han seguido de tres a más psicoterapias.

### **3.2.2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA Y MÉTODO DE MUESTREO**

Se tuvo una muestra de 68 historias clínicas de pacientes continuadoras y registradas en la base de datos del Centro de Salud Mental Comunitario y de la Unidad respectiva. Determinando así el universo de la población.

### **3.2.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS**

#### **a) De inclusión**

- De 12 a más años de edad.
- Pacientes que hayan acudido de tres a más psicoterapias
- Pacientes que hayan respondido a todas las preguntas de la ficha socioeconómica.
- Pacientes que presenten todas las morbilidades relacionadas al consumo de sustancias

#### **b) De exclusión**

- Pacientes que hayan acudido solo una o dos veces a consulta.
- Pacientes que no hayan respondido a todas las preguntas de la ficha socioeconómica.
- Pacientes que presenten otras morbilidades sin considerar el consumo de sustancias o similares.

### **3.3. VARIABLES**

#### **3.3.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES**

##### **3.3.1.1. Factores familiares**

Según Fantin, M (2011), Muestra que el nacimiento y crecimiento de un individuo dentro de un foco familiar, es entendido como una situación compleja, ello debemos entender como que cada causa dentro del ambiente familiar, como: la relación entre padres, como pareja y estos con los hijos, creencias, estilos de educar, conflictos y el ambiente en general. Los diversos componentes en juego tienen la capacidad de interactuar de distintas maneras, lo que finalmente da como resultado la creación de una forma única de comprender el mundo que nos rodea. Como resultado, este estudio pone un énfasis significativo en la correlación entre la dinámica familiar (como la conexión entre los miembros, el método de crianza, el currículo, la transmisión de valores) y el consumo de sustancias como una variable a destacar.

##### **3.3.1.2. Factores sociales**

Según Pons, J & Sofía, B (2011). Los factores sociales interpretan en el problema de consumo de sustancias como un fenómeno integral, es decir un problema social que incluye a la persona, a la familia y a la comunidad, a la sociedad, al contexto socioeconómico, político, cultural y al propio problema y sus efectos en el individuo, que desarrolla su comportamiento dentro de los aspectos señalados anteriormente, así mismo ello no debería entenderse como algo absoluto sino como probabilidades que son determinadas por diversas

situaciones que se presenten en relación a la persona. Estos factores se comprenden cuando se consideran en relación con el consumidor. No pueden evaluarse de forma aislada, sino que deben evaluarse dentro de un marco ambiental más amplio. Su significado se entiende a través del lente de las personas involucradas, quienes adoptan normas, roles y comportamientos basados en los significados que estos factores tienen. Por lo general, estos significados se crean colectivamente.

### **3.3.1.3. Factores personales**

Según Ahumada (2017). El aspecto biológico de la dependencia del alcohol implica una predisposición y un riesgo genéticos, que pueden influir en la inclinación de un individuo hacia el consumo de alcohol y el desarrollo de la dependencia. Además, la genética también puede determinar la forma en que se consume el alcohol y las consecuencias resultantes.

En términos de factores personales, varias variables pueden afectar la relación de un individuo con el alcohol. Estos incluyen la edad, el bienestar físico y mental, los niveles de estrés, las creencias y actitudes hacia el consumo de alcohol, los niveles de búsqueda de sensaciones, la presencia de rasgos de personalidad antisociales, los bajos niveles de realización personal, el aislamiento, la apatía, la falta de valores claramente definidos y los sentimientos de inseguridad.

### **3.3.1.4. Consumo de sustancias psicoactivas**

Tal como lo expresa Rodríguez (2013), las sustancias psicoactivas se refieren a sustancias químicas, ya sean naturales o sintéticas, que afectan

directamente al sistema nervioso central cuando se introducen por diversas vías como la oral, nasal, intramuscular e intravenosa. El sistema nervioso central, que comprende el cerebro y la médula espinal de los organismos vivos, sufre cambios funcionales específicos debido a estas sustancias. Las sustancias psicoactivas poseen la capacidad de inhibir el dolor, alterar las percepciones y modificar el estado de ánimo de un individuo.

- **Algunas sustancias psicoactivas son:** Hay varias sustancias que se han identificado con efectos psicoactivos, que incluyen, entre otros, cocaína, crack, metilfenidato, efedrina, M acceso directo a la memoria (comúnmente conocido como éxtasis), mescalina, LSD, psilocibina (derivada de hongos de psilocibina), salvia divinorum, difenhidramina, agárico de mosca, paracetamol, codeína y tabaco.
- El consumo de sustancias psicoactivas puede conducir a la adicción y la dependencia, lo que a su vez puede dar lugar a síntomas de abstinencia cuando se interrumpe.
- **Síndrome de Abstinencia.-** Se refiere a las reacciones físicas o corporales que se manifiestan cuando un individuo adicto a sustancias psicoactivas (como alcohol, tabaco u otras drogas) deja de consumir dichas sustancias.

Existen cuatro clasificaciones principales para las sustancias psicoactivas: legal, química, psicopatológica y grado de dependencia. Las sustancias químicas se clasifican en función de su composición química, que se puede dividir en varios grupos, incluidos el alcohol, los alucinógenos y las

drogas de diseño. Los psicodépresivos, psicoestimulantes, opioides y opioides volátiles también forman parte de esta clasificación. Las sustancias legales se pueden clasificar en cuatro grupos: alcohol, tabaco y drogas psicotrópicas como tranquilizantes, anfetaminas, analgésicos y barbitúricos. Sin embargo, el uso de estas drogas puede volverse ilegal si no se toman según una prescripción médica que sea parte de un plan terapéutico.

También, existen sustancias que se consideran psicopatológicas y se dividen en cinco categorías principales: psicotrópicas, depresoras, estimulantes, alucinógenas y opioides. Además, hay desorganizadores del sistema nervioso central.

El nivel de confianza que provocan ciertas sustancias puede variar. Es importante señalar que no todas las sustancias crean dependencia. La dependencia que crean dichas sustancias puede ser de naturaleza física o psicológica.

### **3.3.2. VARIABLES DESCRIPTIVAS DE INVESTIGACIÓN**

Dentro de las variables descriptivas se tiene las siguientes dimensiones que se detalla a continuación:

**Tabla 2**

*Operacionalización de Variables*

<b>Variable Descriptivo</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Valores</b>	
<b>Factores de riesgo Sociopersonales y Familiares</b>	<b>Factores de riesgo Sociales</b>	Edad	Menores de 20 de 20 a 29 años de 30 a 39 años de 40 a 49 años de 50 a 59 años de 60 a 69 años de 70 de más	
		Estado Civil	Soltera Casada Divorciada Viuda	
		Ocupación	Ama de casa Estudiante Empleada Docente	
		Religión	Católico Ateo Testigos de Jehová	
	<b>Factores de riesgo Personales</b>	<b>Factores de riesgo Personales</b>	Consumos de Tabaco	Siempre A veces Nunca
			Consumo del Alcohol	Siempre A veces Nunca
			Consumo de Drogas	Siempre A veces Nunca
	<b>Factores de riesgo Familiares</b>	<b>Factores de riesgo Familiares</b>	Dinámica Familiar	Armónica Pasivo Conflictiva
			Tipo de Familia	Uniparental Nuclear Monoparental Reconstituida
			Composición Familiar	Menos de 2 miembros 3 a 4 Miembros 5 a 6 Miembros Más de 6 Miembros

### **3.4. MÉTODO E INSTRUMENTOS**

Los instrumentos fueron diseñados por un grupo de profesionales en Trabajo Social conjuntamente con los responsables de la Estrategia de Salud Mental de la red Arequipa Caylloma.

- Para medir los factores personales como la edad, sexo, así como los factores sociales como: apoyo familiar, características socioeconómicas y las redes de apoyo se realizó mediante la ficha socioeconómica.

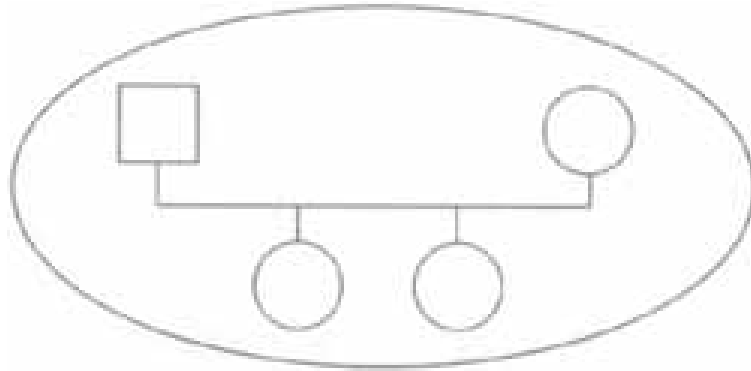
#### **3.4.1. Ficha socioeconómica**

Consta de 08 Items:

1. Datos generales
2. Situación actual del usuario.
3. Composición familiar.
4. Genograma.
5. Tipo de familia.
6. Situación económica
7. Situación de vivienda
8. Valores y creencias
9. Riesgos del entorno donde se tomará en cuenta:

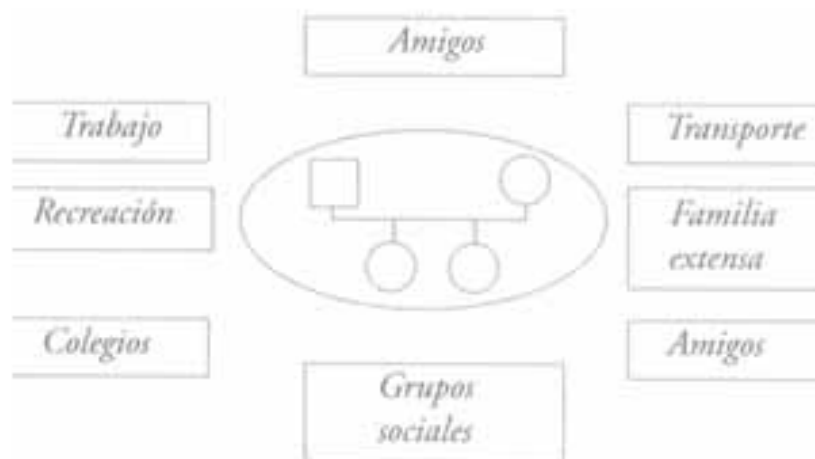
Se determinó la relación con las redes de apoyo social, donde se utilizó el Ecomapa (25).

1. **El Familiograma nuclear:** Es la que constituye la parte central del Ecomapa.



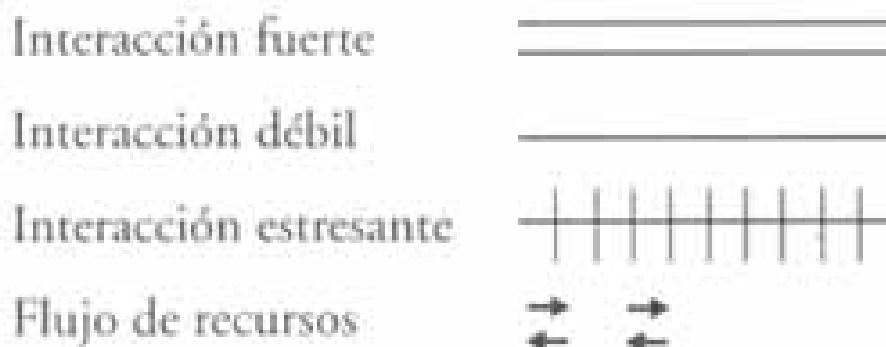
*Figura 3. Ecomapa Familiar*

2. **Los círculos o rectángulos de recursos:** Como se indicó anteriormente, los círculos y rectángulos que se encuentran en el Familiograma están designados para la ubicación de los recursos más valiosos de la familia, según lo determinen los propios miembros. Estos recursos están estratégicamente posicionados alrededor del Familiograma.



*Figura 4. Familiograma*

3. **Los símbolos de interacción:** Los símbolos que representaban interacciones se utilizaron para representar la dirección del flujo de recursos durante dichas interacciones.



*Figura 5. Símbolos de interacción*

### 3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se coordinó con el gerente de la Micro Red Cerro Colorado, para el permiso correspondiente, posteriormente se informó al Coordinador del Centro de Salud Mental Comunitario “San Martín de Porres” para la aplicación del estudio, procediendo así a la revisión de cada Historia Clínica de acuerdo a la atención por paciente y seleccionando a los que hayan cumplido su paquete de atención, para el vaciado de datos oportuno. Se procedió a aplicar los instrumentos de recolección de datos mediante las guías de análisis documentario que consta de historias clínicas, respecto al tamaño muestral se consideró el tipo de diagnóstico en consumo de sustancias y comorbilidades obteniéndose el total de 68 historias clínicas de pacientes mujeres para un intervalo de +/-5% y un nivel de confianza de 95 %.

Los datos de la investigación se vaciaron en el Programa estadístico de Excel, posteriormente se utilizó el Programa SPSS, para determinar presentar los resultados en tablas de frecuencia.

### **3.6. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS**

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud Mental Comunitario “San Martín de Porres”, Cerro Colorado de la ciudad de Arequipa Perú, de acuerdo a la atención de los casos presentados en el Centro entre los meses de enero a diciembre del 2016, enero a diciembre 2017 y enero a diciembre del 2018.

### **3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Para la presente investigación fue necesario realizar los trámites pertinentes para obtener la autorización del Centro de Salud Mental Comunitario donde se aplicaron las respectivas técnicas para el presente estudio, se acordó dar a conocer los resultados cuando este finalice. Así mismo se elaboró el consentimiento informado para cada usuaria que fue objeto de dicho estudio.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Los resultados se presentan de acuerdo a los objetivos de la investigación siendo la cantidad de tres objetivos específicos:

- **FACTORES SOCIALES EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE UN CENTRO COMUNITARIO DE AREQUIPA, ATENDIDAS DEL 2016-2018.**

Dentro de los factores sociales en mujeres se toma la edad, estado civil, ocupación y religión, cuyos datos son recolectados del análisis de historias clínicas y que a continuación se presenta en tablas de frecuencias:

**Tabla 3**

*Edad de las mujeres con diagnóstico de Sustancias Psicoactivas*

<b>Descripción</b>	<b>Valor</b>
Muestra	68
Edad Mínima	15
Edad Máxima	76
Edad Promedio	30
Desviación Estándar	12,56
Error de Desviación	1,52
Varianza	157,7

### INTERPRETACIÓN

De acuerdo a la siguiente tabla 3, se ha tomado una muestra de 68 historias clínicas, teniendo una edad mínima de 15 años y una máxima de 76 años, de

las participantes, teniendo una edad promedio de 30 años de las usuarias a las que pertenecen estas historias clínicas, es decir una edad joven adulta.

Entonces de acuerdo a este cuadro indicamos que la edad de riesgo es de estas usuarias está en la edad de adulta a joven y es donde se ha demostrado que la etapa de adolescente a joven es la más vulnerable para poder iniciar y presentar el consumo.

Si bien sabemos que la edad adolescente a joven y adulta es donde se presentan más responsabilidades ya sea a nivel académicas, familiares o laborales entre otras, porque suelen estar ansiosos o deprimidos por los múltiples roles que desempeñan en la vida, condición que favorece problemas de salud física y emocional, aumenta los índices de atención y los riesgos de la automedicación son más propensas así a desarrollar alguna morbilidad y peor si no se tiene un buen soporte familiar desde la infancia o adolescencia.

Como se indica se presenta este cuadro se presenta en un inicio en edades cada vez más tempranas, según los estudios es así que se demuestra en la edad de 15 años para adelante, manteniéndose en edad joven y adulta.

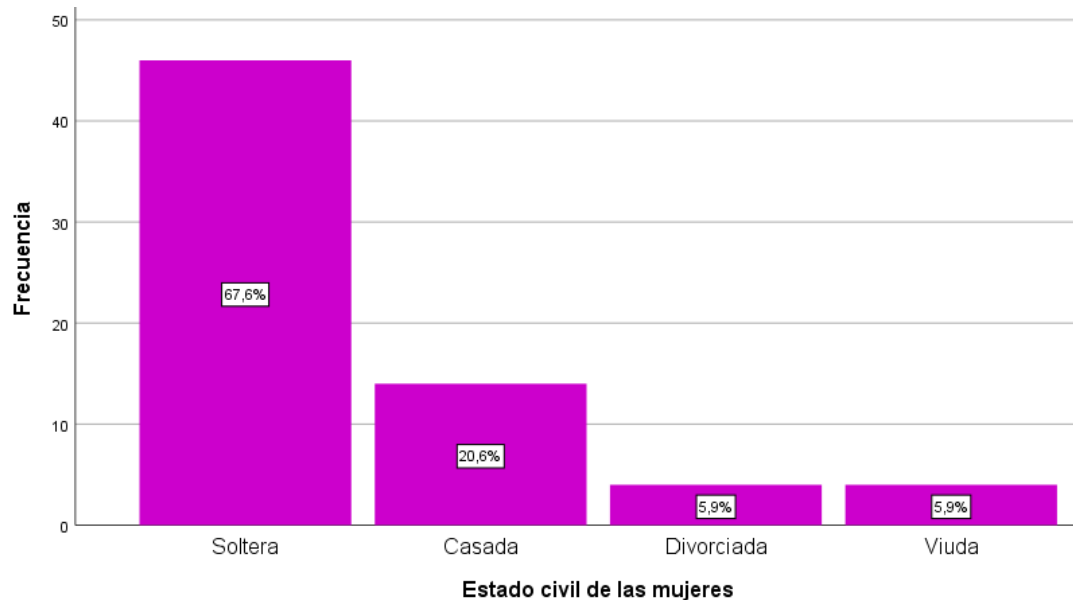
Entonces siendo así una edad de riesgo la edad temprana que se da desde la adolescencia para su consumo, manteniéndose en la edad adulta de 30 años.

Y en algunos casos se tiene personas adultas mayores de 75 años, que estuvieron acudiendo a las psicoterapias, pero en un menor porcentaje, sin embargo, importante que nos demuestra que este problema prevalece en personas adultas mayores.

Todas ello de acuerdo a las historias clínicas de usuarias del Centro de Salud Mental Comunitario “San Martín de Porres” entre los años 2016 al 2018.

**Tabla 4.** Estado Civil de las mujeres con diagnóstico de Sustancias Psicoactivas

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	46	67,6%
Casada	14	20,6%
Divorciada	4	5,9%
Viuda	4	5,9%
Total	68	100,0%



### INTERPRETACIÓN

En la presente tabla 4, se evidencia del total de 68 mujeres con diagnóstico de sustancias psicoactivas, que ha sido revisada las historias clínicas, donde el 67,6% son solteras, seguido el 20,6% son mujeres casadas, y solo el 5,9% entre mujeres divorciadas y viudas.

En lo referente al estado civil de soltera un porcentaje importante son convivientes y madres solteras, las cuales refieren que son solteras en la ficha

social, en lo referente a este dato nos demuestra que el estado civil de estas usuarias no necesariamente está solo, existen casos que son convivientes o madres solteras.

Según Aguirre (2016), lo que constituye un riesgo en lo referente a la no consolidación de un hogar estable, donde no se ha interiorizado los valores adecuadamente entre los cónyuges, convivientes y de estos en relación a los hijos.

Seguidamente las historias clínicas provienen de mujeres casadas, las que conforman una familia y así mismo presentan en cierta medida el problema, ya sea las causas por la relación conflictiva que pueda tener con su conviviente o cónyuge o la presencia de disfuncionalidad en su hogar. Lo que demuestra que las usuarias casadas que consumen sustancias, no tienen el apoyo suficiente de su cónyuge para poder enfrentar el problema o al contrario que ellos en algunos casos sería también una razón para iniciar el consumo, debido al ser también consumidores o indiferentes ante el problema de la mujer.

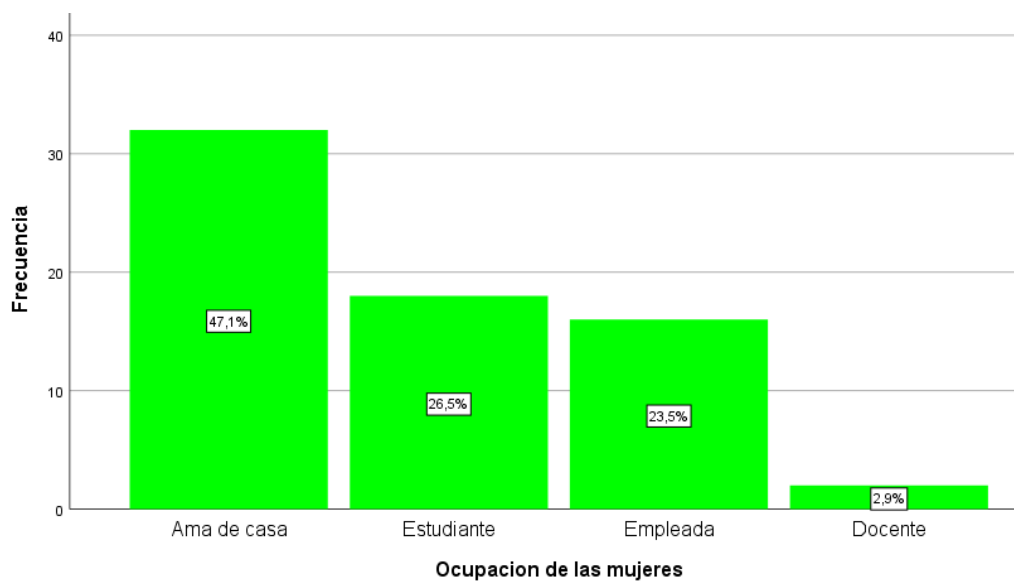
En lo que respecta al estado civil de viuda, ellas tampoco presentan un apoyo o soporte emocional, por tener más responsabilidades en la crianza de los hijos u otras labores que faciliten el inicio del consumo y de mantenerlo.

Es así que se muestra un panorama en relación al estado civil de las historias clínicas de las usuarias que acudieron al Centro de Salud Mental Comunitario.

**Tabla 5**

*Ocupación de las mujeres con diagnóstico de Sustancias Psicoactivas*

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	32	47,1%
Estudiante	18	26,5%
Empleada	16	23,5%
Docente	2	2,9%
Total	68	100,0%



### **INTERPRETACIÓN**

En la tabla 5, se puede apreciar, que el total de 68 mujeres de las historias clínicas revisadas, el dato sobresaliente es el 47.1% son mujeres como ama de casa, así mismo el 26.5% son estudiantes, seguido el 23.5% son empleadas y finalmente el 2.9% son docentes.

De acuerdo a ello confirmamos que en su mayoría, las usuarias son amas de casa, viven con un conviviente, o con sus hijos en el hogar, lo que también nos hace pensar que el problema se origina en la familia o que no tiene un buen soporte o apoyo de esta, por lo que es un factor a tomar en cuenta en el problema como en la solución para el consumo.

En lo que respecta a este aspecto señalamos o lo consideramos un riesgo, debido a que aparte de tener que hacerse cargo de los hijos, el conviviente o el hogar. Existe una dependencia afectiva y/o económica

Barreda (2005), señala que las mujeres que presentan una imprecisión en sus objetivos de formación y laborales, por lo tanto no se identifican con un oficio o profesión. Aunque en la sociedad ya existen cambios en las mujeres, ya sea en empleo u oficio, todavía vemos interiorizado este estereotipo femenino de pasividad, poca valoración de sí mismas, centrada en los aspectos más afectivos que en desarrollarse profesionalmente.

Entonces se demuestra que al tener poca capacitación laboral, para desempeñarse en otros oficios, también se presenta un nivel socioeconómico bajo, y por ende la dependencia económica de la mujer, más riesgo de vivir en un hogar conflictivo que facilite su consumo de estas sustancias.

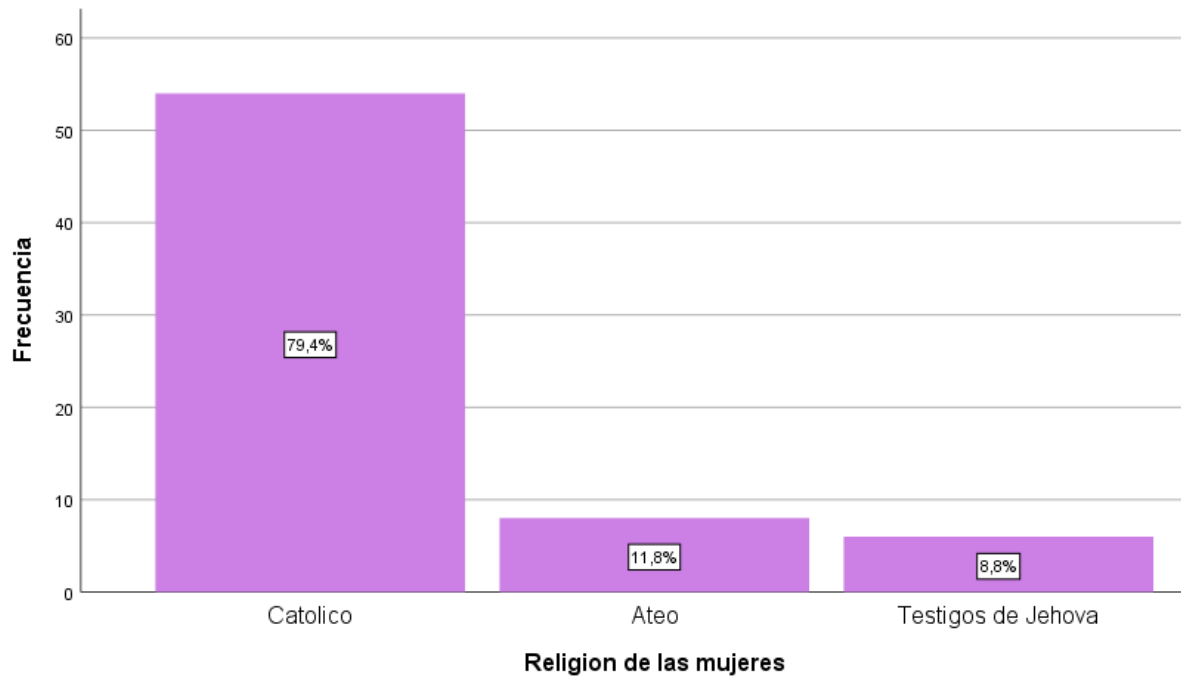
Seguidamente se presentan las de ocupación estudiante las cuales también presentan un nivel de consumo, en ese entender se puede deducir que son de edades tempranas o jóvenes que tienen más relación con su grupo de amigos o que asisten a reuniones o fiestas, lo que implica consumir drogas o bebidas.

Y en último lugar tenemos a usuarias que son empleadas o laboran fuera del hogar, sin embargo ello también implica que consuman sustancias por diferentes razones, pero no menos importantes.

**Tabla 6**

*Religión de las mujeres con diagnóstico de Sustancias Psicoactivas*

<b>Religión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Católico	54	79,4%
Ateo	8	11,8%
Testigos de Jehová	6	8,8%
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100,0%</b>



## **INTERPRETACIÓN**

En la tabla 6, se puede apreciar, que el total de 68 mujeres de las historias clínicas revisadas, el 79.4% pertenecen a la religión católica, sin embargo el 11.8% de las mujeres son Ateos, mientras tanto el mínimo porcentaje de 8.8% pertenecen a la religión de testigos de jehová.

Ello también nos demuestra que el problema se presenta en usuarias que en su mayoría son de religión católica, teniendo como cierta influencia la religión, por las diversas costumbres propias a estas prácticas o caracterizándose por el consumo de bebidas alcohólicas en las fiestas costumbristas u otras reuniones propias de su religión.

Se refiere a un factor de riesgo porque el consumo de sustancias ha sido una costumbre ancestral entre las poblaciones humanas, el cual solía ser un acto de naturaleza ritual, cuyo significado estaba muy relacionado con las culturas de cada lugar.

Entonces ya se habla de antecedentes en base a la ingesta de sustancias, relacionadas con las prácticas y ceremonias religiosas o espirituales, un ejemplo es la hoja de coca que se utilizaba en cada ritual desde el incanato, así mismo alucinógenos utilizados en épocas pre colombinas como práctica folclórica.

El siguiente porcentaje ya nos demuestra que las mujeres que incurren en el consumo no tienen ninguna creencia religiosa que conlleve su consumo y seguidamente están las mujeres provenientes de la religión testigo de Jehová.

De esta manera determinamos otro factor en el cual puede ser pasado por alto, sin embargo, las costumbres religiosas arraigadas en cada cultura también tiene una influencia en el consumo de sustancias por parte de estas mujeres.

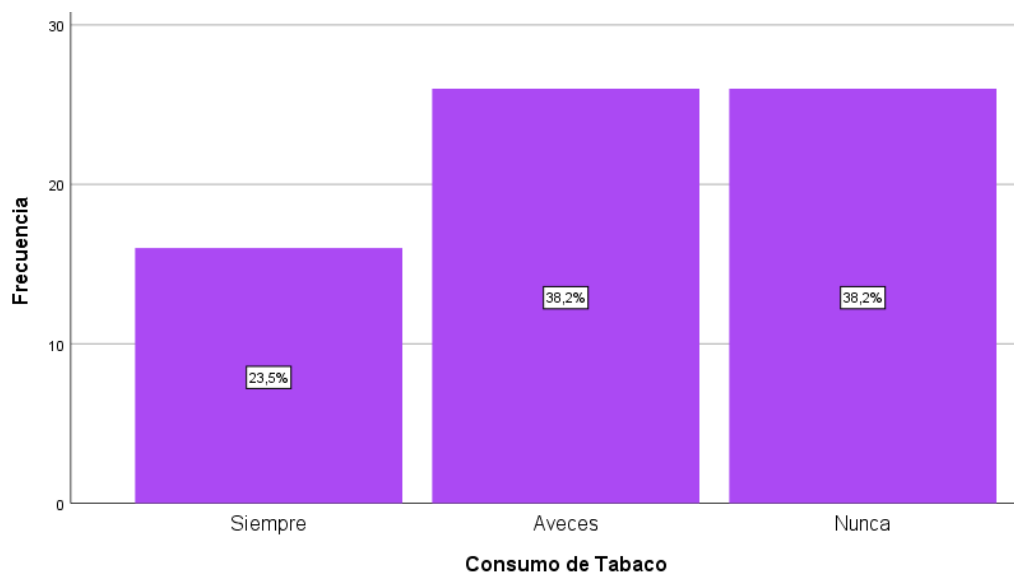
- **Factores Personales en mujeres con diagnóstico de Sustancias Psicoactivas de un centro comunitario de Arequipa, atendidas del 2016-2018.**

Dentro de los factores personales en mujeres se toma consumo del tabaco, consumo del alcohol, consumo de drogas, cuyos datos son recolectados del análisis de historias clínicas y que a continuación se presenta en tablas de frecuencias

**Tabla 7**

*Consumo del Tabaco en las mujeres con diagnóstico de Sustancias Psicoactivas*

<b>Consumo del Tabaco</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Siempre	16	23,5%
A veces	26	38,2%
Nunca	26	38,2%
Total	68	100,0%



## INTERPRETACIÓN

En la tabla 7, se evidencia, que el total de 68 mujeres de las historias clínicas revisadas, el 38% de las mujeres nunca ha consumido el tabaco, así mismo también 38.2 % a veces han consumido el tabaco, sin embargo existe el 23.5% siempre ha consumido el tabaco.

Según Grados (2019), “actualmente las mujeres consumen más tabaco que los hombres, situación que se registra en los últimos 10 años, incrementando así el riesgo de sufrir varios tipos de cáncer”, según información retomada por un especialista del Ministerio de Salud (MINSA).

Así mismo explicó que “el **consumo de cigarrillo** incrementa entre 30% y 40% el riesgo de sufrir cánceres al pulmón, orofaringe (garganta) y cavidad oral (boca)”.

Refiriendo que anteriormente los varones eran los que consumen más tabaco, sin embargo, ahora esa conducta ha cambiado, siendo la mujer la que consume y así mismo es mal vista.

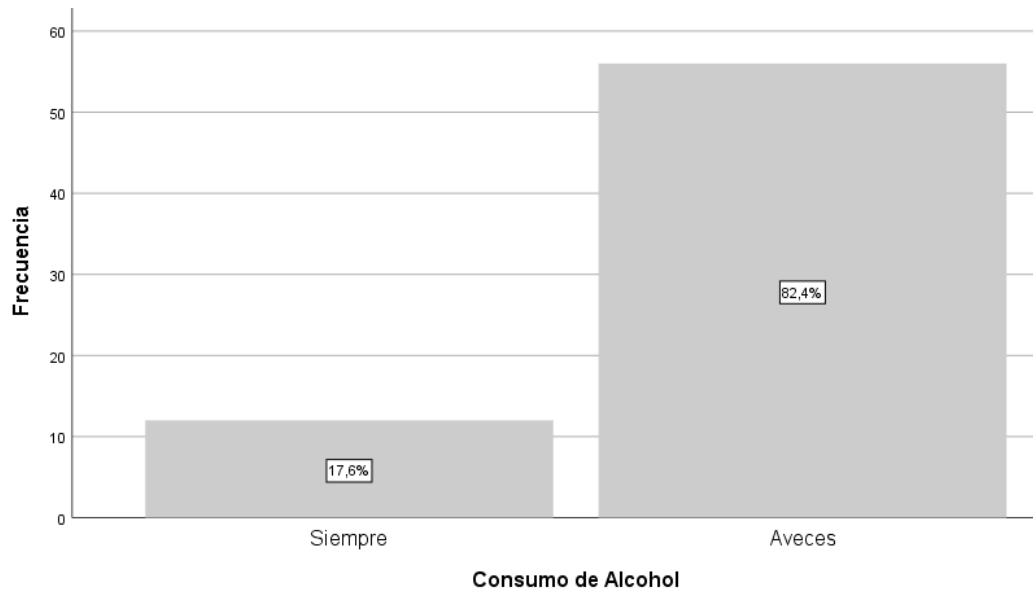
Incluso la edad en que las personas inician el consumo está en un promedio de 13 a 14 años de edad.

Es así que observamos un incremento del consumo alarmante entre las usuarias las cuales es un segundo porcentaje señalan que han consumido a veces o que lo hacen siempre.

**Tabla 8**

*Consumo del Alcohol en las mujeres con diagnóstico de Sustancias Psicoactivas*

<b>Consumo del Alcohol</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Siempre	12	17,6%
Aveces	56	82,4%
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100,0%</b>



### **INTERPRETACIÓN**

En la tabla 8, se puede apreciar, que el total de 68 mujeres de las historias clínicas revisadas, el dato sobresaliente es el 82,4% a veces consumen el alcohol y el 17,6% siempre consumen el alcohol. Rodelgo (2016) considera que el alcoholismo es un trastorno del comportamiento, el cual consiste en que la persona consume alcohol en forma excesiva, generando una adicción,

que afecta el estado físico y psicológico, donde la persona no es capaz de controlar el fuerte impulso hacia el consumo. Este estado de consumo excesivo del alcohol consiste en que la persona puede consumir grandes cantidades de alcohol, en un tiempo corto, ello se da especialmente en personas menores de 34 años, en reuniones o fiestas nocturnas.

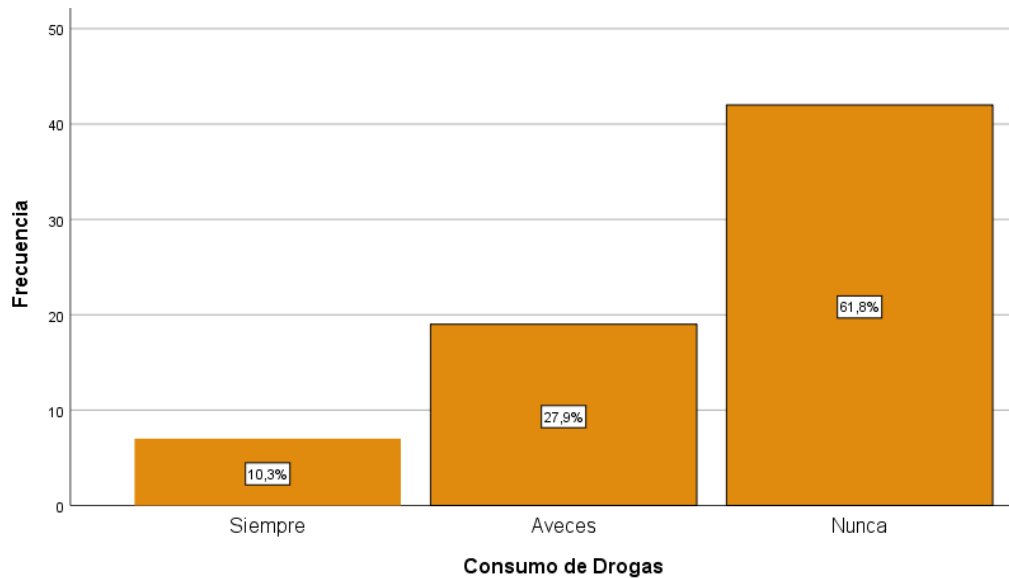
Según la Organización Panamericana de la Salud OPS (2019), señala “las diferentes formas en que el consumo de alcohol perjudica a las mujeres, en lo que también se incrementan riesgos de cáncer, lesiones o complicaciones durante el embarazo”, además no solo a nivel físico, sino que también a nivel psicológico lo cual implica varias esferas a nivel familiar, social e individual. Así mismo, además de los mitos sobre los beneficios del alcohol para la salud, muchos de estos problemas están asociados a su consumo en pequeñas cantidades, por lo que afirmamos que las mujeres que consumen alcohol, tienden a sufrir más problemas de salud, que los hombres, así sea en menores cantidades.

Así, en Latinoamérica, las mujeres actualmente beben alcohol en mayor medida y con mayor frecuencia, razón por la cual tienen una mayor prevalencia de trastornos por alcohol en todo el mundo.

**Tabla 9**

*Consumo de Drogas en las mujeres con diagnóstico de Sustancias Psicoactivas*

<b>Consumo de Drogas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Siempre	7	10,3%
Aveces	19	27,9%
Nunca	42	61,8%
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100,0%</b>



## **INTERPRETACIÓN**

En la tabla 9, se puede apreciar, que el total de 68 mujeres de las historias clínicas revisadas, donde el 61.8% nunca consumieron ningún tipo de drogas, sin embargo, el 27.9% de las mujeres consumieron algunas sustancias de drogas y finalmente el 10.3% siempre consumieron estas sustancias. Según Castillero (2013), refiere: “que el consumo de sustancias psicoactivas,

específicamente las drogas es un fenómeno común en la sociedad en que vivimos, dentro de las cuales se encuentran las sustancias legales e ilegales, por lo que los individuos acceden fácilmente sin medir los peligros o las consecuencias.”

Según Pérez (2011), “algunos autores postulan que la problemática no presenta diferencias importantes en lo que concierne al sexo en el consumo de drogas”.

Los investigadores no encontraron distinciones notables entre hombres y mujeres en términos de su funcionamiento social o cómo se adaptaron al consumo de drogas. Además, ambos géneros reportaron motivos primarios similares para iniciar el consumo de drogas. Sin embargo, surgieron disparidades en cuanto a la edad en que las personas comenzaron a consumir drogas, así como los factores que tendían a asociarse con un inicio más temprano en los hombres que en las mujeres. Además, los investigadores observaron diferencias en las tasas de recaída entre los dos géneros.

Numerosos autores reportan importantes discrepancias en el consumo de sustancias psicoactivas entre hombres y mujeres. Allen (1994) observa que, a pesar de que hay más adictos masculinos, las mujeres adictas experimentan entre un 50 y un 100 % más de efectos negativos de las drogas que sus homólogos masculinos. Taylor (1994) destaca el papel activo que juegan los hombres en la introducción del consumo de drogas a las mujeres, así como la dependencia de las mujeres de sus parejas adictas, con quienes a menudo se inyectan drogas, y la dependencia financiera que resulta de su adicción.

Las mujeres que experimentan adicción enfrentan mayores riesgos y consecuencias más severas, particularmente para sus hijos. Además, estas mujeres son frecuentemente objeto de abuso sexual y físico.

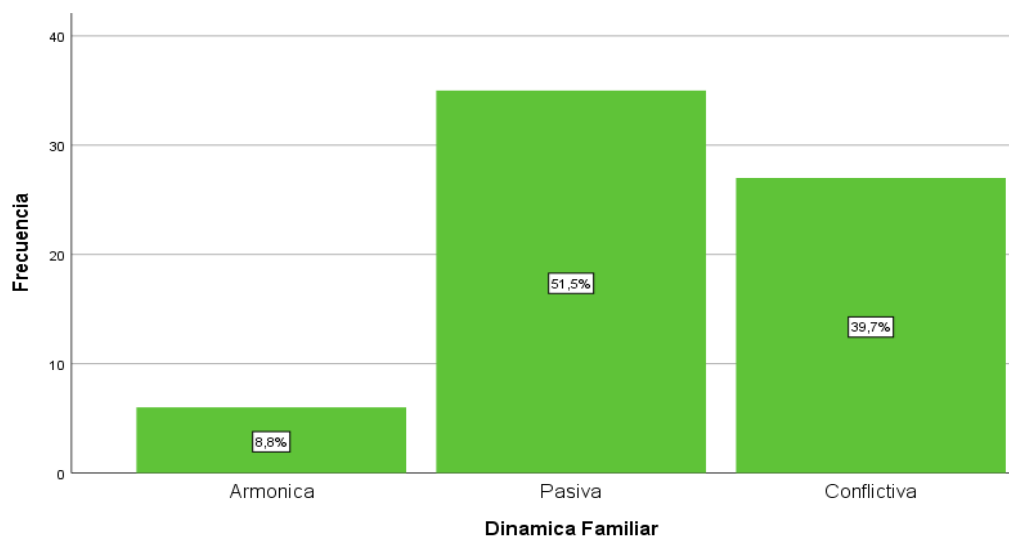
- **Factores Familiares en mujeres con diagnóstico de Sustancias Psicoactivas de un centro comunitario de Arequipa, atendidas del 2016-2018.**

Dentro de los factores familiares en mujeres se toma la dinámica familiar, tipo de familia, composición familiar, cuyos datos son recolectados del análisis de historias clínicas y que a continuación se presenta en tablas de frecuencias:

**Tabla 10**

*Dinámica Familiar de las mujeres con diagnóstico de Sustancias Psicoactivas*

<b>Dinámica Familiar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Armónica	6	8,8%
Pasiva	35	51,5%
Conflictiva	27	39,7%
Total	68	100,0%



## INTERPRETACIÓN

En la tabla 10, se puede apreciar, que el total de 68 mujeres de las historias clínicas revisadas, el 51,5 % tienen una dinámica familiar pasiva, sin embargo, el 39,7% tienen una familia conflictiva y solo 6 mujeres que equivale al 8.8% tienen una familia armónica. De Hoyos (2016). Refiere que: “la dinámica familiar es todo el proceso que se genera al interior de un grupo familiar, de esta manera lo entendemos como las interacciones y relaciones entre los miembros de la familia, todo ello estructura la organización del mismo y el funcionamiento de la vida en familia, las normas que la regulan en el desempeño de sus tareas, roles y funciones.”

Según Aguirre (2005), al existir una inadecuada funcionalidad familiar, incluyendo la carencia de expectativas por las conductas que se demuestran, el fracaso para controlar a los hijos, o castigos excesivamente severos, incrementa el riesgo de consumo de sustancias, ello empeora si uno de los padres o ambos también consumen alguna o varias sustancias, lo que conlleva a que los hijos presenten este problema desde la adolescencia.

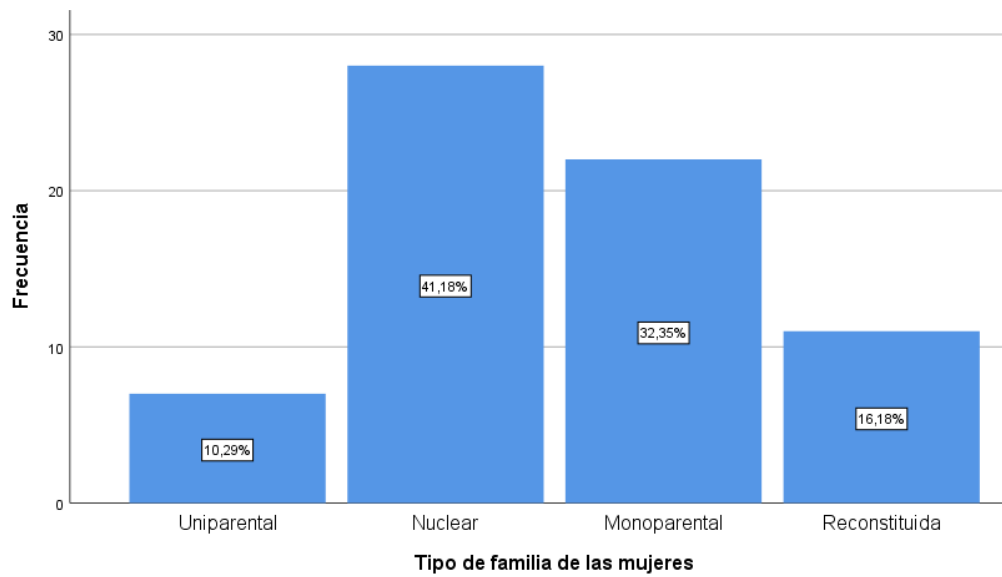
Existen varios factores de riesgo cuando se habla del desarrollo infantil, entre ellos la ausencia de modelos claros de autoridad y afecto, estilos de crianza autocráticos, rigidez excesiva, falta de figura paterna, abuso de sustancias por parte de los padres, falta de modelos de conducta social adecuados, conflicto en las relaciones familiares y de pareja y abuso de sustancias en la familia. Además, los factores de riesgo pueden incluir crianza permisiva o desinteresada, privación económica, acceso limitado a modelos de identificación sexual, participación mínima de los padres en la formación de sus hijos y expectativas extremas para el éxito de sus hijos, así como la desintegración familiar.

Cuando las familias experimentan un ambiente discordante, falta de cercanía emocional y muestran bajos niveles de cohesión, existe una mayor probabilidad de consumo de drogas. Específicamente, el apoyo mínimo de los padres se ha relacionado con este comportamiento en la dinámica familiar.

**Tabla 11**

*Tipo de Familia de las mujeres con diagnóstico de Sustancias Psicoactivas*

<b>Tipo de Familia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Uniparental	7	10,3%
Nuclear	28	41,2%
Monoparental	22	32,4%
Reconstituida	11	16,2%
Total	68	100,0%



## **INTERPRETACIÓN**

En la tabla 11, se puede apreciar, que el total de 68 mujeres de las historias clínicas revisadas, el 41.18% de las mujeres pertenecen a la familia nuclear, seguido el 32,35% tienen una familia monoparental, así mismo el 16.18% a una familia reconstituida y finalmente el 10. 29% tiene una familia

uniparental. Peñafiel (2009). Manifiesta que la familia es el primer entorno donde se desarrollan las aptitudes, los valores, siendo así el primer agente socializador y por ende un factor protector muy importante, si sucede lo contrario se convierte en una influencia para que sus miembros consuman sustancias.

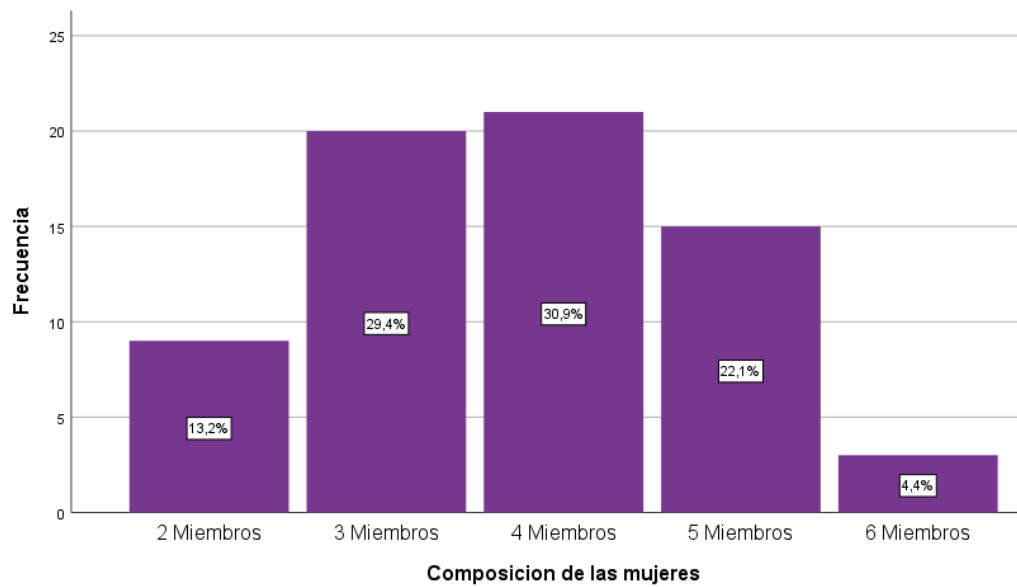
Aguirre (2015) ha sugerido que la composición o disposición de una unidad familiar puede influir en la probabilidad de abuso de sustancias en el futuro en los niños. Específicamente, la ausencia de uno de los padres debido a factores como un nuevo matrimonio podría considerarse un factor de riesgo para tales resultados.

La unidad familiar es vista como una amenaza potencial en lugar de una fuente de consuelo cuando se trata del uso de sustancias psicoactivas. Esto es particularmente cierto si la familia promueve el consumo de drogas legales o ilegales y, peor aún, si uno o ambos adultos o padres son consumidores. Los adolescentes también están en riesgo cuando hay falta de supervisión, junto con antecedentes de comportamiento antisocial, conflicto intrafamiliar y abuso psicológico o físico. Estas condiciones representan una amenaza para el desarrollo personal y las expectativas de los niños.

**Tabla 12**

*Composición familiar de las mujeres con diagnóstico de Sustancias Psicoactivas*

<b>Composición Familiar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
2 miembros	9	13,2%
3 miembros	20	29,4%
4 miembros	21	30,9%
5 miembros	15	22,1%
6 miembros	3	4,4%
Total	68	100,0%



## **INTERPRETACIÓN**

En la tabla 12, se puede apreciar, que el total de 68 mujeres de las historias clínicas revisadas, donde el 30,9% de las mujeres tienen 4 miembros en su familia, así mismo el 29,4% tienen 3 miembros, seguido el 22,1% tienen 5 miembros, el 13,2% tiene 2 miembros y finalmente el 4.4% tiene 6 miembros en su familia.

Entonces nos referimos a que las mujeres que presentan un consumo provienen de hogares con cuatro miembros, teniendo dos hijos o tres si es que la familia es monoparental, no es tanto el número de hijos, sin embargo presentan por algún motivo dicho problema.

## DISCUSIÓN

En el tercer cuadro se demuestra que las mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental y que fueron diagnosticadas por problemas de consumo de sustancias se encuentran dentro de la etapa de vida adulta, teniendo una edad promedio de 30 años, siendo una edad de riesgo debido a las diversas responsabilidades que tienen como madres, cónyuges, etc., así mismo la edad de inicio de consumo se presenta en edades más tempranas como de 15 años en adelante principalmente en las usuarias del centro de salud mental comunitario, también se muestra casos de personas de 75 años de edad, demostrándose así el consumo en personas adultas mayores, pero en menor grado, es por ello que hablamos de una situación preocupante que se presenta casi en todas las etapas de vida.

En base a ello según Caraveo (2017), de acuerdo a la investigación realizada en México, identifica el evidente aumento del consumo de alcohol en la población femenina, donde realizó un análisis estimando que en 7 años hubo un incremento de 4 veces a los anterior asumiendo una dirección ascendente. Antes de cumplir los 30 años, el 60% de los que consumen alcohol han reducido su ingesta. Por el contrario, el 40% restante ha mantenido o incrementado su consumo, especialmente las mujeres.

Lo que demuestra un acercamiento a estas cifras de consumidoras de edad adulta.

En el cuarto cuadro respecto al estado civil, se demuestra más prevalencia de consumo de sustancia en el estado civil soltera, así mismo ellas no especifican si son convivientes y viven solas, sin embargo por la observación de las fichas, cuentan con familias nucleares, como también monoparentales, es decir son

convivientes, que se dedican al cuidado de sus hijos con el conviviente, como también lo hacen solas, por lo que implica asumir más responsabilidades, Un segundo grupo tenemos a las de estado civil casada en tanto así se demuestra que no existe una buena dinámica en su familia, o un apoyo adecuado de su ambiente familiar.

Referente a ello, Briñez (2001), manifiesta que “en la mujer el abuso del alcohol se manifiesta de manera diferente según la edad, el estado civil, la satisfacción con su rol, las discrepancias con su pareja en lo relacionado con la forma de beber, la depresión, el empleo y la pertenencia a determinados grupos humanos”, por lo que realizó un análisis de 39 estudios longitudinales desarrollados en 15 países determinando que las mujeres que se encuentran en edad adulta beben con frecuencia menor a diferencia de la población joven demostrando que presentan patologías mínimas a comparación de aquellas que si lo hacen, no obstante se encontró que el consumo excesivo de alcohol se relaciona mayor con la depresión, a diferencia de los varones que consumen por presentar desorden de personalidad antisocial.

En la quinta tabla, observamos que la prevalencia de consumo en las mujeres, está en las de ocupación amas de casa, muchas veces ello significa dependencia económica y afectiva hacia el cónyuge o conviviente, lo cual implica también el cuidado de los hijos, la atención a su hogar, entre otras responsabilidades o deberes, están más propensas a sufrir de algún tipo de violencia hacia su persona, como la violencia económica, física o psicológica por parte de sus parejas u otros familiares. Seguidamente se presentan las de ocupación estudiantes, las que en su

mayoría son jóvenes y tienen influencia de su entorno o grupo de pares, así mismo se presenta el grupo de ocupación empleadas, las cuales trabajan o laboran.

De acuerdo a ello Castillo (2008), resalta que “las mujeres que consumen alguna sustancia se caracterizan porque tienen pareja, se dedican a trabajar o al hogar; acuden principalmente por iniciativa propia en busca de un tratamiento para el consumo de tabaco o alcohol. La acción predominante de este grupo contra el consumo de drogas ha sido mayormente una decisión voluntaria y el apoyo y los problemas asociados a su consumo son de salud y familiares. Las sustancias que predominan en este rango de edad fueron el tabaco y el alcohol”.

De acuerdo a ello también Valdivia (2015), según también los resultados de un estudio, “*Consumo de drogas psicotrópicas y capacidades de autocuidado en mujeres de Tepic*, en donde se identifica como dato relevante que el 73% de las mujeres encuestadas son solteras, dato que coincide con la ocupación que desempeñan (empleadas), es decir, que ejercen el rol de proveedor para el sustento familiar, lo cual puede generar una presión familiar y una alteración emocional lo que repercute en el inicio del consumo de drogas psicotrópicas”.

En lo referente a la tabla 6 se demuestra que las mujeres que acudieron al Centro de Salud Mental y con diagnóstico de consumo de sustancias, son en su mayoría de la religión católica, ahí ellas practican algunas costumbres o creencias o la participación en fiestas patronales donde tenga que ver el consumo de alcohol o de otras sustancias, existiendo así un riesgo en caer en una adicción.

Es por ello que según Vargas (2014), respecto a “las prevalencias en el abuso del alcohol por las variables de religión, se muestra que los jóvenes sin religión y de

otra religión tuvieron una mayor prevalencia de abuso del alcohol que los católicos y los evangélicos, estos últimos fueron quienes incurrieron menos en esa conducta. El valor por la religión o iglesia presentó una relación estadística inversa con el abuso del alcohol, a mayor confianza en la religión, menor abuso”.

Demostrando así que según también la ficha socioeconómica las mujeres que consumían sustancias en su mayoría señalaron ser de religión católica.

En lo referente a la tabla 7 se demuestra que las historias clínicas de las usuarias señalan que en alguna ocasión consumieron tabaco, teniendo en una cantidad similar a las que no lo consumieron nunca, y seguido de las mujeres que lo consumen siempre, en ese entender existe una predisposición al consumo de esta sustancia la cual se ha incrementado a comparación de los varones.

Es por ello que la Organización Panamericana de la Salud OPS (2019), de los 100 millones de personas que consumen tabaco, 200 millones son mujeres, en verdad una realidad muy preocupante debido a que afecta gravemente su salud física, exponiéndose a muchas enfermedades entre ellas el cáncer, es así que también se determina las diversas causas por lo que lo hacen, a pesar de estas cifras, cada año existe la mortalidad de mujeres y en general de las personas que lo consumen.

En la octava tabla y gráfico también se demuestra que mediante la revisión de las historias clínicas es que a veces consumen alcohol, seguido de las mujeres que siempre lo hacen, lo que también es preocupante, ya que se ha demostrado que el consumo es más frecuente por diversas razones, así mismo tiene una repercusión en la salud de estas personas tanto en el aspecto físico, como en el aspecto emocional.

Referente a ello la revista *Fucsia* (2019), menciona “que las investigaciones recientes han comprobado que el sexo femenino es más vulnerable a los efectos de las bebidas alcohólicas. Un nuevo estudio demostró que beber constantemente tiene más consecuencias físicas adversas en las mujeres, o por lo menos en ellas aparecen más rápido y con más fuerza”.

De acuerdo a la investigación, realizada en la revista *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, menciona que en “el género femenino el abuso del alcohol deriva en daño neurológico con mayor prontitud. Lo mismo ocurre con la cirrosis y la depresión, además de que aumenta el riesgo de cáncer de seno. La evidencia ha probado que las mujeres se emborrachan más fácilmente, pues alcanzan niveles más altos de alcohol en la sangre incluso con dosis más pequeñas”.

En la novena tabla, según las historias clínicas de las usuarias, señalan que no consumen otro tipo de droga que no sea alcohol o tabaco; a pesar de ello no significa que estas no sean perjudiciales. Sin embargo, hay un resultado preocupante que es el segundo lugar de personas que consumen en ocasiones o a veces. Ello por su puesto en lo referente a otras drogas legales o ilegales.

En la décima tabla, observamos que en las historias clínicas de las usuarias tienen una dinámica familiar pasiva o indiferente, ello por muchas razones como el escaso apoyo que tienen por parte de sus parejas u otros familiares en cuanto al problema, teniendo a su vez un segundo lugar donde la dinámica familiar es conflictiva.

En ese entender Aguirre (2016), señala que “en relación al contexto familiar, se constata que la existencia de conflictos en la familia y una pobre interacción entre padres e hijos, una disciplina inconsistente o carencia de disciplina, unas expectativas poco claras del comportamiento de los hijos, un control o supervisión pobres, una aplicación excesiva del castigo, escasas aspiraciones acerca de la educación de los hijos, un clima familiar conflictivo, baja cohesión o vinculación emocional entre la familia, escaso apoyo de los padres predice el consumo de drogas”.

En la undécima y duodécima tabla, las mujeres diagnosticadas con consumo de alcohol en su mayoría son provenientes de familias nucleares y de composición familiar de 2 a 4 miembros pertenecientes también a estas familias nucleares, lo que se demuestra, que pertenecen a familias constituidas, sin embargo, se demostraría que no tienen un apoyo adecuado por parte de esta o al contrario existen conflictos o violencia dentro de la misma, por lo que induce a la mujer a consumir sustancias.

En relación a este enfoque Ruiz (2014), refiere que “las personas que tienen alguna adicción, de acuerdo a las encuestas la cohesión, y las actividades social-recreativas e intelectual-culturales ocupan los últimos sitios. Este grupo percibe que, en sus familias, cada integrante está más orientado a conseguir sus propios intereses, se organizan y buscan la obtención de logros; pero, presentan conflictos familiares; consideran que en su familia existe poco soporte afectivo y escasas actividades de desarrollo compartidas entre sus miembros”.

## CONCLUSIONES

- Dentro de los factores sociales, en referencia a su edad, sea demostrado que el consumo se presenta en edades muy tempranas como en los 15 años en estas usuarias, así mismo en edades adultas como en los 30 años, en los cuales se mantiene el consumo, y teniendo también la presencia de personas adultas mayores de entre los 75 años.
- El estado civil de estas mujeres comprende que son solteras, sin embargo, no significa que vivan solas, en su mayoría son convivientes o madres solteras según la revisión de las fichas socioeconómicas, a su vez presentan más responsabilidades lo que se convierte en un factor de riesgo.
- Dentro de su ocupación las pacientes en su mayoría son amas de casa, siendo un factor de riesgo porque mayormente dependen económicamente y emocionalmente de sus cónyuges o convivientes, no tienen tampoco un proyecto de vida definido a nivel académico, ni laboral.
- En su mayoría son de religión católica, lo que se traduce en costumbres o creencias propias de su religión como la práctica de rituales donde exista el consumo de alcohol u otras sustancias que están presentes en dichas celebraciones.
- En los factores personales comprendidos el consumo de alcohol o tabaco, señalan que lo consumieron en ocasiones, así mismo por diversas razones, siendo a su vez lo más preocupante las mujeres que lo consumen siempre.
- En cuanto al consumo de drogas ellas manifiestan en la historia clínica que nunca consumen otras drogas que no sea alcohol o tabaco, lo cual

tampoco las excluye del riesgo a la cual están expuestas, además de que seguidamente en segundo lugar se presenta el porcentaje de mujeres que lo ha consumido a veces.

- En lo referente a los factores familiares están las mujeres que tienen una dinámica familiar pasiva o indiferente, lo que también se convierte en un riesgo porque no existe el apoyo de la familia o de la pareja en cuanto al problema, lo más preocupante es la dinámica familiar conflictiva, lo que promueve a que estas mujeres puedan incurrir en consumo por el ambiente familiar en el que viven.
- Las familias a las que pertenecen son nucleares y de 4 miembros, es decir está presente la pareja y los hijos, sin embargo, ello no garantiza que exista un ambiente de cohesión familiar o apoyo a la mujer, más aún tienen más responsabilidades en relación a su pareja o hijos.

## RECOMENDACIONES

- Los resultados obtenidos son útiles para desarrollar alternativas de atención que tomen en cuenta distintos factores. Por ejemplo: en la edad de las usuarias, las instituciones de salud y educativas deben tomar más estrategias para la educación a la familia en cuanto normas, pautas de crianza, orientaciones a los adolescentes, en temas de prevención del alcoholismo, comunicación familiar entre otros, los cuales coadyuven la confianza e integración de la familia.
- El Ministerio de Salud como ente rector debe priorizar temas de promoción de la salud, en coordinación con otras instituciones, para ello sensibilizar a estas instituciones incluidas a los establecimientos de salud como el trato diferenciado que se debe tener en mujeres que consumen algún tipo de sustancia a comparación de los varones, además de capacitarlos en temas de género, la no estigmatización hacia la mujer, temas que también estén dirigidos a las familias que atienden.
- Los Centros de Salud Mental Comunitarios deben priorizar entre sus funciones la psicoeducación y seguimiento, dirigido a las usuarias y sus familiares para lograr una sensibilización de la importancia que tiene este problema en alguna mujer que pueda padecer este problema. El cuál facilitará tener un mejor trato a todas usuarias que decidan asistir a algún centro de tratamiento especial y así promover un soporte mejor trato a toda usuaria que decida acudir a algún centro de tratamiento especializado y así propiciar un mejor soporte familiar en apoyo a su tratamiento.

- Desde los Centros Comunitarios en coordinación con otras instituciones, poder capacitar o hacer talleres de empoderamiento dirigido a mujeres con algún problema de consumo de sustancias y similares, como brindar talleres para fortalecer sus capacidades o habilidades laborales, para que puedan emprender algún negocio o poder ingresar a algún espacio laboral buscando así su emprendimiento e independización en todo aspecto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar Idañez M, Art, La importancia de las redes de apoyo, España 2016 (internet), citado el 12-09-2018 Disponible en:

<https://mariajoseaguilaridanez.wordpress.com/2016/10/11/la-importancia-de-las-redes-de-apoyo/>

Ahumada-Cortez, Jesica Guadalupe; Gámez-Medina, Mario Enrique; Valdez-Montero, Carolina EL CONSUMO DE ALCOHOL COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA Ra Ximhai, vol. 13, núm. 2, julio-diciembre, 2017, pp. 13-24 Universidad Autónoma Indígena de México El Fuerte, México, citado el 07-4-2019, disponible en:

<https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510001.pdf>

Albarracín Ordoñez, Marcela y Muñoz Ortega, Liliana. (2008). Factors associated with alcohol consumption in students of the first two years at college. *Liberabit*, 14(14), 49-61. Recuperado en 18 de noviembre de 2018. disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172948272008000100007&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172948272008000100007&script=sci_arttext&tlng=en)

Aguirre N, Aldana O, Art. *Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institución de educación media técnica de Colombia*, Colombia 2014, recuperado el 15 de diciembre de 2019, disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n1/0124-0064-rsap-19-01-00021.pdf>

Barreda M, M, Díaz S, M, (2005), *Art. MUJER Y ADICCIÓN Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención*. Ed. 2005, Madrid España, recuperado el 15 de diciembre de 2019, disponible en:

[https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/02\\_Mujer\\_y\\_adiccion\\_InstitutoAdiccionesMadrid.pdf](https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/02_Mujer_y_adiccion_InstitutoAdiccionesMadrid.pdf)

Blanco P, Sirvent C, *Diferencias de género en la Adicción e implicaciones terapéuticas*, Rev. Salud y Droga, vol. 5, núm. 2, diciembre, 2005, pp. 81-97 Instituto de Investigación de Drogodependencias Alicante, España, citado el 13 de diciembre de 2019, disponible en:

<https://www.redalyc.org/pdf/839/83905205.pdf>

Briñez Horta José Arturo, Art, “Diferencias de género en problemas de alcohol, según el nivel de consumo” Bogotá-Colombia, 2001, citado el 20/04/19, disponible en:

[file:///C:/Users/Karen/Downloads/559-1079-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Karen/Downloads/559-1079-1-SM%20(1).pdf)

Base de datos de la Unidad de Adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario 2016, 2017,2018.

Caraveo Andagua Jorge, “Diferencias por género en el consumo de alcohol en la Ciudad de México”, División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, Departamento de Investigación en Servicios de Salud, Instituto Mexicano de Psiquiatría, México. 2017, citado el 20/04/19, disponible en:

<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6148/7253>

Castillo Franco, P. Isaías, y Gutiérrez López, Alma Delia. (2008). Consumo de drogas en mujeres asistentes a centros de tratamiento especializado en la Ciudad de México. *Salud mental*, 31(5), 351-359. Recuperado en 20 de abril de 2019, disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252008000500003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000500003)

Castillero Mimenza O, Art, “Los 9 tipos de drogadicción y sus características” Rev. Psicología y Mente, Barcelona España 2018 citado el 12-09-2018 Disponible en:

<https://psicologiymente.com/drogas/tipos-de-drogadiccion>

Concepto definición de Redacción. (Última edición: 18 de julio del 2019). Definición de Rol de Género. Consultado el 11 de diciembre del 2019 Recuperado de:

<https://conceptodefinition.de/rol-de-genero/>

De Hoyos Suarez Edson, Art, Dinámica familiar, Rev, Medicina Familiar, publicado el 08 de marzo del 2016, citado el 09-04-2019, disponible en:

<https://es.slideshare.net/edsondehoyos35/dinamica-familiar-59267665>

Díaz Morales K, Amaya Rey M, Tesis “Factores familiares, individuales y ambientales en el consumo y no consumo de drogas en adolescentes” Av. enferm., Vol 30, p. 37-59, 2012. ISSN electrónico 2346-0261. ISSN impreso 0121-4500. citado el 09/08/19 disponible en:

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/39862/41790>

Fantin M, Art, Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas, Ajayu, Agosto 2011, 193-2014, citado el 07-04-2019, disponible en:

<http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v9n2/v9n2a1.pdf>

García-Leiva P, IDENTIDAD DE GÉNERO: MODELOS EXPLICATIVOS Departamento de Psicología Área de Psicología Social Universidad de Huelva, 2005, citado el 03-11-2018, disponible en:

[http://www.escritosdepsicologia.es/descargas/revistas/num7/escritospsicologia7\\_revision4.pdf](http://www.escritosdepsicologia.es/descargas/revistas/num7/escritospsicologia7_revision4.pdf)

Guerra Guerra, J. (2011). EL ABUSO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN GESTANTES.. *Umbral Científico*, (18), 69-85, citado el 18/04/2019, disponible en:

<https://www.redalyc.org/html/304/30421523010/>

Grados L. (2019), MINSA, Las mujeres consumen más tabaco que los hombres, Rev. Los Andes, publicado el 31/5/2019, citado el 18 de diciembre de 2019, disponible en:

<https://andina.pe/agencia/noticia-minsa-mujeres-consumen-mas-tabaco-los-hombres-754074.aspx>

Hernández López, Teresa, Roldán Fernández, Jesús, Jiménez Frutos, Anunciación, Mora Rodríguez, Carlos, Escarpa Sánchez-Garnica, Dolores, Pérez Álvarez, María Teresa. (2009). La Edad de Inicio en el Consumo de

Drogas, un Indicador de Consumo Problemático. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 199-212. Recuperado en 13 de diciembre de 2019, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592009000300002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000300002&lng=es&tlng=es)

Herrera Lopez V. Instituto Nacional de Salud Mental “Rol del Centro Mental Comunitario” Publicado el 6 de sept. De 2015, citado el 10-03-2019, disponible en: <https://es.slideshare.net/dangerous7/rol-del-centro-de-salud-mental-comunitario>

López-Granados L, De J. Cruz-Cortés C, art. “Factores psicosociales y sociodemográficos vinculados al uso de sustancias psicoactivas en mujeres durante el embarazo. Una revisión narrativa” Departamento de Investigación Psicosocial y Documental. Centros de Integración Juvenil, Revista Internacional de Investigación en Adicciones 2017.3 (2).45-56A.C., México 2017, citado el 05-12-2018 Disponible en:

<file:///C:/Users/Karen/Downloads/90-Texto%20del%20art%C3%ADculo-456-1-10-20171206.pdf>

Manual para la prevención del consumo de drogas Proyecto, Descentralización de Políticas de Drogas en los Países Andinos PERÚ, Programa de Capacitación Laboral CAPLAB Proyecto de Prevención del Consumo de Drogas en la Formación Profesional- DEVIDA 2002

Ministerio de Salud, Plan de Fortalecimiento de servicios de salud Mental Comunitaria, 2018-2021, 24 DE ABRIL DEL 2018/RRPPII, citado el 10-03-219, disponible en:

<http://www.hhv.gob.pe/pdf/novedades/2018/prueban-plan-nacional-de-fortalecimiento-de-servicios-de-salud-mental-comunitaria-2018-2021.pdf>

Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 9: Promoviendo la salud mental / Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud; Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública y Administración “Carlos Vidal Layseca”. Unidad de Salud Mental. -- Lima: Ministerio de Salud, 2005. 18 p. Disponible en:

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2279.pdf>

Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 5: Abuso de sustancias / Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud; Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública y Administración “Carlos Vidal Layseca”. Unidad de Salud Mental. -- Lima: Ministerio de Salud, 2005. 20 p. Disponible en:

<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/057.pdf>

Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 5: Abuso de sustancias / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud

Pascale A, Consumo De Drogas Durante El Embarazo, Efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia, Modalidades terapéuticas y estrategias de prevención 2005 .citado el 08-09-2018. Disponible en:

<http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/Consumo-de-drogas-durante-el-embarazo-Revision-MSP.pdf>

Peñañiel Pedrosa E, art. Factores De Riesgo y Protección En El Consumo De Sustancias En Adolescentes, Universidad de Alcalá, 2009, citado el 05-12-2018, disponible en:

[file:///C:/Users/Karen/Downloads/DialnetFactoresDeRiesgoYProteccionEnElConsumoDeSustancias-3130577%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Karen/Downloads/DialnetFactoresDeRiesgoYProteccionEnElConsumoDeSustancias-3130577%20(2).pdf)

Pérez Gómez, Augusto, & Correa Muñoz, Marcela. (2011). Identidad femenina y consumo de drogas: un estudio cualitativo. *Liberabit*, 17(2), 211-222. Recuperado en 02 de diciembre de 2018, disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S172948272011000200010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172948272011000200010&lng=es&tlng=es).

Pérez Gómez, A, & Correa Muñoz, M. (2011). Identidad femenina y consumo de drogas: un estudio cualitativo. *Liberabit*, 17(2), 211-222. Recuperado en 05 de diciembre de 2018

<http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v17n2/a10v17n2.pdf>

Pons, Javier, & Buelga, Sofía. (2011). Factores asociados al consumo juvenil de alcohol: una revisión desde una perspectiva psicosocial y ecológica. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 75-94. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592011000100008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592011000100008)

Promoción de la Salud; Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública y Administración “Carlos Vidal Layseca”. Unidad de Salud Mental. -- Lima: Ministerio de Salud, 2005. 20 p. Disponible en:

<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/057.pdf>

Ramírez Belmonte C, “CONCEPTO DE GÉNERO: REFLEXIONES”  
Ensayos, 2008 (8), 307-314, citado el 03-12-2018, disponible en:

<file:///C:/Users/Karen/Downloads/Dialnet-ConceptoDeGenero-3003530.pdf>

Rodelgo T, Art, Alcoholismo: Adicción al alcohol, *Rev. Onmeda .es*, España 2016  
citado el 12- 09-2018 Disponible en:

<https://www.onmeda.es/adicciones/alcoholismo-sintomas-10019-3.html>

Rodríguez A, Art, Sustancias psicoactivas, 04 de agosto del 2013, citado el 07-04-2019, disponible en:

<https://es.slideshare.net/marioalejandrordríguezf/sustancias-psicoactivas-24919682>

Rojas Valero M, Art, Mujeres Colectivo de consumidoras, Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas- CEDRO, 2016, citado el 18/04/19, disponible en:

<http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/324/1/CEDRO.MUJERES%20COLECTIVO%20DE%20CONSUMIDORAS.2016.pdf>

Ruíz Martínez, Ana Olivia, Hernández Cera, Marcela Ivonne, Mayrén Arévalo, Pedro Joaquín de Jesús, & Vargas Santillán, Ma. De Lourdes. (2014). Funcionamiento familiar de consumidores de sustancias adictivas con y sin conducta delictiva. *Liberabit*, 20(1), 109-117. Recuperado en 20 de abril de 2019, disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-4872-014000100010](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-4872-014000100010)

Varela Arévalo, María Teresa, Salazar Torres, Isabel Cristina, Cáceres de Rodríguez, Delcy Elena, Tovar Cuevas, José Rafael, Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. *Pensamiento Psicológico [en línea]* 2007, 3 (enero-junio) : [Fecha de consulta: 18 de noviembre de 2018] Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80130804> ISSN 1657-8961

Vargas-Valle Unice, Art, Georgina Martínez-Canizales (2014), La relación entre el abuso del alcohol y la religión en adolescentes mexicanos, citado el 20/04/19, disponible en:

<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/16783/27011>

## ANEXOS

### ANEXO A

#### ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Elaboración del proyecto	X	X	X	X								
Presentación del proyecto					X	X	x					
Organización del marco teórico				X	X	X	X	X				
Recolección de Datos			X	X	X							
Ejecución							X	X	X			
Elaboración de Tesis									X	X		
Presentación de Tesis											X	
Sustentación												X

● **PRESUPUESTO**

<b>Unidad de medida</b>	<b>Costo Unitario (S/.)</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo total (S/.)</b>
<b>MATERIALES DE ESCRITORIO.</b>			
Paquete Papel bond	S/ 15.00	01	S/15.00
Laptop	S/. 2000	01	S/. 2000.00
Caja Lapiceros	S/ 10.00	01	S/10.00
Caja Lápiz	S/ 10.00	01	S/10.00
Cajas Grapas	S/5.00	02	S/10.00
<b>MATERIALES LOGÍSTICOS.</b>			
Hora de Internet	S/1.00	100	S/100.00
Impresión unitaria	S/0.10	1000	S/100.00
Fotocopias unitaria	S/ 0.10	1000	S/100.00
Textos	S/50.00	10	S/500.00
<b>IMPREVISTOS Y VIATICOS</b>			
Imprevistos	S/500.00	02	S/1000.00
Movilidad y pasaje	S/250.00	01	S/250.00
	<b>TOTAL</b>		<b>S/. 4095.00</b>

FACULTAD DE PSICOLOGÍA LEOPOLDO CHIAPPO GALLI

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... Acepto y autorizo libremente a participar en la investigación FACTORES DE RIESGO SOCIO PERSONALES Y FAMILIARES EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE UN CENTRO COMUNITARIO DE AREQUIPA, ATENDIDAS DEL 2016-2018

Para lo cual usted ha manifestado su deseo de participar, donde le aseguramos que los hallazgos serán utilizados sólo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

---

Firma del paciente



RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA  
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO

## FICHA SOCIAL

N° Historia Clínica:

TIPO DE FAMILIA

### 1.- DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: .....

FECHA DE NACIMIENTO: ..... TELF/ CEL: .....

DIRECCION: ..... REFERENCIA: .....

DNI: ..... SEXO: (M) (F) EDAD: .....

ESTADO CIVIL: ..... TIPO DE SEGURO: .....

Ocupacion: ..... GRADO DE INSTRUCCION: .....

DIAGNOSTICO: ..... OTROS: .....

FECHA: ..... HORA: .....

### 2.- SITUACIÓN ACTUAL DEL USUARIO:

### 3.- COMPOSICION FAMILIAR:

Nombres y Apellidos	Edad	Parentesco	Estado Civil	Grado de Instrucción	Ocupación	OBSERVACIONES
						• TENCENCIA
						• N° AMBIENTES
						• ESTRUCTURA DE LA VIVIENDA
						• Paredes: (Material)
						• Piso: (Material)
						• Techo: (Material)

### 4.- GENOGRAMA

SÍMBOLOS PARA LA ESTRUCTURA	GENOGRAMA (ESTRUCTURAL Y DE RELACIONES FAMILIARES)
<p> <input type="checkbox"/> HOMBRE   <input type="circle"/> MUJER   <input type="triangle-up"/> GESTACION  <input type="square"/> <input type="circle"/> MATRIMONIO  <input type="square"/> <input type="circle"/> CONVIVENCIA  <input type="square"/> <input type="circle"/> SEPARACION  <input type="square"/> <input type="circle"/> DIVORCIO  <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="circle"/> MUERTE   <input checked="" type="circle"/> ABORTO PROVOCADO  <input checked="" type="circle"/> <input checked="" type="circle"/> NATIMUERTO         </p>	<p>VALORES</p> <p>RELIGION</p> <p>OTROS</p> <p>COSTUMBRES/CREENCIAS</p>
<p> <b>SÍMBOLO PARA LAS RELACIONES FAMILIARES:</b>  <input type="line"/> MUY ESTRECHA  <input type="line"/> ESTRECHA  <input type="line"/> INTERRUMPIDA  <input type="line"/> DISTANTE  <input type="line"/> CONFLICTIVA  <input type="line"/> ESTRECHA Y CONFLICTIVA         </p>	