



Programa Nacional de
Centros Juveniles
PRONACEJ
UNIDAD DE ASesoría
JURÍDICA
F. CÁRDENAS M.

Programa Nacional de
Centros Juveniles
PRONACEJ
UNIDAD DE PLANTEAMIENTO
Y PRESUPUESTO
N. VÁSQUEZ C.

Programa Nacional de
Centros Juveniles
PRONACEJ
UGMSI
R. MÁRQUEZ A.

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PARA ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE DROGAS DE LOS CENTROS JUVENILES DE DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN



Programa Nacional de
Centros Juveniles
PRONACEJ

ÍNDICE

ASPECTOS GENERALES	3
1.1 INTRODUCCIÓN	3
1.3 OBJETIVO	4
1.4 FINALIDAD	4
1.5 ALCANCE.....	4
1.7 BENEFICIARIOS.....	4
1.8 ENFOQUE TEÓRICO Y METODOLÓGICO DE LA ESTRATEGIA.....	5
El Modelo Cognitivo – Conductual.....	5
La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)	6
La Psicoeducación.....	7
La Intervención Breve	7
1.10 MODALIDAD DE TRATAMIENTO.....	8
1.11 FRECUENCIA.....	8
1.12 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	9
1.13 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	9
1.14 PROCESO DE ATENCIÓN	9
1.15 METODOLOGÍA DE LAS SESIONES.....	10
1.16 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	12
1.17 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	13





ASPECTOS GENERALES

1.1 INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas es considerado como una pandemia a nivel mundial. El Perú no es ajeno a esta problemática, información reciente nos dice que cada año se reduce la edad de inicio en el consumo de drogas, aparecen nuevas drogas y nuevos patrones de uso; lo cual genera enorme preocupación a pesar de los esfuerzos que se vienen realizando a nivel preventivo.



De acuerdo a la información presentada en los boletines estadísticos mensuales del Programa Nacional de Centros Juveniles –PRONACEJ–, encargada de administrar las medidas socioeducativas que cumplen los adolescentes en conflicto con la Ley Penal en los Centros Juveniles de medio abierto y medio cerrado, existe un significativo 55% de adolescentes que tienen problemas de consumo de drogas legales e ilegales, y en muchos de estos casos, existe alguna relación entre la conducta infractora y el consumo de sustancias.



Es en este contexto y en el marco del Sistema de Reinserción Social del adolescente en conflicto con la Ley Penal, se considera importante desarrollar diversas estrategias de intervención a fin de lograr una adecuada reinserción social, siendo uno de estas estrategias de intervención específica y especializada el cual se pone a disposición de los profesionales de los equipos técnicos interdisciplinarios, principalmente psicólogos, para el tratamiento del consumo de alcohol y otras drogas en los y las adolescentes, tratando de coadyuvar a reducir los riesgos de reincidencia de la conducta infractora.

1.2 DIAGNÓSTICO



De acuerdo a la información estadística elaborada por la Unidad de Asistencia Postinternación, Seguimiento y Evaluación de Resultados de Reinserción Social e Intervención (UAPISE), unidad de línea del PRONACEJ, y presentada en los Boletines Estadísticos mensuales, se puede observar en los cuadros, que hay un número significativo de adolescentes que ingresan a los Centros Juveniles a nivel nacional que consumen drogas.



CJDR	LIMA	ANEXO ANCON II	SANTA MARGARITA	ALFONSO UGARTE	JOSÉ QUÍÑONES GONZÁLES	MARCAVALLE	EL TAMBO	MIGUEL GRAU	PUCALLPA	TRUJILLO	TOTAL
CONSUMO DROGAS											
Experimental	17	6	4	4	17	16	16	10	21	22	133
Ocasional	217	24	10	14	37	32	45	36	23	44	482
Abuso	14	8	12	28	18	8	14	8	30	44	184
Dependencia	36	3	4	3	9	6	0	5	15	4	85
TOTAL	284	41	30	49	81	62	75	59	89	114	884

Si bien, no se cuenta con una información específica que permita relacionar el consumo de drogas con la conducta infractora, cuando el adolescente ingresa y es abordado por el Equipo Técnico Interdisciplinario, se obtiene esta información por reporte de los mismos adolescentes, por lo que, de manera empírica en nuestra labor diaria, se puede asegurar que existe una relación entre consumo de drogas y conducta infractora.

Esta es la razón por la cual se ha considerado necesario desarrollar esta “Estrategia de Intervención”, a fin de dotar de habilidades técnicas a los psicólogos que trabajan directamente con la población de adolescentes, y así ayudar a reducir o eliminar el consumo de droga en esta población y se reducirían los riesgos de reincidencia en la conducta delictiva.

1.3 OBJETIVO



Proporcionar a los/las psicólogos de los Equipos Técnicos Interdisciplinarios (ETI) conocimientos teóricos y prácticos a fin de realizar intervenciones efectivas para el tratamiento de los/las adolescentes con consumo de drogas de los Centros Juveniles de Diagnóstico y Rehabilitación del PRONACEJ.

1.4 FINALIDAD



Articular la estrategia específica de intervención en adicciones, con los lineamientos dispuestos en el Sistema de Reinserción Social del Adolescente, donde se plantea un modelo de intervención integral con intervenciones diferenciadas a través de estrategias específicas para adolescentes con problemas de uso de drogas, con la finalidad de coadyuvar a reducir el nivel de consumo de drogas en esta población.

1.5 ALCANCE

Esta estrategia será de aplicación por los/las psicólogos de los Equipos Técnicos Interdisciplinarios de los Centros Juveniles de Diagnóstico y Rehabilitación (CJDR) quienes serán capacitados para asegurar una adecuada intervención.



1.6 BASE LEGAL

- 1.6.1. Constitución Política del Perú.
- 1.6.2. Código de los Niños y Adolescentes del Perú - Ley N°27337 y su modificatoria.
- 1.6.3. Decreto Legislativo N.° 1348, que aprueba el Código de Responsabilidad Penal de Adolescentes y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N.° 004-2018-JUS.
- 1.6.4. Resolución Administrativa N.° 129-2011-CE-PJ, que aprueba el Sistema de Reinserción Social del Adolescente en conflicto con la Ley Penal.
- 1.6.5. Decreto Supremo N.° 006-2019-JUS, que crea el Programa Nacional de Centros Juveniles – PRONACEJ.
- 1.6.6. Resolución Ministerial N.° 0120-2019-JUS, que aprueba el Manual de Operaciones del Programa Nacional de Centros Juveniles- PRONACEJ y su modificatoria del artículo 8 con Resolución Ministerial N.° 0301-2019-JUS.

1.7 BENEFICIARIOS

Adolescentes en conflicto con la Ley Penal de los Centros Juveniles de Diagnóstico y Rehabilitación del Programa Nacional de Centros Juveniles – PRONACEJ.



1.8 ENFOQUE TEÓRICO Y METODOLÓGICO DE LA ESTRATEGIA

De acuerdo a la OMS: “Los trastornos causados por el uso de drogas son una pesada carga para los individuos y las comunidades. El uso continuo de drogas puede causar dependencia y discapacidad además de problemas crónicos de salud. Las consecuencias sociales del uso perjudicial o dependencia de drogas llegan mucho más allá del usuario afectan a sus familias y a otras relaciones personales.¹



Asimismo, “existen numerosas intervenciones con base en la evidencia científica, que son efectivas en la reducción del uso de sustancias y de su impacto en la salud, ya sea previniendo el uso, abordando tempranamente la población en riesgo, tratando la dependencia o las consecuencias adversas del uso y favoreciendo la recuperación en el mediano y largo plazo. El tratamiento debe ser accesible, especialmente para los grupos más vulnerables, adecuado a las necesidades y perfil particulares de la población usuaria, mantenido en el largo plazo, enfocado a la recuperación y al resguardo de los derechos humanos”.



Es importante mencionar que, en muchos casos, los adolescentes que han cometido una infracción a la Ley Penal, entran en contacto con el sistema de justicia penal antes que con otros sistemas de salud o sociales. Esta situación puede ser considerada una buena oportunidad para realizar una intervención durante el tiempo que el/la adolescente esté cumpliendo la medida socioeducativa y puede ayudar a crear oportunidades para la intervención a través de un tratamiento especializado y diferenciado y ayudar a reducir los riesgos de reincidencia.



En el campo del tratamiento de los delincuentes juveniles las intervenciones basadas en modelos cognitivo-conductuales son con claridad las que han mostrado una mayor eficacia en diversas medidas evaluativas, la que incluye también la reducción de la delincuencia delictiva (Gacono et al., 2001; Mc. Murrin, 2001^a; Ward y Eccleston, 2004). Se basan en el principio psicológico según el cual los procesos cognitivos influyen sobre la conducta. Así, se considera que si se modifican los pensamientos, las actitudes, los razonamientos y las capacidades cognitivas de resolución de problemas interpersonales de los delincuentes (lo que también implica enseñarles nuevas habilidades y conductas) se hace más probable que su comportamiento prosocial y una reducción de la frecuencia y gravedad de sus actividades delictivas (Andrew & Bonta, 2003; Cooke & Philip, 2001; Cullen & Gendreau, 2006).

El Modelo Cognitivo – Conductual

El tratamiento eficaz abarca las necesidades diversas de la persona, no solamente su problema de abuso de drogas. Para que el tratamiento sea eficaz, debe no sólo abordar el problema del abuso de drogas de la persona, sino también cualquier otro problema de índole médico, psicológico, social, vocacional y legal que tenga. Igualmente, es

¹ <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>

importante que el tratamiento sea apropiado para la edad, sexo, grupo étnico y cultura de cada adolescente.



La Terapia Cognitivo Conductual suele consistir en una serie de estrategias concebidas para mejorar el autocontrol. Las técnicas específicas incluyen la exploración de las consecuencias positivas y negativas del uso continuado, el auto-monitoreo para reconocer la compulsión por las drogas en una etapa temprana y para identificar situaciones de alto riesgo para el uso, y la elaboración de estrategias para afrontar y evitar las situaciones de alto riesgo y el deseo de usar drogas. Un elemento central de este tratamiento es anticipar posibles problemas y ayudar a los pacientes a desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces. La terapia individual y de grupo, además de otros tipos de terapia de la conducta, son las formas de tratamiento más efectivas para el abuso de drogas. Las terapias de la conducta varían según su enfoque y pueden estar orientadas a dirigir la motivación que tiene el paciente para cambiar, brindar incentivos para la abstinencia, desarrollar habilidades para rechazar el uso de la droga, reemplazar actividades donde se consumen drogas por actividades constructivas y gratificantes, mejorar las aptitudes para resolver problemas y propiciar mejores relaciones interpersonales. De igual manera, la participación durante y después del tratamiento en terapias de grupo y otras estrategias de apoyo puede ayudar a mantener la abstinencia.



La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)



Pertenece a las denominadas terapias de tercera generación dentro de las terapias basadas en el modelo cognitivo conductual. Fue desarrollada por Steven Hayes (1984) y define a la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) como "...una forma de psicoterapia experiencial, conductual y cognitiva basada en la teoría del marco relacional del lenguaje y cognición humana, y representa una perspectiva sobre la psicopatología que enfatiza el papel de la evitación experiencial, la fusión cognitiva, la ausencia o debilitamiento de los valores y la rigidez e ineficacia conductual resultantes" (Hayes, 2002, p.15).



Desde el tratamiento en las adicciones, la ACT ha mostrado ser eficaz en el desarrollo de una vida consistente con los valores personales cuyo coste principal supone afrontar el malestar que se deriva de la abstinencia y otras sensaciones, pensamientos y recuerdos que pudieran ser dolorosos. Para ello, el trabajo en sesión está dirigido al entrenamiento sistemático para afrontar las barreras cognitivas y emocionales ligadas a dejar consumir, siendo éste un objetivo elegido por el cliente porque le «abra la puerta» a actuaciones de valor personal.

La ACT realza como planteamiento central "lo que es importante para la persona", ayudando al individuo a aceptar "los eventos privados que están en el camino que el cliente elige para su vida como un compromiso elegido con la vida, por lo tanto, un



compromiso con lo que ésta lleve consigo en términos de los eventos privados según su historia personal” (Wilson y Luciano, 2002, pp. 97 y 98)²

La Psicoeducación

Está referido a dos ámbitos inter-relacionados (salud y educación). Para Albarrán & Macías (2007), la Psicoeducación es un proceso educativo mediante el cual el facilitador detalla y recopila información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución, y óptimo abordaje de un problema desde su entorno.



Es el proceso que permite brindar a las personas, la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo. El profesional que imparte Psicoeducación tiene como objetivo el de orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, por ende, una mejora en la Calidad de Vida (Bulacio, J.2009)



La intervención psicoeducativa, según Montiel (2012), integra al menos dos ámbitos: el psicológico y el pedagógico.

a. Ámbito psicológico

Relacionado con los procesos evolutivos de las personas que van a ser objeto de la intervención, sus características personales, así como los recursos que se emplean, que enfatizan en el autoconocimiento y la autorregulación.

b. Ámbito pedagógico

Tiene por objeto promover acciones planificadas que permitan el desarrollo y aplicación de un diseño para la intervención de la forma más individualizada posible.

Según García (2011), la labor pedagógica dentro de la relación psicoeducativa llevará a que todos los implicados no sólo aprendan de la problemática en cuestión, sino que logren establecer con ella una relación diferente, de nuevos significados.

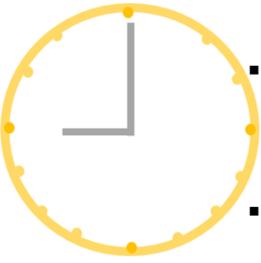
La Intervención Breve

La Intervención Breve es una estructura terapéutica, orientada a incrementar la conciencia acerca de sus comportamientos problema, así como de su capacidad de enfrentar sus problemas de violencia y motivación para comenzar a establecer mecanismos de defensa que la ayude a superar sus dificultades.

² Wilson, K. G. y Luciano M. C. (2002). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid. Pirámide

Tiene entre sus principales características:³

- Terapia de tiempo limitado y corta duración: máximo diez sesiones de cuarenta y cinco a sesenta minutos.
- Se centra particularmente en el presente más que en la historia lejana de la persona. El pasado es importante, pero es algo que ya pasó; es en el presente y en el futuro donde se pueden aplicar los cambios logrados.
- Incrementar la motivación y disponibilidad hacia el cambio. Las y los adolescentes deben motivarse hacia el logro de diferentes metas, esto incrementa su sentido de autoeficacia, cuando regresen a sus actividades cotidianas.
- Trabaja la cognición y la emoción para lograr el cambio. De esta manera, a través de la modificación cognitiva, la terapia breve pretende producir cambios emocionales y superar las dificultades internas que interfieren en la disposición de las personas para hacer frente con éxito a sus problemas, exigencias y tensiones de la vida diaria.
- Tiene como objetivo la toma de decisiones y el inicio del cambio comportamental. Se lleva a la consultante a analizar los pros y los contras de su comportamiento, también las posibles formas de actuar para lograr las metas propuestas y los resultados planeados.



1.10 MODALIDAD DE TRATAMIENTO

Las intervenciones se realizarán bajo la modalidad de intervenciones individuales y grupales.

1.11 FRECUENCIA

En el caso de adolescentes que en el proceso de tamizaje se encuentran en nivel de riesgo moderado, se priorizan las intervenciones grupales, cada dos sesiones grupales debe ser acompañada en esa misma semana de una sesión individual.

Para el caso de adolescentes que en el proceso de tamizaje se encuentran en nivel de riesgo alto, se plantea una sesión individual y una sesión grupal de manera semanal.

Las sesiones individuales tendrán una duración aproximada de 45 minutos; las sesiones grupales tendrán una duración de 70 minutos aproximadamente.

Las sesiones individuales se desarrollarán de acuerdo al perfil del adolescente, de las necesidades personales que presente y/o a la información que se obtenga durante el desarrollo de las sesiones grupales.



³ Nohelia Hewitt Ramírez y Carlos Andrés Gantiva Díaz (2009). *La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva*. Avances en Psicología Latinoamericana, vol. 27, núm. 1, enero-junio, 2009, pp. 165-176. Universidad del Rosario Bogotá, Colombia

*Los tiempos son referenciales y dependerán de cada caso y del contexto en el que se encuentren.

1.12 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Participan todos los adolescentes que se encuentren sentenciados y cumplan una medida socioeducativa.
- Todo adolescente que en el proceso de tamizaje con el instrumento CRAFFT, se encuentre en un nivel de riesgo bajo, moderado o alto.
- Tener una breve historia de consumo
- Voluntad de participar en la estrategia de intervención.
- Debe faltarle al menos seis meses para cumplir con la medida socioeducativa impuesta.

* Después de recibir el resultado del tamizaje, el adolescente debe firmar el consentimiento informado, donde acepta participar de manera voluntaria en la estrategia de intervención para adolescentes consumidores de drogas de los Centros Juveniles de Diagnóstico y Rehabilitación a nivel nacional. Este consentimiento debe tener la firma de la madre, padre o tutor; en caso esto no sea posible, el consentimiento debe incluir la firma de los profesionales del Equipo Técnico Interdisciplinario.



1.13 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adolescentes que se encuentre en condición de procesado, sin sentencia.
- Adolescente que se niega a firmar el consentimiento informado.
- Presenta diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial.

1.14 PROCESO DE ATENCIÓN

- 1.- Cuando el/la adolescente ingresa al CJDR es abordado por el ETI, se realiza el proceso de tamizaje para lo cual se le aplica el instrumento de *Pesquisa para evaluar el riesgo de consumo problemático, abuso o dependencia de alcohol y otras drogas* (CRAFFT), el instrumento como la *Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias* (ASSIST) o el *Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol* (AUDIT), los cuales han sido validados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

2.- El resultado de la aplicación del instrumento utilizado, puede identificar a sujetos que tienen:

a. Ningún o bajo riesgo de un trastorno por uso de sustancias

El/la adolescente debe ser felicitado/a y alentado/a a mantener esta situación de nivel de riesgo. Se puede realizar Psicoeducación a través de sesiones de prevención del consumo de drogas, para incrementar el nivel de conciencia del uso de sustancias y sus consecuencias. Deben ser máximo 2 sesiones.

b. Riesgo moderado de un trastorno por uso de sustancias

El/la adolescente que se encuentre en este nivel, debe recibir sesiones de orientación y consejería e Intervención Breve, en un máximo de 6 sesiones.

c. Riesgo alto de un trastorno por uso de sustancias

El/la adolescente que se encuentre en este nivel de riesgo, deben recibir intervención terapéutica especializada y tratamiento más intensivo.

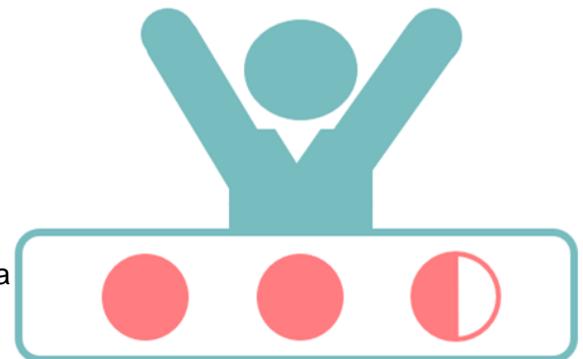
*Todos los adolescentes que tengan nivel de riesgo moderado o alto, deben ser evaluados con los instrumentos especializados (ISA, Escala de Evaluación del Cambio Universidad de Rhode Island, entre otros), asimismo, se debe recopilar información específica sobre su consumo de drogas.



1.15 METODOLOGÍA DE LAS SESIONES



- La estrategia tiene una duración de cuatro meses,
- Para el desarrollo de las sesiones se ha presentado la siguiente estructura:
 1. Introducción del tema
 2. Objetivo esperado de la sesión
 3. Tiempo de duración de la sesión
 4. Procedimiento:
 - a) Presentación y actividad
 - b) Desarrollo de la sesión
 - c) Cierre de la sesión
 5. Anexos
- Las sesiones se conforman de la siguiente manera



Riesgo Bajo - Temas de Psicoeducación:

- Sesión 1: ¿Cuánto conoces de las drogas?
- Sesión 2: Evolución del consumo de drogas

Riesgo Moderado:

- Sesión 3: Yo y mi motivación
- Sesión 4: Descubriendo más de mí
- Sesión 5: Mi forma de pensar
- Sesión 6: Conviviendo con mis emociones
- Sesión 7: Aprendiendo a decir NO! al consumo de drogas
- Sesión 8: Exploración de valores

Sesiones donde se prioriza el trabajo individual, en cada semana se realiza una sesión individual y una sesión grupal.

Riesgo Alto

- Sesión 9: Balance decisional
 - Sesión 10: Manejo de pensamientos y defusión cognitiva
 - Sesión 11: Habilidades de tolerancia al malestar
 - Sesión 12: Ruta de la recaída
 - Sesión 13: Planificando mi vida
 - Sesión 14: Compromiso frente a la vida sin drogas
- Las sesiones con los padres de los adolescentes que participan de esta estrategia, deben formar parte del Plan Anual de Escuela de Padres que realiza el Centro Juvenil y se incluye en el POA.
 - Las sesiones deben basarse en el modelo de la Entrevista Motivacional para la motivación intrínseca al cambio. Desarrollar un Programa de Terapia cognitiva conductual, que es la que la evidencia científica ha demostrado mejores resultados en las intervenciones con esta población. De acuerdo a las necesidades de las/los adolescentes se establecen sesiones con contenidos basadas en técnicas conductuales, técnicas cognitivas y técnicas emocionales.



- Las técnicas deben incluir un programa de intervención especializada para reducir o extinguir el consumo de drogas, técnicas de autocontrol emocional, juego de roles, de prevención de recaídas, plan de vida, entre otras.

1.16 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Previa a la etapa de seguimiento y evaluación se debe realizar una fase de capacitación a todo el personal que formará parte de la implementación del presente documento técnico, el cual estará a cargo de los profesionales que formaron parte de la construcción de esta estrategia de intervención.

La fase de aplicación de estas estrategias en los centros juveniles a nivel nacional, debe considerar una etapa de acompañamiento a los psicólogos, donde se les brindará asistencia técnica para una adecuada intervención con los adolescentes.

Posteriormente, la evaluación de resultados de todo el proceso de aplicación del protocolo de intervención implica la elaboración de instrumentos ad-hoc, a fin de evaluar el impacto de la intervención y que al mismo tiempo permita realizar una retroalimentación y la importancia de evaluar si se está realizando un tratamiento efectivo.

A los seis meses de iniciada la implementación de la aplicación de estas estrategias de intervención, se invitará a todos los psicólogos que desarrollaron la estrategia, a un primer taller nacional donde se hará la revisión del presente protocolo de intervención y que permitirá analizar, encontrar las fortalezas y debilidades en su aplicación, así como las propuestas de mejora.

Para esto se debe convocar a los especialistas del área de tratamiento de DEVIDA, a fin que puedan desarrollar este taller.



1.17 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anicama, J. (2001). *Análisis conductual – cognitivo de los factores de riesgo y factores protectores en el desarrollo de la conducta adictiva*. Aprendizaje y Comportamiento: 12, (1): 43-68. Recuperado por <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/download/2354/2421/>

Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (2013) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V*, Madrid: Panamericana.

Beck, A (1999) *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Barcelona. Ediciones Paidós Ibérica S.A. Recuperado de http://chamilo.cut.edu.mx:8080/chamilo/courses/REHABILITACIONDELASADICCIONESENERO/document/TERAPIA_COGNITIVA_DE_LAS_DROGODEPENDENCIASI.pdf



Becoña, E (2009) *Manual de Intervención en Drogodependencias*. Madrid. Editorial. SINTESIS S.A.

Becoña, E. y Cortés, M. (2011) *Manual de Adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación, Valencia: Sociodrogalcohol*. Recuperado de <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>



Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (2015) *El Problema de las Drogas en el Perú*. Lima. Recuperado de http://repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/201/3/El_problema_de_las_Drogas.%c3%baltima%20ver.pdf

Carroll, K (1998) *Un enfoque cognitivo conductual: Tratamiento de la Adicción a la Cocaína*. Madrid. Edición: NIDA Rockville.

Cañas, J (2004) *Antropología de las Adicciones: Psicoterapia y Rehumanización*. Madrid. Editorial. DYKINSON S.L. Recuperado de <https://revistas.comillas.edu/index.php/miscelaneacomillas/article/view/11628>



CICAD - UNODC (2010) *Consumo de Drogas en Población Privada de Libertad y la Relación entre delito y Droga. Cuarto Informe Conjunto Sistema subregional de Información e Investigación sobre Drogas en argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay*. Lima. CICAD-UNODC.

CICAD - UNODC (2008) *Elementos Orientadores para las Políticas Públicas sobre Drogas en la Subregión. Primer Estudio Comparativo sobre Consumo de Drogas y Factores Asociados en Poblaciones de 15 a 64 años*. Lima. CICAD-UNODC. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/338923947_ELEMENTOS_ORIENTADORES_PARA_LAS_POLITICAS_PUBLICAS SOBRE_DROGAS_EN_LA_SUBREGION_-_PRIMER_ESTUDIO_COMPARATIVO SOBRE_CONSUMO_DE_DROGAS_Y_FACTORES_ASOCIADOS_EN_POBLACION_DE_15_A_64_ANOS_2008

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. (2005). *I Encuesta Sobre Información, Hábitos y Actitudes hacia el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Universitarios de Lima Metropolitana*. Lima. DEVIDA y Gerencia de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas.

DEVIDA. (2006). *III Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú*. Lima.

DEVIDA. (2007) *II Estudio Nacional: Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria*. Lima.

Observatorio Peruano de Drogas DEVIDA. (2007) *Informe Anual sobre Drogas Lima*. Lima. Editorial DEVIDA



DEVIDA (2009) *III Estudio Nacional: Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes Secundario*. Lima. Recuperado de https://www.devida.gob.pe/documents/20182/98026/III-Estudio-Nacional-Prevenci%C3%B3n-y-consumo-de-drogas-en-estudiantes-de-secundaria_Resultados-Regionales-2009.pdf/3403c863-1037-4b9d-b786-4c38cfe810ba

Observatorio Peruano de Drogas DEVIDA (2010) *Estudio del Impacto Social y Económico del Consumo de Drogas en el Perú*. Lima. DEVIDA. Recuperado de https://www.devida.gob.pe/documents/20182/98200/Estudio-del-Impacto-Social-y-Econ%C3%B3mico-del-Consumo-de-Drogas-en-el-Per%C3%BA_-Informe-Final_2010.pdf/40bbbed12-eb7f-4f00-a398-3f827e7f4d92



DEVIDA – Poder Judicial. (2010). *Adolescentes en Conflicto con la Ley Penal con Problemas de Consumo y Dependencia de Alcohol y otras Drogas de los Centros Juveniles del Poder Judicial*. Lima.

DEVIDA (2012). *Encuesta Nacional del consumo de drogas. Población general Perú, 2010*. Recuperado de <https://www.devida.gob.pe/documents/20182/97792/Informe-Ejecutivo-Encuesta-Nacional-sobre-Consumo-de-Drogas-en-Poblaci%C3%B3n-General-Per%C3%BA-2010.pdf/529e8f42-3641-4b5d-a787-54b626de0742>



Fiestas, F (2012) *Reduciendo la Carga de Enfermedad Generada por el Consumo de Alcohol en el Perú: Propuestas basadas en evidencia*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública; 29 (1):112-18. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000100017

Graña, J (1994) *Conductas Adictivas: Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Madrid. Editorial: Debate S.A.

Gómez, J (2005) *El Alcoholismo Femenino una Perspectiva Sociológica*. Barcelona. Edic. OCTAEDRO S.L.

Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985) *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford Press.

MINSA (2007) *Guía de práctica Clínica en trastornos Mentales y del Comportamiento debido al Consumo de sustancias Psicoactivas*. Lima. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2907.PDF%20>

Miller, W.R., Benefield, R.G., & Toningan, J.S. (1993). *Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapy styles*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455-461. Recuperado de <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.3.455>

Miller, W (1999) *La entrevista Motivacional: Preparar para el Cambio*. Barcelona. Editorial. Paidós Ibérica S.A.



National Institute on Drug Abuse. (1999). *Principles of Drug Addiction Treatment*. Disponible en URL [consultado 16/04/2008.]: <http://www.nida.nih.gov/PODAT/PODATIndex.html>.

Olivares, J. (2005). *Técnicas de Modificación de Conductas*. España: Biblioteca Nueva

Pérez, A (2003) El Impacto del consumo de Drogas en el Mundo y en América Latina: ¿Qué funciona en el campo preventivo? *Revista Peruana de Drogodependencias* Volumen 1, Número 1, 2003



Preston, J. (2003). *Terapia breve integradora*. Bilbao. Editorial Desclée De Brouwer.

Prochaska, J.O., DiClemente, C. C. y Norcross, J.C. (1997). *In search of how people change: applications to addictive behaviors*. En A. Marlatt y G. R. Van den Bos (eds.), *Addictive behaviors: Readings on etiology, prevention, and treatment* (pp. 671-696). Washington: American Psychological Association.

Reece, F (1998) *Promoción y Publicidad: Guía para el Asesor Empresarial*. México. Edición. Prentice Hall Hispanoamericana S.A.

Riso, W (2006). *Los Límites del Amor hasta donde Amarte sin Renunciar a lo que Soy*. Editorial. Norma S. A.



UNODC (2006) *Jóvenes y Drogas en Países Sudamericanos: Un desafío para las Políticas Públicas. Primer Estudio Comparativo sobre Uso de Drogas en Población Escolar Secundaria de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay*. Recuperado de http://cicad.oas.org/oid/new/statistics/siduc/estudio_comparativo_resumenex.pdf

UNODC (2003) *Manual sobre el Tratamiento del Abuso de Drogas: Para que invertir en el tratamiento del abuso de drogas*. New York. Edit. UNODC. Recuperado de https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf