



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Psicología

Unidad de Posgrado

Intervención cognitivo conductual en un paciente con drogodependencia

TRABAJO ACADÉMICO

Para optar el Título de Especialista Profesional en Psicología de la
Clínica y de la Salud

AUTOR

Dave VALDIGLESIAS SÁNCHEZ

ASESOR

Dra. Rosa Elena HUERTA ROSALES

Lima, Perú

2019



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Valdiglesias, D. (2019). *Intervención cognitivo conductual en un paciente con drogodependencia*. Tesis para optar título de Especialista Profesional en Psicología de la Clínica y de la Salud. Unidad de Posgrado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Vicerrectorado de Investigación y Posgrado
Dirección General de Biblioteca y Publicaciones

Dirección del Sistema de Bibliotecas y Biblioteca Central



"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

Hoja de metadatos complementarios

Código ORCID del autor (dato opcional):

- No registro código ORCID

Código ORCID del asesor o asesores (dato obligatorio):

- 0000-0002-9197-6249

DNI del autor:

- 44165787

Grupo de investigación:

- No pertenezco

Institución que financia parcial o totalmente la investigación:

- No financiado

Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación. Debe incluir localidades y/o coordenadas geográficas:

- Distrito: Santa Anita
- Direcc: Carretera central HM 3.5 S/N
- Lugar: Hospital Hermilio Valdizan

Año o rango de años que la investigación abarcó:

- Abarcó desde 2016 - 2018



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

(Universidad del Perú, DÉCANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Av. Germán Amezaga n.º 375-Ciudad Universitaria-Teléfono: 6197000-3208

ACTA DE SESIÓN DE TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA

Siendo las 9:00 horas del día lunes 24 de junio de 2019, en el Auditorio "Raúl González Moreyra" de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Ciudad Universitaria, Av. Germán Amezaga n.º 375 Lima), el Jurado Examinador de Tesis y/o Trabajo Académico presidido por la Dra. Natalia Ramírez Saenz e integrado por:

Dra. Natalia Ramírez Saenz	(Presidente)
Dra. Rosa Elena Huerta Rosales	(Asesora)
Mg. William Montgomery Urday	(Miembro)
Mg. Víctor Eusebio Montero López	(Informante)
Dra. Gloria Díaz Acosta	(Informante)

Se reunió para la sustentación pública para optar el Título de la Segunda Especialidad Profesional en Psicología de la Clínica y de la Salud del Licenciado en Psicología **DAVE VALDIGLESIAS SANCHEZ** quien procedió a la exposición de la Tesis y/o Trabajo Académico titulado **Intervención cognitivo conductual en un paciente con drogodependencia.**

Concluida la exposición, se procedió a la calificación correspondiente, de acuerdo con la Escala de Calificación que aparece en el artículo 8.º del Reglamento General de Estudios de Posgrado, obteniendo la siguiente calificación.

17 (Diecisiete) Muy Bueno

A continuación el Presidente del Jurado Examinador recomienda que la Facultad de Psicología acuerde otorgar el Título de la Segunda Especialidad en :

PSICOLOGÍA DE LA CLÍNICA Y DE LA SALUD

Se extiende la presente ACTA a las 10.38 del 24 de junio de 2019.


Dra. Natalia Ramírez Saenz
Presidente


Dra. Rosa Elena Huerta Rosales
Asesora


Mg. William Montgomery Urday
Miembro


Mg. Víctor Eusebio Montero López
Informante


Dra. Gloria Díaz Acosta
Informante

Dedicatoria

El presente trabajo lo dedico a mi madre Elizabeth, a mis abuelos Rebeca y Emilio quienes nunca han dejado de estar a mi lado y siempre me han apoyado de manera incondicional.

Agradecimientos

Mi profundo reconocimiento a mis asesores del hospital Hermilio Valdizan, Percy Rojas, Moises Ruiz, José Castillo, Emperatriz Rodríguez, por su paciencia y la orientación en el área de las adicciones, de igual forma a mi asesora que con paciencia me ayudó a dar forma a la experiencia de mi trabajo en este trabajo

De igual manera a la compañera de mi vida Marlith Tello Tejada quien en más de una oportunidad supo orientarme y darme aliento en mis momentos más complicados

Índice

Dedicatoria

Agradecimiento

Índice

Resumen

Abstract

Introducción

CAPÍTULO I: FUNDAMENTACIÓN DEL CASO

- | | | |
|------|--|----|
| 1.1. | Presentación del caso clínico | 11 |
| 1.2. | Planteamiento de la hipótesis del caso | 15 |

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

- | | | |
|--------|---|----|
| 2.1. | Antecedentes | 16 |
| 2.2. | Drogodependencias conceptos generales | 18 |
| 2.2.1. | Definición de drogodependencia | 18 |
| 2.2.2. | Criterios diagnósticos | 19 |
| 2.2.3. | Etiología | 22 |
| 2.2.4. | Epidemiología | 27 |
| 2.3. | Terapia cognitivo conductual y drogodependencias | 33 |
| 2.3.1. | Terapia cognitivo conductual | 33 |
| 2.3.2. | Terapia cognitivo conductual en drogodependencias | 36 |

2.3.3. Tipos de intervención cognitivo conductual en adicciones	41
CAPÍTULO III: CASO CLÍNICO	
3.1. Historia clínica	59
3.2. Evaluación	91
3.3. Análisis funcional	92
3.4. Informe psicológico	98
3.5. Presunción diagnóstica	102
CAPÍTULO IV: PLAN DE TRATAMIENTO Y RESULTADO	
4.1. Objetivos terapéuticos	103
4.2. Plan terapéutico	105
4.3. Estructura y sesiones terapéuticas	107
4.4. Resultados	114
4.5. Conclusiones	121
4.6. Recomendaciones	123
Referencias	
Anexos	

Resumen

El propósito del presente trabajo académico es exponer la intervención psicológica de un paciente con diagnóstico de drogodependencia a la marihuana circunscrito bajo el modelo cognitivo conductual. Se realizó la intervención en un varón de 18 años que se encuentra bajo un tratamiento residencial breve (45 días), enfatizando el trabajo a nivel motivacional, manejo del craving y síndrome de abstinencia, mecanismos psicológicos de la adicción, reestructuración de creencias asociadas al consumo y entrenamiento en habilidades de afrontamiento, al término de las sesiones se aplicaron los test: cuestionario de riesgos de recaída (AWARE 3.0) y variables de interacción psicosocial (VIP). Los resultados muestran en los autorregistros un adecuado aprendizaje de las estrategias impartidas durante el proceso de tratamiento así como puntajes que reflejan un riesgo de recaída bajo. Se concluye que las estrategias dentro de la orientación cognitivo conductual evidencian ser recursos adecuados para la rehabilitación dentro del problema de las drogodependencias.

Palabras clave: Drogodependencia, intervención cognitivo conductual.

Abstract

The purpose of this academic work is to expose the psychological intervention of a patient with a diagnosis of drug dependence to marijuana circumscribed under the cognitive behavioral model. The intervention was carried out in an 18-year-old man under short-term residential treatment (45 days), emphasizing motivational work, craving and abstinence syndrome, psychological mechanisms of addiction, restructuring beliefs associated with consumption and training in coping skills, at the end of the sessions the tests were applied: relapse risk questionnaire (AWARE 3.0) and psychosocial interaction variables (VIP). The results show in the self-registers an adequate learning of the strategies imparted during the treatment process as well as scores that reflect a low risk of relapse. It is concluded that the strategies within the cognitive behavioral orientation prove to be adequate resources for rehabilitation within the problem of drug addiction.

Key words: Drug dependence, cognitive behavioral intervention

Introducción

El consumo de drogas ha sido una práctica presente en la historia de la humanidad y en sus diversas culturas; sin embargo con el desarrollo de la sociedades, el empleo de las sustancias psicoactivas (SPA) ha ido cobrando una función menos idiosincrática y cada vez más orientada hacia una práctica hedonista; de esta manera el consumo de las sustancias psicoactivas se encuentra relacionado a la desorganización, sufrimiento y problemas diversos del individuo y de la sociedad. OPS (2015) y UNODC (2013).

Nuestra realidad no es ajena a este proceso, en la actualidad el Perú vive inmerso en una problemática social con cada vez mayores consecuencias debido al consumo de sustancias psicoactivas; organismo como Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) y la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA), nos presentan informes como la Encuesta Nacional del Consumo de Drogas en Población General Perú 2010, realizada por DEVIDA (2011); que expone una realidad cada vez más preocupante, en la que podemos señalar aspectos importantes dentro de la evolución del consumo de sustancias psicoactivas entre los periodos del 2006 y 2010; es así que tenemos respecto el uso de SPA ilegales, que estas se han incrementado en un 50% respecto a la prevalencia del año (para el cannabis y cocaína con sus derivados), asimismo la incidencia respecto al consumo de cannabis también registró un incremento del 50% dentro de estos periodos. Dentro del mismo estudio también es importante resaltar los signos de dependencia o adicción dentro de los encuestados, evidenciando un 47.1% de los consumidores

de cannabis evidencian signos de dependencia o adicción, el 59.6 % de los consumidores de pasta base de cocaína evidencian signos de dependencia, ambos datos nos reflejan la importancia de implementar tratamientos para personas con este tipo de condiciones

Debido a estos indicadores el consumo de Spa y las drogodependencias se ratifican como un problema de salud pública con diversas consecuencias que generan detrimento en la vida de las personas que las usan, en las familias que acompañan al consumidor y también en su entorno. Gutiérrez del Río (2005) señala, desde una orientación médica, que el consumo de sustancias psicoactivas se asocia a un aumento de los cuidados de salud e, incluso, también un incremento de los costes en la atención en hijos de madres adictas durante el embarazo, problemas crónicos de salud como desarrollo de insuficiencia renal crónica, patologías cardíacas, neuropsiquiátricas, etc. En relación a las repercusiones sociales más importante de las drogodependencias, podemos mencionar el informe mundial sobre las drogas en el 2015, elaborado por la Oficina de las Naciones Unidas con la Droga y el Delito [UNODC] (2015), que nos refiere el mal desempeño y abandono escolar, desempleo, incremento de la delincuencia y la violencia social y familiar, información contrastable con la realidad clínica y social en la que vivimos.

Son claros los problemas en relación a la drogodependencia, así como los esfuerzos, aún insuficientes, realizados en los diferentes niveles de atención; es el trabajo en conjunto y dedicado el que podría cambiar la realidad en la que nos encontramos. De esta manera el presente trabajo presenta un caso de

drogodependencia a marihuana, el cual es abordado mediante una orientación cognitivo conductual con la finalidad de incrementar, en la persona con drogodependencia, la conciencia acerca de la adicción e instaurar las estrategias necesarias para un adecuado afrontamiento a su medio. El trabajo presentado cuenta con cuatro capítulos.

El capítulo primero desarrolla los conceptos de las drogodependencias con énfasis en los criterios diagnósticos y la etiología. Se revisan aspectos biológicos, psicológicos y los factores ambientales que predisponen e intervienen en la adicción, se termina esta parte con un desarrollo epidemiológico y su impacto en nuestra sociedad.

En el capítulo segundo se describe la teoría cognitivo conductual y sus fundamentos, para posteriormente orientarse en la terapia cognitivo conductual en las drogodependencias; enfatizando en sus características, así como su efectividad en el control de la conducta adictiva. Se explican los diferentes tipos de terapias, así como las técnicas más importantes desarrolladas y que se encuentran vinculadas con el caso expuesto.

El capítulo tercero expone el caso clínico bajo el modelo cognitivo conductual para drogodependencias, iniciando por el desarrollo de la historia clínica e historia de vida, posteriormente se desarrollara la evaluación y análisis funcional de la conducta del consumo de marihuana, concluyendo en la elaboración del informe psicológico, diagnóstico y las recomendaciones para el caso.

El capítulo cuarto desarrolla el plan de tratamiento o intervención, así como los resultados obtenidos. Se exponen los objetivos (generales y específicos) de acuerdo a los componentes de la conducta, el plan de intervención con para cada objetivo y el conjunto de técnicas para cada uno respectivamente, así como un resumen describiendo cada técnica mencionada, posteriormente se detallan las sesiones que se llevaron a cabo, describiendo el procedimiento empleado en cada una de ellas, así como la aplicación de técnicas. Se culmina el capítulo con la exposición de las conclusiones y recomendaciones del caso presentado.

De esta manera se considera relevante indicar que el conocimiento expuesto en este caso clínico propone una aportación significativa al conocimiento e intervención de las drogodependencias bajo el modelo cognitivo conductual

CAPITULO I

FUNDAMENTACIÓN DEL CASO

1.1. Presentación del caso clínico

El caso que se presenta se enmarca en la drogodependencia a la marihuana, sustancia psicoactiva que es la droga de inicio para el consumo de otras drogas ilegales con mayor potencial de deterioro. Debido a su

aparente inocuidad y síntomas de “relajación” generan cada vez una mayor popularidad y consumo en la población adolescente. (Devida 2013).

Los estudios realizados por diferentes organismos nacionales como internacionales, concuerdan con la peligrosidad del consumo de Marihuana y el detrimento que trae en la vida de las personas; sin embargo en contra parte se tienen posturas de diferentes países del mundo que han demostrado una flexibilidad cuestionada para la legalización de esta droga psicoactiva, asimismo a este tipo de decisiones se puede sumar la información contradictoria que existe en internet y de la que hacen uso los adolescentes, de esta manera se configura un conjunto de circunstancias en torno a la marihuana que la hacen ser erróneamente justificable para su consumo.

Esta realidad se puede explicar debido a que los usuarios de marihuana y en general una parte de la población pueden desconocer los efectos negativos y consecuencias del consumo continuo de esta droga, incluso existe la percepción, en algunos, que no presenta consecuencias negativas. Al detallar los efectos del consumo podemos encontrar dos momentos en la misma, siendo el primero caracterizado por un estado de estimulación o incremento de la energía, esto seguido por un segundo momento de relajación; sin embargo a dosis más elevadas puede aparecer ansiedad o ideas referenciales, incluso brotar episodios psicóticos durante los momentos de intoxicación; se debe tomar en cuenta que el cannabis se encuentra relacionado como un elemento que aumenta el riesgo de la aparición de trastornos psicóticos. Referente a las repercusiones a nivel de

las funciones superiores (cognitivas), las investigaciones resaltan los efectos de mantener un uso continuo de este tipo de SPA; la cual produce alteraciones en los tejidos cerebrales evidenciado en la deficiencia de la memoria de trabajo, dificultad para mantener la atención, alteración de la percepción, menor facilidad para resolución de problemas, déficit en la velocidad de la incorporación de la información, principalmente de darse el consumo durante la etapa de vida adolescente (Gonzales y Lopez, 2017).

Se puede señalar también, las consecuencias negativas a nivel físico de los cuales existe buena evidencia, pero que como se ha explicado se desconoce. De esta manera un consumo crónico de esta sustancia puede producir daños a nivel del sistema cardiovascular incrementando la probabilidad de presentarse arritmias cardiacas severas que ponen en riesgo la vida, a nivel respiratorio dificultad para mantener la circulación regular de aire pudiendo producir enfisema y bronquitis, a nivel endocrino puede reducir la fertilidad tanto masculina como femenina, en el embarazo disminuye la circulación materno-fetal y el intercambio de oxígeno, lo que conlleva a recién nacidos con bajo peso al nacer y mayor riesgo de muerte durante el nacimiento, así también como un incremento en la probabilidad de cambios pre-cancerosos, riesgo de cáncer pulmonar (Ocaña, 2011).

Sumado al poco conocimiento sobre los efectos reales que trae consigo el consumo de esta sustancia, es importante señalar que aún la demanda de tratamiento sigue siendo baja para una población que es mayoritaria, respecto a consumidores de otras sustancias ilegales, probablemente debido a la percepción de bajo riesgo que se circunscribe al consumo de

esta. A esta poca demanda, es importante sumarle también la poca oferta de tratamiento con las que se cuenta en nuestra realidad, la que en su mayoría viene dada por los programas de comunidad terapéutica siendo muchos de estos informales o carentes de un programa estructurado (Cedro 2015).

Tomando en cuenta los factores mencionados es importante mantener un trabajo firme y continuo con el objetivo de cambiar las circunstancias en las que se encuentra el consumo de marihuana, de esta manera que Gonzales señala un importante incremento de los estudios basados en intervenciones referentes a la marihuana (abuso o dependencia), recalcando que las más trabajadas son “la entrevista motivacional, el manejo de contingencias y la terapia cognitivo conductual” (2007, p.16).

En este sentido el siguiente caso se suma a la creciente esfuerzo por desarrollar investigaciones que brinden aportes en el tratamiento de las drogodependencias, y siendo específicamente al tratamiento para personas con adicción al cannabis. De esta manera se brinda una mirada hacia el trastorno por dependencia a marihuana, especificando el desarrollo de su historia de vida y la intervención realizada desde una orientación cognitivo conductual que forma parte de un tratamiento multidisciplinario dentro de una hospitalización para pacientes con este diagnóstico.

1.2. Planteamiento de la hipótesis del caso

- Demostrar la efectividad de la intervención cognitivo conductual en el tratamiento de la dependencia a la marihuana.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

Llorens (2004), presenta una investigación con el objetivo de identificar la relación entre variables como estrategia de afrontamiento, habilidades sociales y habilidades propias, referente al uso de sustancias psicoactivas (legales e ilegales), se aplicó un cuestionario que relacionaba la cantidad de las SPA usadas y las variables mencionadas a una muestra de 314 jóvenes adultos con edades comprendidas entre 18 a 30 años. Los resultados

obtenidos demuestran déficit en las habilidades de afrontamiento, habilidades propias y sociales, siendo estas predictoras del consumo de sustancias y concluyendo que el fortalecimiento de las mismas pueden brindar programas de tratamiento más efectivos.

Lefio, (2013) realiza una investigación con el objetivo de explorar la data de investigaciones referidas a intervenciones efectivas para adicciones de SPA en población adolescente y adulta. Para tal efecto se realiza la búsqueda en base de datos como embase, scielo, lilacs, psycinfo, medline, entre otras. Finalmente logra un consolidado de 69 artículos, dentro los cuales las intervenciones con mayor eficacia son la psicoterapia conductual cognitiva seguidas por las de orientación familiar y finalmente las de tipo medicamentosa; sin embargo se resalta que la mayor eficacia se consigue en programas de tipo multidisciplinario en los que se trabaja bajo la orientación conductual cognitiva.

Finalmente Gonzales en el 2017 realizó una investigación sobre las intervenciones de tipo psicológica en dependencia a Marihuana que resulten eficaces, empleó una búsqueda en las bases de datos PsycINFO y PubMed utilizando como palabras clave “psychological treatment” and “cannabis” y limitando el intervalo temporal al periodo 2005-2015, seleccionado un total de 24 artículos. Las evidencias expuestas por el autor se las dividió en: población general y población adolescente. Concluyó que existe eficacia de tratamientos para población dependiente a marihuana, en tratamientos que incluyan el manejo de las contingencias, la entrevista

motivacional, la psicoterapia conductual – cognitiva y la intervención familiar para adolescentes.

2.2. Drogodependencias conceptos generales

2.2.1. Definición de drogodependencia

Como una de las primeras definiciones de la drogodependencia podemos citar a definición de Dependencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas” (1994, p.29).

Asimismo en revisiones más actuales agrega que esta condición es de características multicausales, en los que se involucran determinantes biológicos (genéticos) que inciden en su afectación cerebral viéndose reflejada en su déficit para el autocontrol; así como a nivel psicosocial en los que intervienen factores de aprendizaje (OMS, 2004).

A nivel nacional Cedro (2015) especifica a las adicciones como una condición por la cual una persona tiene como característica la búsqueda de una sustancia con el objetivo de realizar un consumo de tipo compulsivo, sin tomar en cuenta las afectaciones negativas dentro de su vida. Se considera una enfermedad cerebral debido al cambio en la estructura y dentro de su funcionamiento bioquímico.

Asimismo en el momento actual está claro que las adicciones no se limitan a las conductas generadas por el consumo incontrolable de sustancias (por ejemplo: cannabis, anfetaminas, cocaína, opiáceos, cafeína, nicotina o alcohol), sino que también nos encontramos ante hábitos de conducta aparentemente inocuos que, en determinadas circunstancias, pueden convertirse en adictivos e interferir gravemente en la vida cotidiana de las personas afectadas, la mayoría de estos surgen con el desarrollo del quehacer humano y la tecnología (Cia, 2013).

2.2.2. Criterios diagnósticos

La Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE – 10) elaborada por la Organización mundial de la salud (OMS), define la dependencia o síndrome de dependencia a sustancias psicoactivas como un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas, donde el consumo de drogas es la máxima prioridad para el sujeto. La característica del síndrome de dependencia, es el deseo intenso y a veces insuperable de administrarse sustancias psicoactivas ilegales o legales. (OMS, 1992).

Según el CIE – 10, en “trastornos Mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópas”, tenemos que las pautas para el diagnóstico son:

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- A. Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- B. Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- C. Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- D. Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).
- E. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario

para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.

F. Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia. (OMS, 1992, p.61)

Según Solano (2017) explica que en el DSM – 5 se presentan cambios significativos en el área de los trastornos por dependencia a sustancias psicoactivas, como la exclusión de la terminología de abuso y dependencia de su versión anterior, optándose por el término trastornos relacionados a sustancias. De esta manera la categorización del diagnóstico se realiza tomando en cuenta la presencia de 2 o más síntomas de 11 criterios durante los últimos 12 meses, agregándose el nivel de severidad:

- Bajo (2-3)
- Moderado (4-5)
- Severo (6 o más)

Se elimina el criterio referido a problemas legales y se añade el criterio de Craving entendido como el deseo intenso o imperioso por consumir drogas (APA, 2013).

2.2.3. Etiología:

Dentro de amplias investigaciones para consolidar los conceptos referentes a la etiología de las adicciones Lorenzo en el 2009, expone el desarrollo de la adicción tomando como directrices la droga y el potencial adictivo que esta produce en el organismo, afirmando que existen sustancias con mayor potencial adictivo debido a la cantidad de placer que esta puede producir; la vulnerabilidad del organismo en que se resalta factores biológicos y psicológicos y finalmente los aspectos ambientales en los que encontramos el entorno familiar, idiosincrasia y comunidad.

De esta manera el mismo autor nos comenta que se pueden desprender modelos explicativos de la dependencia a las drogas cuyas vertientes son biológicas, psicológicas y sociológicas:

Modelos biológicos: son aquellos basados en el organismo, conocidos también como modelos médicos

- *Modelo de enfermedad*, Jellineck en 1952 para el alcohol y para otras drogas por Dole y Nyswander en 1965, proponen la relación entre los aspectos genéticos y maduracionales del ser humano como factores para la predisposición para desarrollar una dependencia, sin descartar los elementos psicosociales, pero con menor relevancia.
- *Modelo de automedicación*, en que destaca Khantzian en 1985, hace énfasis en la psicopatología previa (necesidad de un trastorno primario) que en la persona provoca la necesidad de

droga que se consume en un intento por aliviar el síntoma (Consumo sintomático).

- *Modelo de exposición*, planteado por Weiss y Bozarth en 1987; refieren que las drogas actúan como reforzadores primarios sobre los centros cerebrales de recompensa, lo cual explicaría las conductas de búsqueda, consumo y finalmente la adicción.

Modelos Psicológicos: basados en las teorías del aprendizaje operante y vicario.

- *Modelo del aprendizaje social*, el consumo se manifiesta por imitar las conductas de personas significativas del entorno evaluando si estas presentan consecuencias positivas.
- *Modelo de la adaptación*, señala que la ineficacia de las personas en el empleo de recursos para dar soluciones a sus problemas, pueden derivar en el consumo para encontrar soluciones y como medio de adaptación sustitutiva a su entorno, formándose creencias sobre poseer mayores capacidades de afrontamiento.
- *Modelo social de Peele*, depende de la interpretación del consumo y los efectos de la droga a nivel fisiológico y emocional, en este modelo cobran importancia factores de personalidad y del entorno social.

Modelos Sociológicos: se orientan a explicar el inicio del consumo de sustancias en los adolescentes.

- *Modelo de asociación diferencial*, indicadores del inicio en el consumo de spa son: amigos significativos en la etapa de la

adolescencia y el desapego a la familia de origen que facilita la integración en asociaciones marginales.

- *Modelo del control parental*, son la falta de afecto y de normas por parte de la familia las que reflejan conductas sociales desadaptativas, generando una mayor probabilidad para el inicio en el consumo de SPA.
- *Modelo de autoestima*, hace referencia al constructo psicológico de la autoestima como elemento predictor en el inicio del consumo de SPA; si esta es baja (factores familiares), entonces encontrará en el grupo de pares (consumidores) una fuente de refuerzo adoptando características del grupo.

Conceptos neurobiológicos: Las drogas de abuso comparten la propiedad de producir efectos reforzantes positivos e inducir al abuso y finalmente a la adicción. En tal sentido podemos mencionar primeramente al potencia adictivo de las sustancias psicoactivas, las que podemos medir a través del efecto causado en las zonas del cerebro que constituyen el sistema de recompensa; el área tegmental ventral (AVT) y sus proyecciones al núcleo accumbens (NAcc), a la corteza prefrontal (CPF) y al hipocampo lateral (HL). Asimismo en investigaciones se han determinado como drogas de mayor potencial reforzante como la cocaína, opiáceos, fenciclidina, barbitúricos, benzodiazepinas, etanol, nicotina, disolventes volátiles, con resultados equívocos derivados del cannabis y los alucinógenos con resultados negativos. Es probable que los estados alucinógenos no

tengan mayor significado en animales por eso los resultados negativos. (Lorenzo, 2009).

Determinantes psicosociológicos de las drogodependencias:

Debido a la relación entre los factores psicológicos y sociales en las drogodependencias, se buscará diferenciarlos revisando los factores personales (factores individuales), aquellos que pertenecen más al entorno próximo al consumidor (factores microsociales) y aquellos que correspondan más al ambiente socio - cultural (factores macrosociales).

Tabla 1

Factores psicosociales implicados en la drogodependencias

Factores Macrosociales	Factores Microsociales	Factores Individuales
- Medio geográfico.	Familia:	- Autoconcepto.
- Estructura socio – económica.	- Estructura de los subsistemas.	- Autoestima.
- Sistema de valores culturales.	- Estilo educativo.	- Control de impulsos.
- Actitudes sociales.	- Relaciones afectivas y de comunicación	- Capacidad de resolución de problemas.
- Conductas sociales dominantes.	- Convivencia familiar	- Capacidad de afrontar situaciones.
- Ordenación social del ocio y tiempo libre.	Escuela:	- Ética moral autónoma.
- Medios de comunicación	- Rendimiento académico.	- Jerarquía de autovalores.
	- Motivación académica.	
	- Nivel de satisfacción escolar.	
	- Nivel de integración escolar.	
	- Actitudes hacia la institución.	
	Grupo de iguales:	
	- Características normativas del grupo.	

-
- Comportamientos marginales del grupo.
 - Niveles de presión de grupo.
 - Vulnerabilidad a la presión grupal.
-

Nota: Recuperado de “*Drogodependencias: Farmacología, patología, psicología y legislación*”, de Lorenzo, P. Ladero, J, Lezar, J Lizasoain, I., 2009, p.39, Buenos aires, Argentina: Panamericana.

Desde una perspectiva cognitiva Beck (1999), afirma que existen numerosas razones por la que la gente utiliza drogas, entre ellas se tiene:

- Los efectos placenteros que estas proporcionan.
- La expectativa que se tiene acerca de las mismas.

Sin embargo algunas personas dejan el uso ocasional para dar un uso regular de las mismas, según el mismo autor son las diferentes circunstancias adversas de la vida las que facilitan un uso regular o frecuente como una medida de afrontamiento a su realidad; es posteriormente que lejos de calmar el dolor de la vida genera nuevos problemas y dificultades no solo a la persona que los usa sino también a sus seres más queridos más cercanos.

Un primer acercamiento a las características que distinguen a los consumidores causales de los que desarrollan la adicción lo plantea Peele en 1969 (citado en Beck 1999) haciendo referencia a la importancia de los factores sociales y personales como:

Tabla 2

Importancia de los factores sociales y personales en las adicciones

Factores sociales	Factores personales
<ul style="list-style-type: none"> - Adecuada relación familiar - Grupo de amigos - Uso productivo del tiempo libre. - Seguridad económica 	<ul style="list-style-type: none"> - Asertividad - Adecuado control de impulsos - Mayor tolerancia a la frustración

Peele pone en evidencia la importancia de los factores de riesgo tanto sociales como personales sobre los del tipo de sustancia, dejando de lado posturas que puedan explicar el origen de las adicciones desde una mirada como procesos biológicos.

2.2.4. Epidemiología:

Los perjuicios causados por el consumo de drogas siguen siendo considerables en todo el mundo es así en el informe mundial sobre las drogas del 2018 (UNODC, 2018) nos brinda datos importantes acerca del consumo y sus consecuencias en la población mundial, de esta manera se tiene que hasta el año 2016:

- Cerca del 5,6% de la población en el mundo (edad entre 15 y 64) consumió, en alguna oportunidad en su vida, drogas. es decir una cantidad promedio de personas de 275 millones.
- Las personas que evidencian algún tipo de trastorno asociado al consumo de SPA es de aproximadamente 31 millones, siendo estas candidatas para una intervención en salud.

- Referente al consumo de Marihuana en el grupo de adolescentes (15 y 16 años), los datos indican que 13,8 millones usaron esta sustancia durante el año anterior; es decir un 5,6% de la población.
- Las drogas de tipo opiodes son las de mayor daño a la salud y están relacionadas con el 76% de las muertes en lo referente al consumo de SPA.
- Los opiodes siguieron siendo las drogas que más daños causaron y fueron responsables del 76% de las muertes en que intervinieron los trastornos por consumo de drogas; además de tener una mayor relación con enfermedades como el VIH y la Hepatitis C.

De esta manera según la OMS en 2015 (citado en el informe mundial sobre Drogas 2018).

“fallecieron aproximadamente 450.000 personas a consecuencia del consumo de drogas. De esas muertes, 167.750 estaban directamente relacionadas con los trastornos por consumo de drogas (principalmente sobredosis). El resto de las muertes podían atribuirse indirectamente al consumo de drogas, y entre ellas figuraban las relacionadas con los virus del VIH y la hepatitis C contraídos como resultado de prácticas de inyección inseguras” (p, 1).

Dentro del panorama nacional podemos encontrar múltiples incidencias, siendo el inicio de la cadena el cultivo y elaboración, posteriormente el narcotráfico y la comercialización a mayor o menor escala, que termina en el consumo por parte de la población y que posteriormente se refleja en una serie de problemas de salud, educativos, sociales, económicos, etc. (Cedro 2017).

Dentro del estudio: Epidemiología de drogas en población urbana peruana: encuesta en hogares, realizado por Cedro (2017), se toma como muestra objetivo residentes habituales entre 12 y 65 años residentes en zonas urbanas de departamentos de costa, sierra y selva, se encuentra lo siguientes datos. A nivel de prevalencia de vida:

Tabla 3

Prevalencia de vida de drogas legales e ilegales en el Perú 2017

Características	Alcohol %	tabaco %	THC [%]	PBC [%]	cocaína [%]
Sexo					
Hombre	81.8	62.8	15.5	4.1	3.2
Mujer	77.2	44.7	2.6	0.4	0.4
Edad					
12 a 18 años	46.6	20.2	2.7	0.2	0.3
19 a 24 años	83.3	49.3	10.6	1.2	1.4
25 a 29 años	82.3	61.0	10.4	2.0	1.9
30 a 39 años	85.3	56.5	9.6	1.9	2.0
40 a 49 años	84.4	59.7	9.2	3.0	3.0

50 a más	82.7	58.6	5.9	2.8	1.0
Nivel Educativo					
Inicial, primaria	68.8	34.4	3.2	1.9	1.6
Secundaria	73.2	46.1	7.5	2.2	1.2
Superior	85.1	59.7	9.2	1.8	2.0
Región					
Lima Metropolitana	80.6	53.8	8.2	2.0	1.9
Provincias	76.2	49.8	7.9	2.1	1.2
Resto costa	73.5	45.3	6.3	2.9	1.3
Sierra	77.9	56.0	10.4	1.3	1.2
Selva	77.4	46.8	6.5	2.1	1.0
Estrato socioeconomico					
Bajo	79.5	45.5	6.5	2.3	1.3
Medio	79.0	54.2	8.3	1.8	1.8
Alto	79.3	55.8	9.4	2.2	1.6
Total	79.2	52.5	8.1	2.0	1.6

Nota: Recuperado de “epidemiología de drogas en población urbana peruana: encuesta en hogares”, de Cedro 2017., (04 de noviembre, 2018). Recuperado de <http://repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/361/3/CEDRO.Estudio%20EPI.2017.pdf>.

De esta forma podemos obtener como conclusiones que:

- La SPA de mayor consumo en nuestro territorio son las de tipo legal, es decir el alcohol y el tabaco, siendo mayor la cantidad que consumen los varones, respecto a las mujeres.
- La SPA de tipo ilegal con mayor consumo es el cannabis, estando en un segundo lugar la pasta base de cocaína, la diferencia respecto al consumo entre varones y mujeres se mantiene.

Asimismo se tiene como otro indicador la oportunidad de ofrecimiento que nos explica la exposición a las SPA, es decir las situaciones de riesgo referente al consumo de SPA.

Tabla 4

Oportunidad de ofrecimiento de drogas ilegales en el Perú 2017

SUSTANCIA	LIMA METROPOLITANA	PROVINCIAS	TOTAL
Marihuana	24.9	29.5	26.1
PBC	10.1	9.4	9.9
Cocaína	8.5	5.2	7.6
Éxtasis	2.0	3.0	2.6

Nota: Recuperado de “epidemiología de drogas en población urbana peruana: encuesta en hogares”, de Cedro 2017., (04 de noviembre, 2018). Recuperado de <http://repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/361/3/CEDRO.Estudio%20EPI.2017.pdf>.

- Se concluye que los mayores niveles de riesgo para el consumo lo obtiene el cannabis o marihuana con un 26%, seguido por la pasta base con 10%, podemos mencionar, aunque en menor nivel, el clorhidrato de cocaína con un 8%, éxtasis con un 3%; resaltando que estos indicadores son mayores en el departamento de Lima referente a provincias.

Finalmente se presenta el indicador de la edad de inicio de consumo de drogas legales e ilegales.

Tabla 5

Edad de inicio de consumo

SUSTANCIA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Alcohol	17.2	19.1	18.3
Tabaco	17.4	19.5	18.4
Marihuana	18.7	19.8	18.9
PBC	20.7	21.7	20.8
Cocaína	19.8	19.0	19.6

Nota: Recuperado de “epidemiología de drogas en población urbana peruana: encuesta en hogares”, de Cedro 2017., (04 de noviembre, 2018). Recuperado de <http://repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/361/3/CEDRO.Estudio%20EPI.2017.pdf>.

- Identificamos que el promedio de edad para dar inicio al consumo de SPA está en promedio de 18 años para SPA legales y de 19 – 21 años si se refieren a SPA ilegales; sin embargo se debe tomar en cuenta que estas son las edades promedios, evidenciando que parte de la población puede comenzar el consumo a edades menores.
- Referente a la edad de inicio se puede observar que las mujeres inician el consumo a menor edad que los varones, una explicación puede deberse a que el grupo de consumidores las mujeres cuentan con menor edad que los varones.

2.3. Terapia cognitivo conductual y drogodependencias

2.3.1. Terapia cognitivo conductual:

La orientación terapéutica cognitivo conductual cuenta con diversas definiciones en las que podemos enfatizar el trabajo sobre componentes observables que tienen una base en el aprendizaje, dichos conceptos han ido evolucionando desde sus inicios en la década de los 80 y hasta el día de hoy continua su proceso de crecimiento y perfeccionamiento para el desarrollo de sus intervenciones. Podemos continuar con la definición que nos proporciona Beck en el 2010.

“Procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo”
(p, 13).

En la psicoterapia cognitiva – conductual, Hernández en el 2007, señala que el cambio comportamental se logra mediante la reestructuración del componente cognitivo a través de tecnología que involucra estrategias comportamentales y cognitivas (pensamientos y emociones), de esta manera el cambio deberá consolidarse y

mantenerse por una serie de reforzamientos dentro de un estilo de vida más adaptado.

Tomando como base estos elementos, la terapia cognitiva conductual, afirma que la conducta del ser humano tiene como base creencias o esquemas que rigen nuestra manera de pensar y actuar, de esta manera puede ser la base para conductas inadecuadas o poco adaptadas las cuales deberán ser modificadas practicando en compañía con el paciente un conjunto de estrategias que Hernandez en el 2007 nos señala como:

- Aprender la identificación y el cambio de productos cognitivos (pensamientos).
- Conocer la relación que existe en los pensamientos emociones y comportamiento.
- Identificar y reconocer las evidencias que se encuentran en cada pensamiento inadecuado.
- Reestructurar los pensamientos inadecuados por otros con mejor adaptabilidad y flexibilidad al entorno.
- Lograr reconocer y reestructurar los pensamientos, creencias y esquemas que conllevan a interpretaciones inadecuadas de la realidad.

De esta manera el autor mencionado afirma que el objetivo que persigue la terapia cognitivo conductual es enseñar a la persona como modificar la forma de organizar sus pensamientos de esa manera eliminar emociones negativas y contrarrestar conductas

inadecuadas, siendo esta operación generadora de un nuevo aprendizaje y refuerzo para futuras situaciones.

2.3.1.1. Características de la terapia cognitivo conductual:

A continuación, se enumeran algunas características de este tipo de psicoterapia (Contreras y Oblitas, 2005):

- Es de duración corta, en comparación con otras orientaciones terapéuticas.
- Los consultantes pueden ser una persona, una pareja, una familia o un grupo.
- Es activo-directiva, el paciente adquiere un rol protagónico, debido a que va produciendo cambios graduales en su vida.
- El terapeuta adquiere una intención directiva, complementando con intervenciones que promueven la acción en el paciente.
- Se incluyen actividades terapéuticas para realizar entre las sesiones, como forma de poner en práctica los aspectos trabajados en la consulta.
- El rol del terapeuta consiste en asesorar y acompañar en el camino hacia los cambios, generando un ambiente de colaboración entre terapeuta - paciente.
- Enfocada en el aquí y ahora, se pueden abordar aspectos de la historia de vida que mantengan una relación con la conducta problema actual.

- Para considerar efectivo al proceso de terapia el paciente deberá haber alcanzado los objetivos que estableció e identificarse una mejoría en su calidad de vida.

El modelo psicoterapéutico conductual cognitivo ha tenido un crecimiento impresionante como sistema de intervención en los diferentes problemas de la salud mental dentro del quehacer psicológico y psiquiátrico en las últimas décadas. Desde su aparición hasta los tiempos actuales se evidencia un mayor acercamiento de los profesionales en salud hacia los procedimientos conductuales cognitivos, demostrando un incremento en la aprobación de sus procedimientos y estrategias, esto debido a los resultados favorables en las diferentes áreas de la salud (Ellis, 1979 y Beck, 1985; citados en Hernández 2007).

2.3.2. Terapia cognitivo conductual en drogodependencias

Habiendo señalado la eficacia de los tratamientos de orientación cognitivo conductual, Sánchez-Hervás y Tomas (2001), señala que son las intervenciones psicológicas un elemento esencial en la rehabilitación de las dependencias a SPA; es así que el NIDA las reconoce como intervenciones necesarias para obtener resultados con mayor tiempo de abstinencia, asimismo la APA presenta dentro de sus recomendaciones de tratamiento con mayor efectividad para la dependencia a sustancias a la psicoterapia de orientación conductual cognitiva.

Pedrero en el 2008 refiere que el tratamiento de orientación cognitivo conductual supone una de las psicoterapias más adecuadas para la recuperación de personas con dependencia a SPA, siendo su objetivo principal el lograr que se aprenda, a través de técnicas, la capacidad para establecer un mayor autocontrol. Esta orientación parte de poner al paciente como protagonista de su recuperación, entrenándolo en herramientas científicas que le permitan discutir sus ideas sobre el estilo de vida adictivo y logre reestructurarlas a elementos más adecuados.

Becoña y Cols (2008) afirmaban que el enfoque terapéutico de orientación conductual y conductual cognitivo son las que presentan mayores estudios en el tratamiento de las adicciones, de esta manera en la tabla 6 se indican los grados de evidencia y recomendación

Tabla 6

Nivel de evidencia (1 y 2) y grado de recomendación (A y B) de las terapias conductuales y cognitivo-conductuales.

Nivel de evidencia 1:

- Las terapias de orientación cognitivo-conductual son eficaces en el tratamiento de las conductas adictivas.
 - Las terapias cognitivo-conductuales son más efectivas que otras modalidades psicoterapéuticas y farmacológicas por separado y su eficacia aumenta en tratamientos multicomponentes.
 - Respecto al formato de tratamiento, la terapia cognitiva-conductual ha mostrado su efectividad tanto en formato grupal como individual.
-

-
- Respecto a la duración, a mayor tiempo de exposición a la terapia cognitivo conductual mejores resultados a largo plazo.
 - Respecto a la duración de los efectos, con la terapia cognitivo conductual los efectos se extienden más allá del tratamiento pero con el tiempo decaen.
 - La combinación de terapia cognitivo-conductual con otras modalidades psicológicas o farmacológicas es más eficaz que cada uno de los componentes de forma aislada.
-

Nivel de evidencia 2:

- Es eficaz a corto plazo para reducir el consumo de drogas y mejorar las relaciones familiares en adolescentes con psicopatología asociada.
 - En solitario o con terapia farmacológica produce cambios significativos en pacientes con trastornos del estado de ánimo, pero estos cambios decaen tras el tratamiento.
-

Grado de recomendación A:

- En los tratamientos cognitivo-conductuales es importante diseñar programas de seguimiento para procurar la consolidación de los cambios obtenidos durante el tratamiento.
 - En el tratamiento con sustitutivos opiáceos (ej., metadona) se obtienen mejores resultados cuando se acompañan de intervenciones psicológicas cognitivo-conductuales.
-

Grado de recomendación B:

- Es eficaz con adolescentes consumidores de sustancias pero es recomendable incluir a familiares junto a la aplicación de la terapia cognitivo conductual para mantener en el tiempo los cambios alcanzados.
 - Los grupos de adolescentes deben diseñarse teniendo en cuenta determinadas limitaciones para evitar un sobreaprendizaje de conductas antisociales y desadaptativas.
 - La combinación de la terapia farmacológica en conjunto con terapia cognitivo conductual (fundamentalmente) mejora los resultados del tratamiento de dependencia de alcohol y cocaína.
-

-
- Farmacoterapia y psicoterapia deben combinarse en función de las características del paciente.
-

Nota: Adaptado de “Guía clínica de intervención psicológica en adicciones”, de Becoña, E., 2008, p. 47-66, Barcelona, España: Socidrogalcohol.

Afirmando lo anterior el National Institute on Drug Abuse – NIDA (2010), refiere que la psicoterapia de orientación conductual cognitiva se trabajada inicialmente como una intervención para personas con dependencia a alcohol, siendo posteriormente dirigida a personas con dependencia a cocaína, evidenciando la eficacia de los procedimientos basados en el aprendizaje de conductas tanto para la explicación del problemas como para las alternativas de solución. De esta manera a modo de conclusión podemos explicar que la psicoterapia conductual cognitiva, en este sentido busca instaurar 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 como fuente de motivación para una vida saludable, el auto-monitoreo para reconocer la compulsión por las drogas en una etapa temprana como elemento para cimentar una conciencia de la condición del paciente y el empleo de estrategias para afrontar y evitar situaciones de alto riesgo que pueda llevar al consumo de droga. Asimismo las investigaciones demuestran que las estrategias aprendidas bajo el modelo cognitivo

conductual lograron mantenerse en el tiempo hasta un año después del tratamiento (NIDA, 2010)

Dentro de las diversas alternativas que se encuentran para el tratamiento de las drogodependencias se ha señalado que son las de orientación cognitivo conductual las que cuentan con mayor eficacia, de esta forma Sánchez-Hervás y Tomas menciona que “el NIDA señala las distintas intervenciones psicoterapéuticas fundamentadas científicamente, y que deben de orientar al clínico en la práctica clínica diaria. De forma resumida se presentan tales intervenciones” (2001, p. 23):

Tabla 7

Intervenciones psicoterapéuticas con validez empírica

-
- Prevención de recaídas
 - Modelo «Matrix»
 - Psicoterapia expresiva de apoyo
 - Consejo individualizado
 - Terapia de incremento motivacional
 - Terapia conductual para adolescentes
 - Terapia familiar multidimensional para adolescentes
 - Terapia multisistémica
 - Terapia combinada de tipo conductual y reemplazo de la nicotina
 - Enfoque de refuerzo comunitario más economía de fichas
 - Terapia de refuerzo en programa de metadona
 - Tratamiento de día con refuerzo
-

Nota: Recuperado de “Intervención psicológica en conductas adictivas”.
Trastornos adictivos, 3(1), 21-27.

Quirke en el 2001 (citado en Becoña 2008) refiere que entre las estrategias de tipo conductual cognitiva mayormente empleadas en el tratamiento de dependencia a SPA se tienen:

Tabla 8

Intervenciones cognitivo conductuales en drogodependencias

-
- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento
 - Prevención de recaídas
 - Entrenamiento en manejo del estrés
 - Entrenamiento en relajación
 - Entrenamiento en habilidades sociales
-

Nota: Adaptado de “Guía clínica de intervención psicológica en adicciones”, de Becoña, E., 2008, p. 42, Barcelona, España:Socidrogalcohol.

2.3.3. Tipos de intervención cognitivo conductual en adicciones:

Becoña en el 2008 describe las estrategias con mayor nivel de eficacia y evidencia científica en el tratamiento de las dependencias a sustancias psicoactivas

a. Entrenamiento en Habilidades Sociales y de Afrontamiento:

Secades-Villa en el 2007 señala que el planteamiento base tiene a la persona como carente de recursos para afrontar de manera adecuada situaciones sociales o de tipo personal, estas carencias generan niveles elevados de malestar emocional que encuentran

solución en el consumo de SPA. De esta manera este tipo de intervenciones tiene como finalidad entrenar al paciente en habilidades que le permitan desarrollarse de manera apropiada dentro de su entorno social, así como herramientas que le permitan el control del craving por el uso de SPA.

Estos programas que utilizan las técnicas de entrenamiento en habilidades y estrategias de afrontamiento, parten generalmente del análisis funcional de la conducta, tomando en cuenta individualidades de cada persona, el estudio de otros elementos involucrados en el tratamiento (personas con trastornos duales, etc.), de esta manera lograr instaurar procedimientos adecuados en la recuperación de un nuevo estilo de vida manteniendo la abstinencia o la reducción de consumo de drogas (Becoña, 2008).

Esquema 1

Aspectos centrales en el Entrenamiento en Habilidades Sociales y de Afrontamiento



Nota: Adaptado de “Fundamento psicológico del tratamiento en las drogodependencias”, de Secades-Villa, R., (2007), *Papeles del psicólogo*, 28(1), p. 35.

b. Prevención de recaídas:

Según Becoña (2008), este tipo de intervención se basa en la dificultad que posee una persona con adicción para afrontar de manera adecuada situaciones de alto riesgo para el consumo de sustancias, incrementando la probabilidad de perder su abstinencia; sin embargo si ante una situación de alto riesgo para el consumo el sujeto responde de manera adecuada, es decir evita retomar el consumo de sustancias, el riesgo de recaída se verá reducido y se incrementará es nivel de autoeficacia.

Asimismo conforme aumente y se mantenga el tiempo de limpieza de SPA, se incrementará el nivel de autocontrol y por tanto el nivel de autoeficacia, caso contrario si el sujeto no se desarrolla de manera exitosa ante situaciones de riesgo disminuirá su percepción de autoeficacia.

A partir de este planteamiento teórico, se identifican algunas claves importantes para el siguiente enfoque que parten del aprendizaje de:

- El reconocimiento de situaciones alto riesgo para el consumo de SPA.

- El reconocimiento de indicadores que posibiliten retomar el consumo de drogas (Craving o síndrome de abstinencia).
- Reconocer que estrategias son útiles ante los indicadores y situaciones de riesgo para evitar el consumo de SPA, así como las estrategias para recuperar la abstinencia si se retomó la conducta de consumo.

Esquema 2

Aspectos centrales en prevención de recaídas



Nota: Adaptado de "Guía clínica de intervención psicológica en adicciones", de Becoña, E., 2008, p. 44, Barcelona, España:Socidrogalcohol.

c. Manejo de contingencia (MC):

Tiene como base a los principios operantes, es decir, recurre al trabajo con contingencias de tipo reforzador o castigo sobre la conducta adictiva. Se necesita un adecuado registro y observación de la conducta problema, así como aquellas circunstancias que se encuentran asociadas a la misma.

Este tipo de intervenciones estructuradas establecen contingencias que permiten reforzar conductas adecuadas y castigar aquellas que se encuentran orientadas al consumo de SPA. Un ejemplo de este tipo de intervenciones nos la relata Higgins, 1996; (citado en Secades-Villa), “cuando un paciente usa drogas durante el tratamiento, además del precio asociado a su consumo, éste perdería determinados reforzadores que estarían a su disposición si se hubiese mantenido abstinentes”. (2007, p. 32).

d. Terapia cognitiva:

La intervención bajo este modelo sostiene que los productos cognitivos como los pensamientos y emociones se derivan de la forma como interpretamos nuestra realidad (Beck, Wright, Newman y Liese, 1993; citados en Becoña 2008). De esta manera la persona con drogodependencias como parte de su historia de consumo desarrollará pensamientos automáticos que justifiquen el consumo de sustancias y posteriormente se irán formando estructuras cognitivas más sólidas como los esquemas o

creencias nucleares que soportarán toda la estructura del estilo de vida adictivo, En este sentido el objeto de la intervención según el modelo cognitivo de drogodependencia, como por ejemplo el planteado por Beck, se centra fundamentalmente en la modificación de los pensamientos adictivos y disfuncionales vinculados al consumo de drogas, sean estos como estímulos para la aparición del deseo por consumir o parte de estructuras más complejas como las creencias, a través de técnicas cognitivas que persiguen reestructurar las creencias y distorsiones cognitivas que median en los procesos de recuperación de la drogadicción. (Martinez, 2010).

e. Entrevista motivacional:

Si bien la entrevista motivacional no es una estrategia cognitivo conductual es importante mencionarla debido a su aporte en el tratamiento de las conductas adictivas, esta estrategia tiene como objetivo generar la motivación mediante la instauración de la ambivalencia en la conducta que realiza la persona con adicción, de esta manera promover la orientación hacia conductas más adecuadas en el proceso de tratamiento (Rollnick y Miller 1996).

Becoña en el 2008 señala que la entrevista motivacional basa su intervención en el respeto al paciente, a sus creencias y escala de valores, intentando estimular su motivación y favorecer su orientación hacia hábitos sanos, enfatizando su propio punto de

vista y su libertad para escoger como directriz para iniciar el camino hacia su recuperación. Toma en cuenta que en lo referido a cambios de hábito o estilo de vida es importante aceptar que estos requieren de costos; sienten estos necesarios para obtener las metas que deseadas. Es importante entender que la motivación parte de las metas que desee alcanzar una persona, así como de la percepción de un posible beneficio.

Lizárraga y Ayarra, 2001; citados en Becoña refiere que existen dos principios básicos que centran este planteamiento: 1. Evitar la confrontación con el paciente; 2. Facilitar que el paciente verbalice motivos de preocupación por su conducta (2008, p. 30).

2.3.3.1. Técnicas cognitivo conductuales en adicciones

El presente caso se circunscribe dentro de la orientación cognitivo conductual, empleando elementos de la prevención de recaídas que como se detalló anteriormente enfatiza en el reconocimiento de situaciones alto riesgo, indicadores que posibiliten retomar el consumo de drogas (Craving o síndrome de abstinencia) y estrategias para evitar un retorno a las conductas adictivas. (Becoña, 2008), combinado con entrenamiento en habilidades de afrontamiento (cognitivas y conductuales), reestructuración cognitiva y cambio en el estilo de vida.

A. Estrategias motivacionales:

Psicoeducación:

Gavino en el 2006 refiere que esta estrategia consiste en proporcionar información específica y comprensible sobre su condición a tratar. Empleándola cuando se identifique que la carencia de conocimiento promueve conductas inadecuadas, perjudiciales o van contra la rehabilitación de una persona, esperando que favorezca al cambio hacia una conducta más saludable.

Pasos para su aplicación

- Determinar la información pertinente para el paciente.
- Dar los conocimientos necesarios de manera adecuada para el paciente.
- Investigar en el paciente la comprensión de los conocimientos brindados
- De ser necesario brindar el material de forma física.

Balance decisional:

Tiene su origen en los trabajos de Prochaska y colaboradores (1985), en el cual mediante el análisis de los pros y contras, es decir hacer el balance decisional, el sujeto puede tomar en cuenta las ventajas o desventajas de un comportamiento determinado, antes de ejecutarlo (Feliciano, 2017).

De esta manera una definición más orientada la encontramos con Rojas (2010), quien señala que la estrategia de balance decisional consiste en la exploración de costos y beneficios del cambio, destacando la relevancia sobre la decisión de la persona y que lo lleva a mantener una postura protagónica dentro de su proceso de recuperación.

B. Técnicas cognitivas

Flecha descendente:

Beck (1999), señala que esta estrategia es muy útil para reestructurar creencias asociadas al consumo de sustancias, así como acerca de sí mismo o del futuro, debido a que orienta a los pacientes a evaluar la significancia de sus productos cognitivos más importantes; con la finalidad de poder identificar una creencia nuclear y de esta manera descatastrofizarla y posteriormente modificarla.

Aguado, H (2004), refiere que esta técnica persigue como objetivo investigar lo más fundamental de los productos cognitivos (llegar a las creencias nucleares), realizándose de la siguiente manera:

- Se escribirá un pensamiento el que está seguido por flechas en dirección descendente.
- El terapeuta puede utilizar las siguientes interrogantes: “Si su pensamiento fuera verdadero, ¿Por qué le molestaría a usted?, ¿Qué le haría pensar?, ¿Qué sucedería entonces?, ¿Por qué sería un problema para usted?, ¿Qué significaría para usted?”.

- Se entrena al paciente en el proceso de identificación de pensamientos y creencias para que pueda realizarlo a modo de actividad.

Reestructuración cognitiva:

Beck en 1996 postula que los individuos que abusan de las drogas normalmente no están atentos a las creencias que tienen asociadas a dichas sustancias, y contemplan casi siempre ese abuso como función de factores extrínsecos o lo representan como un acto automático. Esta técnica muestra a los pacientes como sus productos cognitivos (pensamientos o creencias) tienen relación con la conducta de consumo de SPA, al reconocer la relación entre estos elementos comportamentales se logrará una mayor eficacia para el control de pensamientos disparadores del consumo y el cambio de las creencias asociadas a la conducta de consumo por otras mejor adaptadas a la realidad.

Así también Rodríguez (2016) afirma que está técnica parte de enseñarle al paciente a reconocer pensamientos que lo pueden llevar al consumo o que pudieran activar deseos de consumir o emociones negativas relacionadas al consumo de las sustancias; para luego explicarle como reemplazar esos pensamientos con otros más saludables y que eviten el consumo.

Reatribución de responsabilidad:

Estrategia que es mencionada por Beck en 1996 se basa en la proyección de la responsabilidad que se presenta en la persona con dependencia a SPA con respecto a su conducta de consumo, por ejemplo, el dependiente al alcohol proyectará la responsabilidad de su consumo en los problemas con su esposa, un trabajo estresante o a compañeros que lo incitan a beber o que ejerce presión para realizar la conducta de consumo. El terapeuta mediante esta estrategia podrá contribuir con el paciente a asumirse como protagonista principal de la conducta de consumo y de esta manera lograr con mayor eficacia el control de la misma. Es importante mantener una postura de no juzgar al paciente debido a que esto puede resultar contraproducente en su estabilidad emocional. Esta misma técnica permite trabajar con los mecanismos psicológicos de las drogodependencias mencionados por Rodríguez (2016), siendo estos los que van gradualmente perpetuando el consumo de sustancias a través de la manipulación de su entorno. Dichos mecanismos irán incrementándose con frecuencia e intensidad en la medida que el consumo aumenta. Se mencionaran como los mecanismos más importantes: negación, minimización, racionalización, soberbia.

Bloqueo de pensamiento:

Esta estrategia tiene como objetivo lograr olvidar elementos cognitivos que son generadores de malestar emocional y por tanto que predispongan a conductas inadecuadas, en el caso de las drogodependencias tienen como finalidad evitar la conducta de consumo de SPA. El método de detención de pensamiento consiste en la interrupción y modificación, por medio de la sustitución, de los pensamientos asociados al craving. Es decir se entrena el paciente para que excluya, incluso antes de su formulación, cualquier pensamiento que motive un deseo por consumir. Como resultado se producirá un decremento en la cantidad de material cognitivo y por tanto menor deseo de consumo (craving) (González, 2009).

Su procedimiento se detalla de la siguiente manera:

- Identificar los pensamientos asociados al craving que son necesarios eliminar.
- Se brinda la indicación que se relate una vivencia en la cual mencione los pensamientos que inician la cadena de consumo, un ejemplo podría ser: me levanto por la mañana y pienso: "vamos a iniciar la mañana con unos toquécitos para animarme".
- Durante el relato y antes que se complete el pensamiento asociado al consumo el terapeuta interrumpe diciendo "¡Alto!" o "¡Basta!".
- Posteriormente se evalúa la desaparición del pensamiento.
- Se retoma el trabajo mencionado.

Técnicas de distracción:

En el 2009, Gonzales nos detalla que este conjunto de múltiples estrategias buscan cambiar el foco de atención de pensamientos y emociones asociadas al consumo hacia elementos neutros, de esta manera se logra mantener la atención en elementos externos y preservar la abstinencia. Para lograr un máximo efecto es necesario realizar un acuerdo con el paciente acerca de elementos que pueden resultar distractivos, pueden ser los siguientes:

- Realizar una descripción detalladas de elementos externos, como fotografías, paisajes, etc.
- Pedir a un familiar conversar sobre temas cotidianos.
- Actividades o quehaceres del hogar, cantar, actividad física

Se pueden realizar varios tipos de distracciones a la vez, organizarlas o recurrir a una de ellas en momentos de riesgo; para mayor efectividad se puede complementar con ejercicios de relajación para reducir la ansiedad en casos necesarios.

C. Técnicas conductuales

Entrenamiento en habilidades sociales y conducta asertiva:

Según Rodríguez (2016), los clientes consumidores con frecuencia tienen dificultades en sus habilidades sociales y comunicativas; enseñarles a los pacientes a socializar efectivamente con personas fuera del círculo de personas consumidores, respetando su espacio, perspectivas y creencias los beneficiará grandemente.

De esta manera Beck en 1999 señala que muchos pacientes con problemas de abuso de sustancias tienen también problemas asociados de comunicación interpersonal y esto a su vez podría generar una mayor vulnerabilidad para utilizar drogas. De esta manera mediante la actuación de situaciones (Role playing) antes de que estas ocurran, los terapeutas puede ayudar a los miembro del grupo a anticipar como podrán sentir, actuar y reaccionar en las mismas situaciones (Rodríguez, 2016).

Es así que los autores mencionados refieren que una forma adecuada de poder trabajar las habilidades para una mejor integración a la sociedad puede realizarse mediante la técnica del role playing. Según Gavino (2006), los pasos a seguir serian los siguientes:

- Identificar la importancia de realizar una conducta asertiva sobre la pasiva y agresiva.
- Elaborar una lista jerárquica con las circunstancias objetivo de trabajo de acuerdo al grado de complejidad percibida o malestar.
- Representar las circunstancias especificas objeto de trabajo para lo cual se puede solicitar el apoyo del terapeuta o de un grupo.
- Se realiza la retroalimentación.
- Se planifica la actuación fuera del contexto de la terapia.

Es importante señalar que dentro de esta práctica se puede incluir el trabajo para el rechazo asertivo de proposiciones o invitaciones de la conducta de consumo de drogas.

Control de estímulos:

Esta técnica busca en conjunto con el paciente contrarrestar los efectos que pueden tener los estímulos asociados al consumo sobre la abstinencia, de esta manera se explica al paciente el aprendizaje de los estímulos discriminativos del consumo de SPA (Ed) y como estos se relacionan con pensamientos y emociones que estimulan el deseo de consumir, finalmente se trabaja junto con el paciente en la planificación de estrategias que permitan el control de los Ed (Beck, 1999).

Programación de actividades:

En el tratamiento cuando los pacientes se están recuperando deben enfrentarse con mucho tiempo libre en sus manos, esto puede conllevar a experimentar elevados niveles de desgano siendo problemático para su recuperación, de esta manera se puede realizar una programación u horario, en el cual se pueden incluir elementos necesarios para su distracción (deberes) y otros que puedan resultar agradables para el paciente, de esta manera alcanzar elementos reforzantes importantes para el proceso de recuperación (Beck, 1999).

Esta técnica tiene como objetivo modificar los hábitos del paciente en función de sus actividades, que por lo general se encontraban girando entorno al uso de drogas (González, 2009). Se puede realizarse de la siguiente manera:

- Explicar la paciente la importancia de una nueva organización en su estilo de vida diferente al estilo de vida del consumidor.

- Realizar un horario estipulando por horas las diferentes actividades que han de realizarse, se puede tomar en cuenta en comenzar por aquellas que no son agradables y terminar con aquellas que si lo son.
- Se orienta a los familiares a mantener una supervisión de horario.

Técnicas de relajación:

Dentro de las múltiples técnicas son importantes mencionar aquellas que permiten disminuir la ansiedad producto del deseo de consumir; de esta manera practicar estrategias de relajación cobran vital importancia debido a que proporciona al paciente un método para eliminar estados emocionales negativos de manera segura (cuando está libre de la droga). Es así que el entrenamiento en relajación será adecuado para establecer la creencia nueva del paciente de que controla y es responsable de sus respuestas de afrontamiento (Beck, 1999). Existen múltiples técnicas de relajación, a continuación se mencionan dos:

- Respiración profunda con retención de aire:

Según García - Grau (2008), este tipo de entrenamiento resulta adecuado en circunstancias de elevado nivel de activación. Para realizar este trabajo es necesario hacerlo de manera pausada y empleando el diafragma, con la retención del aire durante algunos segundos antes de ser expulsado.

Los pasos a seguir según el autor son los siguientes:

- Mantenerse sentado y buscando la comodidad evitando cruzar alguna parte del cuerpo con otra, se puede colocar la mano sobre el diafragma.
- Tomar aire por la nariz de manera lenta.
- Al tomar todo el aire posible por la nariz retener el aire durante un tiempo de 5 seg.
- Botar el aire por la boca de manera lenta, se debe tomar en cuenta que este paso debe durar mayor tiempo que al tomar el aire.
- En algunos casos se puede incluir de manera mental la repetición de palabras que inviten a la relajación como: calma; cada vez que bota el aire.

- **Relajación muscular progresiva:**

Gonzáles en el 2009 refiere que es uno de los mejores métodos para conseguir niveles de alivio es la rutina empleada por Jacobson, el autor explica los pasos de la técnica de la siguiente manera:

 - Primeramente se procede exponer el objetivo del entrenamiento, el cual es lograr estados de tranquilidad y alivio, siendo necesario la práctica regular; posteriormente se procederá a explicar que se realizarán diversos ejercicios a nivel muscular tensando y relajando los músculos de diferentes parte del cuerpo para lo cual se práctica en conjunto con paciente.
 - En cada sesión se procederá a practicar con la tensión y relajación de los músculos, agrupándolos por áreas del cuerpo.

- El trabajo en cada sesión puede ser: músculos de las extremidades superiores, músculos del rostro, músculos de la espalda y el abdomen y músculos de las extremidades inferiores.

CAPITULO III

CASO CLÍNICO

3.1. Historia clínica

Realizando una evaluación sobre los antecedentes en investigaciones acerca de las diferentes intervenciones, se encuentra que es la terapia de orientación cognitivo conductual la que mayores resultados eficaces nos ofrece (Llorens, 2004 y Gonzales, 2017), de esta manera el presente caso se suma a la lista de investigaciones que operan bajo las técnicas de la

terapia cognitivo conductual para conseguir resultados favorables en el tratamiento del paciente que se presenta.

3.1.1. Identificación del paciente:

- Nombres y Apellidos : Raúl
- Edad : 18 años
- Lugar y Fecha de Nacimiento : Cañete – 20/01/1998
- Grado de Instrucción : Secundaria completa
- Número de hermanos : 1
- Posición ordinal : 1/2
- Estado civil : Soltero
- Domicilio : Callao
- Informantes : Paciente y Padres
- Fechas de evaluación : Septiembre - Octubre 2016

3.1.2. Motivo de consulta:

Determinación de los síntomas principales y secundarios

Raúl ingresa a tratamiento de manera voluntaria debido al consumo compulsivo de Marihuana realizado de forma diaria a lo largo del día, generalmente antes de realizar alguna actividad o salir de casa, consumiendo unos 2 o 3 “toques” en cada oportunidad, solo, gastando entre 10 a 20 soles diarios en promedio.

Durante la mañana

Antes del consumo Raúl se levanta a las 8am experimentando deseos de consumir 4/10, ansiedad 8/10, intranquilidad, desgano, recuerdos de cuando compró marihuana la noche anterior, con pensamientos como “me levanto y me alisto y me meto un par de toques”, “ya quiero consumir”, “mejor me apuro para hacerlo rápido”, se levanta a tomar desayuno y piensa “vamos a comer bien y luego a salir”, “ya me quiero ir rápido”, “ya quiero salir”, al terminar de desayunar se incrementa el deseo de consumir 7/10, intranquilidad 8/10, irritabilidad 7/10, pensando “ya voy a consumir”, “tengo que salir de una vez”, “nadie se dará cuenta si digo que voy a hacer deporte”, “no van a sospechar”, sale de casa, pasando por la bodega Carmen, continua por la calle alfa mirando de izquierda a derecha para asegurarse que no haya nadie en la calle.

Durante el consumo; Raúl saca la marihuana y la mete en una manzana, dándole unos 2 a 3 toques seguidos experimentando tranquilidad 6/10 en el primer toque, luego experimenta relajación 7/10, y posteriormente siente alegría 9/10 y mayor energía 8/10, así mismo refiere que se olvida de los problemas, pensando “ahora si puedo hacer mis cosas”, “que bien se siente”, “hoy será un buen día”, “puedo hacer todo lo que quiera”, “lo necesitaba”, “ya no pienso en nada malo”, “consumir me ayuda a pensar como voy a resolver mis problemas”.

Después del consumo; la sensación de energía se mantiene durante 30 minutos durante el cual se encuentra haciendo deporte pensando “tengo problemas pero con esto solo me concentro en el ejercicio”, “lo voy hacer todo bien”, “tengo que ver el lado positivo”, “en el trabajo me está yendo mejor”, “con la marihuana puedo pensar todo con más claridad y mejor”, “el consumo me ayuda a pensar cómo voy a resolver mis problemas”, estos pensamientos se mantienen mientras realiza ejercicios (barras y abdominales) en la calle; pasado este tiempo experimenta una sensación de pereza y desinterés con energías 4/10 ante lo cual decide irse a su casa “ahora me voy a mi casa, como algo y veo televisión hasta que salga”, “así voy a trabajar más tranquilo”, Al llegar a casa sus padres le preguntan si había consumido a lo cual Raúl responde que no con tono desafiante “no pasa nada ya me voy a trabajar”.

Durante la tarde

Antes del consumo; Raúl refiere que su consumo principal por la tarde es cercano a las 12pm y 1pm, mientras se acerca esa hora comienza a experimentar intranquilidad, pesadez, menos energía, así como ansiedad 5/10 y deseos por consumir 5/10, pensando “un relajo para continuar mi día”, “un rato más y la hago”, “ya me siento intranquilo mejor me voy a consumir”, incrementándose la ansiedad 7/10 y deseo de consumir 8/10; decide conversar con Gerardo para ir a consumir en las calles cerca del trabajo, salen ambos mirando de izquierda a derecha para evitar que los vean, poniendo un poco de marihuana en una manzana (pipa).

Durante el consumo; Raúl consume en compañía de Gerardo de 2 a 3 toques de manera continua experimentando tranquilidad 6/10 en el primer toque, luego con el segundo experimenta relajación 7/10, en el tercero siente alegría 5/10 y mayor energía 7/10, pensando “ahora estoy relajado”, “listo para continuar mi día”, “voy a hacer todo con más ganas y luego a comer algo rico”, “las cosas las hago mejor con la marihuana”, ante esto se ponen a conversar con Gerardo acerca de sus metas y en poner un negocio propio ante lo cual piensa “con esto puedo pensar mucho mejor”, “me da más ideas”.

Después del consumo; experimenta un promedio de 20 a 30 min la sensación de energía, conversando con Gerardo y Daniel sobre sus proyectos personales, hablando de otros compañeros de trabajo y de mujeres “los otros no lo hacen también como yo”, “aunque sería bueno bajar un poco para hacerlo mejor”, si durante este tiempo atendía en su trabajo, se podía cruzar pensamientos como “así no puedo hacerlo como me gusta”, “cuando estoy con esto es diferente, no me sale tan bien”, “mejor lo termino rápido para salir y comer algo”, “ya me ha dado hambre”, “de seguro es por eso que no me puedo concentrar, me falta nutrientes”, posterior al almuerzo experimenta pereza, desgano y deseos de dormir, “tengo que dormir un rato para luego trabajar”, “tengo que hacerlo bien”, “tengo que consumir menos para seguir haciendo bien las cosas”, “¿será que esto me va ganando?”, ante estas ideas siente tristeza 5/10 y preocupación 4/10 mientras ve televisión.

Durante la noche

Antes del consumo; Raúl refiere que por la noche consume alrededor de las 9pm, al salir del trabajo experimenta ansiedad 2-3/10, se dirige de regreso a su casa mientras va pensando “ahora tengo que pasar por la quinta”, “así tengo para consumir el día de mañana”, experimenta incremento de la ansiedad 5-6/10, intranquilidad, inquietud y desgano. Durante su regreso a casa pensaba “ojala no me demore”, “no quiero tener que pasar mucho rato”, “Me pueden ver y las personas van a comentar, son chismosas”; posteriormente camina hasta llegar a la quinta, refiere que su ansiedad no incrementa debido a que se siente tranquilo “pronto voy a consumir”, mientras se encuentra caminando busca a Sebastián, Eduardo, José para comprar marihuana, “ellos ya me conocen y no me hacen nada, saben que siempre les compro y consumimos”, “igual tiene que ser rápido, para llegar a mi casa”. Raúl compra alrededor de 10 a 20 soles de marihuana que le duraría para todo el día siguiente, al seguir caminando se encuentra con Leandro, Israel, Piero; se detiene a conversar con ellos y se alista para consumir un rato más, experimentando ansiedad 6/10, deseos de consumir 6/10, intranquilidad 5/10.

Durante el consumo; Raúl saca una manzana y se sienta junto a sus amigos, diciendo “ahora si, esto es para poder finalizar el día”, consumiendo entre 2 a 3 toques ante esto Raúl experimenta tranquilidad 6/10 en el primer toque, luego con el segundo experimenta relajación 5/10, en el tercero siente alegría 4/10 , pensando “ya me tengo que ir a mi casa”, “como y me voy a dormir”, “ya me siento más tranquilo”, “con esto ya puedo dormir”.

Después del consumo; Raúl experimenta la sensación de tranquilidad durante unos 20 min en promedio tiempo en el cual su amigos le dicen: “que fue causa, como te va”, “tu sí que la sabes hacer trabajas y consumes”, “a ti no te pasa nada”, “eres serio”; ante esto Raúl piensa “si pues tienen razón”, “esto no es tan problemático”, “me va bien y cada vez me va mejor”, posteriormente se despide y regresa a su casa. Dentro de casa saluda a su familia, se dispone a cenar rápido, sin conversar con sus familiares “quería irme rápido a mi cuarto”, si le preguntan algo responde de manera cortante “estoy cansado, me voy a dormir”, en este momento Raúl piensa “esto hace que gaste mucho dinero todos los días”, “debo comenzar a dejarlo”, “mañana voy a consumir menos”, “creo que soy adicto”, “hago sentir mal a mi familia”, “los estoy trato mal” , finalmente se queda dormido.

Durante el tiempo de recopilación de la información se observa el comportamiento del paciente dentro del internamiento, identificando algunas características de personalidad como por ejemplo:

- Raúl mantiene un comportamiento generalmente tranquilo y adecuado, sigue las normas y reglas en su mayoría, consultando cuando alguna no le queda clara, en la interrelación con los compañeros se muestra seguro y firme en sus opiniones, con facilidad para socializar con los demás y capacidad para mantener sus ideas a pesar de la opinión de otros, ante la presión o cuando la circunstancias no se ajustan a lo que Raúl desea evidencia dificultad para controlar sus emociones experimentando cólera muy intensa, incremento de la temperatura corporal, frecuencia cardiaca y

respiración, asimismo piensa “seguro me quiere agarrar de huevón”, “acaso no sabe con quién se mete”, “está pensando que soy sano”, “antes que me haga algo yo se lo hago”, “ya estuviera afuera le saco la mierda”, presiona fuertemente las manos, se queda en silencio, algunas veces respira profundamente o se retira del lugar, se moja el rostro o pide conversar con algún personal.

- En la participación grupal se muestra atento y colaborador, brinda adecuadas respuestas y reflexiones sobre los temas tratados, por momentos se le identifica desgano y prefiere dibujar en su cuaderno perdiendo la atención, piensa en María (ex - enamorada) o su familia y sus deseos por salir para seguir con su vida “se que necesito centrarme en el programa pero a veces me gana, aunque regreso rápido”, “me queda un poco el malestar, me incomoda pero entiendo que debo estar aquí”, durante las visitas y permisos con sus padres el comportamiento de Raúl se muestra tranquilo; sin embargo, en el intercambio de opinión con ellos piensa “ellos nunca me entienden”, “es injusto que no confíen en mí”, “siguen como siempre y no han aprendido nada”, “ya no quiero estar con ellos, en el internamiento estoy mejor”, “mi mamá siempre va a tener el mismo carácter”, “mejor no digo nada y luego le explico mejor las cosas”, “después hablaré cuando estén más tranquilos, me esperare”, sintiendo cólera y desgano, ante esto prefiere quedarse en silencio y escuchar.

3.1.3. Problema actual

De lo relatado en el motivo de consulta se identifica un consumo compulsivo de Marihuana (THC) en el paciente, el que se realiza con frecuencia diaria, dificultad para abstenerse, presencia de indicadores de síndrome de abstinencia.

3.1.4. Historia del problema: Desarrollo cronológico de los síntomas

A los 5 - 6 años, Raúl recuerda algunas fiestas en casa de su familia donde hacían muchas bromas y todos se reían mientras tomaban cachina “yo pensaba que era muy divertido y gracioso”, “todos tomaban y se reían”, “la están pasando bien”, también refiere que a veces le invitaba un poco diciendo “un poquito no más para que sepas como es”, Raúl refiere que no sentía nada solo veía como todos se reían y el también lo hacía.

A los 5 - 6 años, Raúl acude a cabinas de internet con su primo y amigos para jugar. Recuerda sentir emoción y alegría 8/10, permaneció muy atento y concentrado en el juego y a las indicaciones de los demás mientras movía de forma acelerada las piernas, pensando “que bacán es esto”, “me entretiene”, “quiero ganarle a todos”, “esto me divierte”. Permaneciendo jugando por 30 min, recuerda que le dijeron “juegas bien”, “la próxima semana regresamos”, Raúl piensa “todos se alegraron porque hicimos buen equipo”, “esto me divierte”. Durante esta misma edad comienza a jugar 2v/sem una cantidad de 30 min en compañía de primos y amigos.

A los 6 años, Raúl se mantiene con juegos en pc y en consolas en compañía de su primo y amigos “me decía que lo hacía bien y que era muy bueno en

eso”, en este caso se sentía muy emocionado con alegría 7/10 y ansiedad 7/10, permaneciendo sentado y concentrado en el juego, atento a las indicaciones que le daban, pensando “que divertido”, “lo estoy haciendo bien”, “voy a pasarla”. Al terminar de jugar les dice que lo vuelvan a llevar, posteriormente juega de 2 a 3v/sem entre 30min a 1h, asimismo los días que no jugaba, iba al internet.

Entre los 6 y 8 años Raúl recuerda que su Madre era demasiado agresiva, llegaba a su casa enfadada con facilidad “me gritaba y era tosca conmigo, no tenía cuidado conmigo”, “me golpeaba si era desordenado en el cuaderno o cuando me faltaba copiar alguna clase”, cada vez que su madre llegaba a casa experimentaba miedo y ansiedad 8/10, corría a su cuarto, se acostaba en su cama, se ponía a dibujar o se iba con su abuela, pensando “ahora se la va a agarrar conmigo”, “espero que no se dé cuenta”, “ojala no me haga nada”, “que se vaya pronto”; cuando su madre lo veía ocupado pasaba de largo y se acostaba “ya se fue”, “ahora ya no me va a decir nada”, “ya me salvé”.

Durante esta misma edad Raúl recuerda observar algunas personas consumir cerca de su casa mientras él jugaba con sus amigos “sabía lo que hacían y entendía que eso era malo”, “eran amigos de mi primo y me saludaban”, en ciertos momentos veía peleas entre personas o algunos pandilleros ante esto pensaba “qué bacán, como se pelean”, “debe ser emocionante”, “yo también quiero estar ahí”, “todos les tienen respeto por eso se esconden”, sintiendo emoción y alegría; algunas veces observaba escondido como se pelean. Recuerda que a veces estas personas lo reconocían por su primo sintiéndose

reforzado y con mayor estatus, “ellos me decían, bien chibolo”, “me sentía más importante, que podía ser como ellos”.

A la edad de 11 a 12 años retoma juego Online o los juegos de la PC haciéndolo con frecuencia diaria una cantidad de 2 a 3 horas al día, generalmente en compañía de sus amigos, ante lo cual se sentía alegre 8/10, tranquilo 8/10, permaneciendo concentrado, pensando “ahora voy a ganar”, “esto me gusta porque me mantiene tranquilo”, “así me olvidaba de las tareas, no me acordaba de nada”, “aquí estoy tranquilo y pasándola bien”. Al terminar sus amigos le decía que se quede un poco más que con él pueden ganar “ellos se quedaban jugando pero yo no podía, tenía que regresar a mi casa”.

A los 12 años Raúl prueba alcohol (OH) con su compañero de colegio después de clases cerca de su casa, una cantidad de 2 botellas de “combinado” entre 6-10 personas, experimentando sensación de embriaguez, desinhibición, incremento de la temperatura corporal, permaneciendo sentado, hablando con los demás haciendo bromas y chistes mientras pensaba “esto es divertido”, “así se siente el estar mareado”, “puedes conversar más”. Así mismo su compañero le decía “ya vez, te dije que la ibas a pasar bien”, “tenemos que repetirlo”. Raúl piensa “la próxima vez tiene que ser igual”, “me gusta pasarla así”; vuelve a tomar entre 8 a 9 veces durante los próximos 3 a 4 meses.

A esta misma edad prueba por primera vez cigarrillos, recuerda que ocurre después de sus clases en el colegio, le da unos toques “no sabía ni como golpear”, refiere que no experimenta efecto alguno al inicio, después solo se

dedico a absorber el humo del cigarrillo; posteriormente llega a probarlos alrededor de cinco veces más.

A los 13 años frecuenta, en algunas oportunidades, a personas que bailaban y hacían piruetas por los alrededores de donde vive, cuando salían a bailar podía ver que algunos de ellos fumaban Marihuana (THC). Refiere que algunos de ellos le invitaban; sin embargo lo rechazaba; por otro lado también pensaba que la pasaban bien y que no les hacía daño “pueden bailar muy bien”, “hacen cosas complicadas”, “son muy buenos”, “no les pasa nada”, así mismo ellos le decían “esto no hace nada, solo te relaja”, “te permite concentrarte mejor, no te cansas y si te caes no te duele”, “el cigarro hace más daño, esto es natural”. Durante los 13 a 15 años deja de tomar alcohol debido a ingresar a un equipo de atletismo de menores y aun coro de una iglesia cercana a su casa “tenía miedo que mi rendimiento baje”, “tenía que ser responsable, en el coro de la iglesia nos decían que no debemos tomar”, durante este tiempo Raúl acudía a fiestas en casa de sus amigos o salía junto otros amigos más; sin embargo no consumía alcohol “lo rechazaba”, “primero era mi físico”, “tenía que seguir con lo que me decían en el coro”, “solo tomaba agua”.

A los 15 años abandona el atletismo y el coro, durante esta edad conoce a Enzo quien lo le pide que lo acompañe a hacerse un tatuaje. Raúl refiere “me gusto el ambiente”, “todo era muy diferente”, “el lugar me llamó la atención”, al poco tiempo ingresa como practicante y luego se queda a laborar en ese lugar “había dejado el atletismo y el coro, tenía deseos de realizar alguna actividad”, “quería mantenerme ocupado”. Al comenzar a trabajar recuerda que tiene cada vez mayor cercanía a personas consumidoras de drogas; algunas vivían

cerca a su casa y otras eran conocidas dentro de sus prácticas y trabajo, es así que inicia el consumo de THC en compañía de Lolo, Mauricio y Ernesto, generalmente en calles alejadas de su casa. Durante el consumo de THC Raúl experimenta temor por la anticipación al consumo “dicen que se siente relajado”, “que va a pasar”, dándole entre 2 a 3 “toques”, sin experimentar algún tipo de sensación pensando “esto no hace nada”, “no es como dicen”, “es mentira lo que dicen”, en esta situación no le dice nada a sus amigos, ellos tampoco le refieren algo a Raúl, luego de dos semanas vuelve a frecuentar con las mismas personas en la calle, en esta oportunidad Lolo compra un cigarrillo mientras esto ocurre Raúl observa como este retiene el humo de la THC durante un tiempo y al botarlo lo observa relajado diciendo “tienes que aguantarlo para que lo sientas”, en esta oportunidad consume varios “toques” experimentando adormecimiento en el cuerpo, sensación de mareo, sensación de enlentecimiento, percibe los sonidos con mayor intensidad, distorsión en la profundidad de las cosas, caminando lentamente mientras se reía con mayor frecuencia, se cuenta que pareciera el tiempo transcurrir lento y escuchar que los demás se reían con regularidad, lo cual le causa más risa, sensación de alegría 8/10, pensando “que loco”, “me siento bien”, “asu, es como dicen”. Ante esto Lolo le dice “ahora si sientes la pegada”, “ahora ya sabes como fumar”, los efectos duraron 30 min aproximadamente luego del cual siente hambre, posteriormente come snacks de forma rápida pensado “se ha sentido bien”, “es como dicen”, “tengo que volver a hacerlo”, Raúl refiere que después de 3 a 4 meses aproximadamente el consumo de THC se realiza con frecuencia diaria, “ya la compraba yo”, “ya me gustaba sentir los efectos “.

A los 16 años el consumo de THC se mantiene con una frecuencia diaria en compañía de Ernesto, Mariano, Pablo o también lo podía hacer solo en las calles cercanas al colegio o de su casa, en una quinta cercana a su casa, en su cuarto, en calles alejadas de su casa, esto ocurre ante la presencia de ansiedad y deseo por consumir 7/10, al consumir experimenta relajación y energía 7/10, pensando “que bien”, “ahora si estoy tranquilo”, “podré hacer mis cosas con más ánimo”. Luego de pasar los efectos Raúl se decía “esto se ha vuelto costumbre”, “creo que tengo un problema”, “mañana trataré de consumir menos”. Raúl refiere que durante 2 meses trata de solo consumir una vez a la semana “sentía que era un problema así que quería dejarlo”. A los 17 años conoce a María quien también era consumidora con la que inicia una relación de pareja, recuerda que su consumo se mantenía de manera diaria durante su relación, siendo en varias oportunidades posterior a problemas o discusiones con la misma.

A esta misma edad los padres de Raúl se enteran del consumo de THC debido a verlo cercano con personas de consumo. Llevándolo a iniciar un tratamiento durante un promedio de 4 meses; sin embargo continúa consumiendo de 2 a 3v/sem una cantidad de 1 a 2 cigarrillos con los efectos anteriormente descritos, luego de este tiempo Raúl termina en emergencia debido a un episodio de “estrés agudo”, “sentía que la gente me miraban y hablaban de mí”, luego del cual se mantiene alrededor de 6 meses en abstinencia “seguía frecuentando a mis amigos en las calles”, “me aguantaba para no consumir haciendo ejercicios (barras), viendo televisión”, después de una pelea con su enamorada, Raúl recae en el consumo THC, en esa

oportunidad se queda consumiendo experimentando tranquilidad y relajación 6/10, permaneciendo sentado y conversando con Lolo pensando “con esto si me calmo”, “ahora si puedo pensar mejor las cosas”, “luego hablo con ella y arreglo las cosas”, “todo saldrá bien más adelante”. Lolo le dice “tranquilo las jebas regresan solas”, “se va a dar cuenta y va a regresar”, “tranquilo man”. Raúl dice “tienes razón”, “ya va a pasar”, después de terminarse los efectos piensa “que he hecho”, “he perdido todo este tiempo de limpieza”.

A los 17 y 18 años Raúl mantiene su consumo de THC generalmente solo y en su casa (cuarto), antes de hacer ejercicios (barras y abdominales), por las calles alrededor de su casa, en las calles cerca a su trabajo, en algunos parque, en la quinta cercana a su casa, en compañía de Gerardo, Sebastian, Eduardo, Jose, consumiendo de 2 a 3 “toques” por la mañana, tarde y noche, experimentando los síntomas descritos.

Tratamientos previos

- **Año:** 2015
- **Lugar:** Clínica
- **Modalidad:** Ambulatorio
- **Tiempo:** 4 meses
- **Tipo de Tratamiento:** Psicológico
- **Resultado:** Raúl refiere que no obtuvo un buen resultado debido a que no seguía las indicaciones “no tenía conciencia de enfermedad”, “me parecía que no era necesario”, durante este tiempo pensaba que en algún momento dejaría de consumir.

- **Año:** 2015
- **Lugar:** Hospital
- **Modalidad:** Emergencia
- **Tiempo:** 3 días
- **Tipo de Tratamiento:** Farmacológico
- **Resultado:** Raúl refiere que le pareció feo debido a que compartía un espacio con personas que estaban fuera de su razón “no quería creer que había llegado ahí”, ese lugar me dio miedo al no desear regresar permanece en abstinencia alrededor de 6 meses.

- **Año:** 2016
- **Lugar:** Centro de rehabilitación
- **Modalidad:** Residencial
- **Tiempo:** 3 meses
- **Tipo de Tratamiento:** No contaba con un programa
- **Resultado:** Raúl refiere que el lugar era regular pero tenía algunas deficiencias, generalmente se veía televisión, no se podía conversar con las otras personas y se tenía que pedir permiso para cualquier cosa, incluso trasladarse, la familia tenía que traer la comida o pagar un adicional por ella, no existían terapias de grupo, 3 veces por semana acudía un psicólogo, Raúl refiere “eso me calmaba”, “me daba algo de tranquilidad”, el tratamiento termina debido a que decide conversar con sus padres para

salir y continuar otro tipo de tratamiento. Posteriormente se interna en un hospital con tratamiento en adicciones.

Opinión del paciente sobre su problema

Raúl refiere que es lo peor que ha podido elegir, “nunca hubiera perdido el trabajo o se hubieran dado los problemas con mi pareja o todos los problemas que he tenido sino fuera por el consumo, nunca pensé que iba a consumir de esta manera que mis problemas, mis temores y mi cambio de carácter era por mi consumo, siento que fallé”. Asimismo afirma que necesita trabajar con su forma de ser “ya no debo ser tan impulsivo y seguir las indicaciones, yo pude haber alcanzado mucho y lo tire todo al tacho”, ahora me doy cuenta que debo seguir las indicaciones que me den.

3.1.5. Historia personal:

Desarrollo inicial:

La madre de Raúl refiere que su embarazo fue deseado por ambos padres, con adecuados controles pre-natales, la edad de la madre era de 26 años y del padre 30 años, ya mantenían una relación de pareja de 5 años, durante el tiempo de la relación no refieren problemas importantes durante la gestación, sin embargo tenía algunas incomodidades con la actitud pasiva de su esposo que producía intromisiones por parte de su familia. Raúl nace por parto normal de 8 meses con un peso de 2.600kg y talla de 59cm.

Desarrollo psicomotor – lenguaje – Control de esfínteres:

La madre de Raúl refiere que empieza a caminar después del 1 año, inicia a expresar sus primeras palabras alrededor del 1 año y 8 meses; respecto al control de esfínteres se estable a los 2 años y 1 mes aproximadamente. Durante los primeros años de vida se encontraba con exceso de peso y fácilmente podía contraer enfermedades, motivo por lo cual la familia de Raúl decide radicar en Lima para tener mejor acceso a hospitales. También es que debido a las constantes enfermedades, la abuela mantiene especial cuidado con Raúl.

Conductas inadaptativas durante la infancia

- **Rabietas:** Raúl refiere que durante la niñez podía hacer berrinches, generalmente a su mamá para que lo pueda dejar salir a jugar, recuerda que algunas veces se ponía a llorar en una esquina fuerte y a veces de manera exagerada, por momentos golpeando el suelo y la pared con los puños, en otras oportunidades solo se quedaba llorando y permanecía callado sin responder al llamado de sus padres encerrándose en su cuarto, pensaba que lo que vivía era injusto porque sus amigos pueden salir a jugar y él no puede hacerlo, evaluando a sus padres como malos y que no piensan en él. Ante este comportamiento en algunas oportunidades su padre cedía y le permitía ir a jugar por un momento. Raúl refiere que difícilmente respetaba el tiempo que le indicaban y siempre regresaba tarde, en otras oportunidades su papá le decía que hable con su madre ante lo cual Raúl se ponía a llorar más ya que sabía que su madre no le daría permiso.

- **Inadecuado control de la ira:** refiere que durante la niñez en varias oportunidades fácilmente podía reaccionar con golpes “recuerdo que siempre estaba peleándome”, “cada vez que me molestaban podía reaccionar con golpes”, así también molestaba a compañeros que consideraba eran buenos y tranquilos “lo hacía a veces, en grupo”, “luego me arrepentía y pedía disculpas”, cada vez que Raúl se peleaba recibía el refuerzo de algunos de sus compañeros o también del grupos los que le decían “tu si sabes ha”, “contigo nadie se mete”, pensaba “ahora si me tienen respeto”, “si uno es callado entonces lo molestan por eso no debo dejar que abusen de mi confianza”; debido a estos comportamientos en varias oportunidades recibió sanciones en el colegio por lo cual experimentaba cólera (8/10) pensando “por culpa de este me van a castigar”, “mis padres se va a sentir mal por mi culpa”, en ciertas oportunidades actuaba de manera revanchista. Recuerda que en algunas oportunidades su madre le decía que tenía defenderse para que no abusen de él. A la edad de 10 años recuerda que otros niños de mayor edad buscaban problemas y el los enfrenta pensando “es injusto que por ser mayores sean abusivos”, “mi mamá me dijo que tenía que defenderme”, ante esto sus compañeros lo apoyaban diciendo “está bien”, “sino siempre te van a molestar”, asimismo pensaba “soy valiente”, “yo puedo resolver mis problemas solo”, cuando sus padres le preguntaban qué ocurría Raúl les mentía diciendo que se había caído jugando o procuraba que no lo vean, pensando “Si les digo no van a dejar salir”, “mis amigos van a pensar que me estoy quejando”, “yo puedo hacerlo solo”, “yo debo ser fuerte para

solucionar mis problemas”, “así los demás van a pensar que soy fuerte y me van a tener respeto”.

- **Temores nocturnos:** A la edad de 7 a 8 años Raúl refiere que cuando algún familiar se demoraba en llegar por la noche experimenta miedo (8/10) y ansiedad (7/10), “sentía frío e intranquilidad”, optaba por buscar a su mamá o a su abuela, pensaba “seguro puede haberle ocurrido algún accidente”, “a lo mejor le han asaltado como en las noticias”, recuerda que su madre y su abuela siempre comentaban sobre las noticias y decían que se debe tener cuidado, puede ser peligroso caminar hasta muy tarde. Ante este comportamiento la madre o abuela permanecían a su lado y Raúl finalmente se entretenía jugando, cuando volvía a ocurrir esto, buscaba sus juguetes o se ponía a ver televisión y se olvidaba lo que sentía.

Actitudes de la familia frente al niño:

Durante su primer año Raúl vivió en Cañete, debido a su condición delicada recibía mayores cuidados por parte de la abuela, ambos padres salían a trabajar, después del año Raúl es llevado a Lima debido a mejores oportunidades laborales y salud, la sobreprotección se acentúa por parte de la abuela paterna, durante el transcurso de su infancia en reiteradas oportunidades era la abuela quien sobreprotege a Raúl, incluso presionando a la madre para que lo atienda “tú eres su madre debes tenderle la cama o darle su desayuno”, “si no ordenó sus juguetes entonces tú debes hacerlo”. Ambos padres refieren que Raúl no tenía obligaciones en casa y su comportamiento

se tornaba insolente, en una oportunidad hace un “berrinche” siendo castigado físicamente, después de lo cual no vuelve a hacerlo.

Educación:

Historia escolar: durante el nivel primario su rendimiento académico era regular, recuerda ser poco cuidadoso para sus obligaciones “era relajado”, prefería dejarlas hasta un día antes de presentarlas, si tenía que prestar atención era para evitar el castigo de su madre y se esforzaba por momentos “ya sabía que se acercaban los exámenes y me ponía al día y estudiaba”, con preferencia por los cursos de educación física y arte. Estudia de primaria en el colegio Miguel Grau, de adecuada relación con sus compañeros de aula; sin embargo con facilidad para pelearse, cambia de colegio debido al trabajo de los padres. Posteriormente mejora conducta debido al nuevo vecindario que era unido, Raúl refiere que durante esta etapa asistía a la iglesia con regularidad y le gustaba, entendió que no debería pelearse y que es mejor tener un buen comportamiento, esto ocurre entre los 8 a 10 años, luego se vuelve al colegio Miguel Grau para el resto de la primaria debido a una nueva mudanza por motivos del trabajo de su padre, refiere que se vuelve competitivo en sus cursos, pero su conducta disminuía su rendimiento académico.

Durante su secundaria baja su rendimiento escolar progresivamente debido a su comportamiento cada vez menos comprometido con los estudios, presenta varios cambios de colegio el 1ero de secundaria lo realiza en el colegio Miguel Grau donde ingresa a un equipo de atletismo de menores, refiere que

mantenía una buena relación con sus compañeros, sus cursos favoritos eran lenguaje, educación física y el arte, a esta misma edad comienza a tener peleas con otros colegios, los padres se dan cuenta de su bajo rendimiento y deciden cambiarlo de colegio. Realiza el 2do y 3ero de secundaria en el colegio Copernico, mantiene rendimiento bajo debido a que poner mayor dedicación al atletismo, la relación con sus compañeros era adecuada, ya que eran pocos y responsables, deja el colegio debido a que un compañero es sorprendido vendiendo drogas, Raúl refiere “mis padres se asustaron que estuvieran haciendo eso en el colegio y que yo comprara”, “perdieron la confianza en el colegio”. Después de este episodio los padres de Raúl lo cambian de colegio, terminando el año escolar en el colegio Lumbreras, preocupándose por mejorar sus notas y evita salirse de clases “era un colegio muy ordenado y tenía que poner mucho de mi esfuerzo para concentrarme y no hacer renegar a mi familia”, “sabía que no confiaba en mi y además ya no quería que me distraiga en otras cosas”. En 5to de secundaria retorna al colegio Miguel Grau, manteniendo un rendimiento bajo, prioriza el trabajo por lo cual generalmente llegaba tarde al colegio, se esfuerza en los últimos bimestres para aprobar los cursos y evitar los castigos de sus padres, mantiene una relación superficial con sus compañeros “yo estaba enfocado en otras cosas, pensaba más en el trabajo”.

Otros estudios realizados:

A la edad de 15 años, Raúl se entrena en hacer tatuajes entre 6 a 7 meses, tiempo después comienza a trabajar “el estilo, los diseños y el ambiente me

atrajeron”, refiere que en sus prácticas se sentía bien ya que estaba muy relacionado con en el arte “me gustaba mucho y aprendía muy rápido”, “me dedique mucho y mejoró en la relación con mis padres, sentía que hacia cosas que valían la pena”, al poco tiempo comienza a mostrar mayor interés por las pinturas con sprites “de vez en cuando iba a ver como lo hacían”. Raúl refiere que su interés comenzó a orientarse por las pinturas pero no comenzó el aprendizaje por falta de tiempo.

A los 16 años, decide llevar una preparación para un instituto, “aprendí bastante sobre el tipo de examen y los cursos que iban a venir”, refiere que se orienta a la parte administrativa debido a recomendación de su primo. Durante sus clases se mantenía muy empeñoso, con sus compañeros en clases se apoyaban, le decían que tenía la oportunidad de ingresar si seguía esforzándose, asimismo mantiene una adecuada relación con sus compañeros. Decide dejar la preparación por problemas económicos y temor de no poder ingresar “tenía miedo de decirle a mis padres y luego no ingresar ya que yo sé que no cuentan con mucho dinero”.

Historia Laboral:

7 a 13 años, Raúl trabaja ayudando a su mama vendiendo golosinas de manera ambulante “yo veía que no tenía mucho dinero y otros niños tenían más”, “a veces unos compañeros se creían porque tenían mejores cosas que otros y eso no me gustaba”, “también sentía que de esa manera hacia algo y no perdía mi tiempo”, refiere que no sentía vergüenza “era aventado”, su padre le decía que era bueno que trabaje pero que no se acostumbre y que

piense en estudiar primero, recuerda que a veces salía a vender solo y algunas veces lo podía acompañar su primo “mi primo me motivaba también, me decía que era una buena manera de ganar dinero”.

A los 16 años, trabaja haciendo tatuajes cerca de 2 años, en el cual mantiene un adecuado rendimiento en sus labores, “me gustaba hacer diseños diferentes y poco realistas”, “tenía varios clientes que se pasaban la voz”, “me sentía muy bien e importante ya que veía que los demás me consideraban”, “pensaba que por fin las cosas iban a salir muy bien y que sería alguien importante, de esa manera poder ayudar a mis padres y a mi familia en general”, “ahora si voy a poder ser un integrante activo dentro de mi familia”; refiere que también había consumo en el trabajo, Raúl deja de consumir en el trabajo debido a que el dueño veía que consumía en mayor cantidad, además que él notaba que bajo los efectos no trabaja bien. Raúl refiere que poco a poco su motivación fue decayendo y se sentía desganado en su trabajo “me costaba un poco más hacer las cosas”, asimismo se torna más irritable y sensible ante la carga laboral y los problemas de pareja que experimentaba “me llegué a deprimir de todo y me sentía muy mal”, asimismo al iniciar el tratamiento ambulatorio le indican que no maneje dinero y que se aleje de lugares de consumo “yo no quería, pero mi madre me obligó”.

Información sobre el sexo:

Raúl recibe poca información por parte de sus padres, recuerda que les pregunta acerca de las relaciones entre hombres y mujeres a los 9 años, pero sin recibir respuestas claras. De los 11 a 16 años recibe información sobre las

relaciones sexuales y las ITS en el colegio. A los 9 – 10 años amigos de mayor edad le contaba sobre sus experiencias con sus parejas “hay de todo, tranquilas y vivas, algunas se aprovechan, les gusta que los hombres siempre le den algo, son fáciles y pasan el tiempo con varios, solo usan su físico”. Raúl piensa “si él lo dice debe ser cierto”. Entre los 12 y 13 años se masturba por primera vez viendo una película XXX en casa, posteriormente se torna diario durante un par de meses, luego deja de hacerlo debido a que se le olvida por salir con amigos. A esta misma edad escuchaba conversaciones de amigos de colegio y barrio “contaban sus experiencias con sus enamoradas” ante lo cual piensa “en algún momento yo lo haré”, “yo también quiero estar con alguien y divertirme como ellos”. Entre los 14 -15 años veía películas XXX, en unas cabinas de internet cuando se encontraba jugando con un amigo, después de este episodio cada vez que jugaba también veía películas XXX, esto era 2-3v/sem durante 3 meses, luego de esto pierde el interés.

Historia sexual:

Raúl experimenta inicia su actividad sexual a la edad de 15 años con enamoradas de su edad o menores, con algunas de ellas de ellas mantenía una relación formal; sin embargo también mantiene relaciones casuales en algunos casos. Refiere que mantiene dos relaciones importantes, la primera se da a los 15 años quien conocía de su consumo y lo aconsejaba para que evite consumir y se mantenga haciendo actividades saludables, sin embargo Raúl mantenía un comportamiento inadecuado fue bonita”, “se preocupaba porque no le gustaba que consumiera”, “era comprensiva pero yo la

engañaba”; finalmente decide terminar la relación para no tener problemas “pensé que no volvería a encontrar a alguien igual”. Posteriormente mantiene relaciones casuales, muchas de ellas de riesgo debido a no cuidarse. A los 18 años mantiene su segunda relación de importancia siendo complicada debido que era consumidora, buscando mantener la abstinencia juntos, refiere “ella era buena y se preocupaba por mí; sin embargo cuando peleábamos volvía a consumir para hacerme sentir mal”, “era muy inestable, supongo que debido a que consumía”, Raúl termina la relación antes de ser internado y toma la decisión de no buscarla

Actitudes religiosas:

Raúl es de religión católica; sin embargo refiere que no es practicante y que de niño asistía con su madre a la iglesia pero era por obligación. A la edad de los 8 años por invitación de la familia de una amiga del barrio es llevado a un templo Mormón “me gusto que íbamos con varios amigos de mi barrio a las actividades y era divertido”, asimismo refiere que mejora su conducta debido a que la biblia indicaba que debía comportarse de mejor manera; se mantiene en esa iglesia alrededor de 3 años, mas deja de asistir debido a que se mudan demasiado lejos y no había forma de poder llevarlo; además que sus compañeros dejan de asistir

Relaciones interpersonales:

Con el sexo opuesto: Durante la niñez con facilidad de hacer amistades, puede tomar la iniciativa para los juegos y conversaciones “no me

avergonzaba”, “era fácil de expresar lo que sentía”, así mismo refiere que era muy respetuoso de las mujeres y que no les hacía bromas pesada. En la adolescencia mantiene el mismo comportamiento; sin embargo prefiere alejarse de aquellas chicas que a su parecer gustaban llamar atención por su aspecto físico “no me agradaban las creídas”, “prefería evitarlas o les decía que estaba ocupado”, con el resto se relaciona de manera amable y cordial. No existían problemas para relacionarse con compañeros de ambos sexos.

Con el mismo sexo: Durante la niñez fácil de relacionarse, igualmente toma la iniciativa llegando a ser líder de grupo por momentos “me gustaba que me tomen atención a lo que hago”, durante este tiempo tiene varios amigos con los cuales mantiene una adecuada relación “no me gustaba que abusen de los más débiles”, asimismo ante problemas respondía con impulsividad y agresividad “me llegaba a pelear rápido”, refiere que se podía pelear con personas mayores cuando querían abusar de él o sus amigos. A esta misma edad observa cómo algunos jóvenes de mayor edad se pelean “me parecía emocionante”, “yo también quería pelearme como ellos”, muchas veces observando de lejos. En la adolescencia mantiene la misma forma de relacionarse con el grupo “yo era muy leal con mis amigos”, “si algo pasaba sabía que podía confiar en ellos, como ellos en mí”; cuando inicia el consumo de drogas se torna más impulsivo e imprudente en la relación con sus compañeros, progresivamente se aleja de amigos de adecuado comportamiento y mantiene cercanía a personas que también mantenían el consumo de drogas, inicialmente no le da importancia pensando “ellos son

sanos, tranquilos”; posteriormente extraña realizar actividades tranquilas y divertidas.

Enfermedades y accidentes:

Durante su primer año de edad sufre enfermedades recurrentes y poco apetito. A los 11 años sufre un fuerte golpe en la espalda, refiere que permaneció inflamado, unas horas, pero no lo llevaron al médico, compraron medicinas en la farmacia y bajo el dolor, meses después experimenta dolores en el mismo lugar, siendo a veces bastante fuertes y acompañados de cierta dificultad para poder mantenerse de pie, acude al hospital y le dan medicación para el dolor y terapia física. Hace más de un año que no experimenta dolores. A los 14 años sufre una lesión la pierna derecha mientras entrenaba, esta lesión lo mantiene fuera del deporte durante 6 semanas.

A los 18 años sufre de una “crisis de nervios” después de haber terminado con María, “sentía que las personas me observaban”, “todo me va mal y no puedo hacer nada”, “soy malcriado con mis padres”, “mi madre no confía en mí y es muy violenta conmigo”, “ya no aguanto tanto castigo”, refiere que se descontrola en su casa y rompe varios objetivos, se sentía muy alterado y quería desquitarse con algo. Al darse cuenta de esto sus padres deciden llevarlo a un hospital por emergencia donde se queda internado por tres días.

Historia Familiar:

Padres

Datos de filiación del padre

- Nombre : Vicente
- Edad : 48 años
- Grado de instrucción : Secundaria completa
- Ocupación : Artesano
- Lugar de nacimiento : Cañete
- Características personales : Responsable, empeñoso, alegre, cariñoso, amable
- Relación con el paciente: Durante la niñez siempre fue cercano y comunicativo, generalmente se encontraba trabajando pero cada vez que podía nos sacaba a pasear o nos poníamos a ver televisión. Durante el consumo se mostró bastante preocupado y trataba de ser mediador entre Raúl y su madre “estaba pendiente de mi y de que no saliera mucho. Actualmente la relación esta algo distante debido a los problemas con el consumo, pero busca mejorarla.

Datos de filiación de la madre

- Nombre : Guadalupe
- Edad : 44 años
- Grado de instrucción : Secundaria completa
- Ocupación : Ama de casa
- Lugar de nacimiento : Cañete
- Características personales : Estricta, poco comunicativa, directa y responsable.

- Relación con el paciente: Durante la niñez Raúl recuerda a su madre bastante abocada a los quehaceres del hogar, no delegaba responsabilidades asumiéndolas todas incluso la de sus hijos, era fácil de molestar. Respecto al consumo se tornaba bastante irritable “a veces no me quería dejar entrar a la casa”; antes de internarse la percibía con mayor ansiedad y desesperada por tenerlo vigilado “me llega a desesperar, me complicada mantenerme calmado”.

Relación entre padres: Raúl refiere que durante su niñez sus padres discutían con frecuencia, existiendo violencia familiar de psicológica “mi madre le decía constantemente que no alcanzaba el dinero y que debía esforzarse mucho más”, cuando su madre queda embarazada por segunda vez, evitan discutir manteniendo un ambiente de calma, actualmente refiere que todo ha cambiado que sus padres no discuten como antes, por momentos se molestan pero terminan en buenos términos.

Hermano

- Nombre : Eduardo
- Edad : 10 años
- Grado de instrucción : Primaria
- Ocupación : Estudiante
- Lugar de nacimiento : Lima

- Características personales : Alegre y jugueton, le gusta compartir con sus familiares, es cariñoso.
- Relación con el paciente : Raúl refiere que siente mucho cariño por su hermano, sin embargo que entiende que ha podido ser un ejemplo inadecuado para él.

Abuela

- Nombre : Ingrid
- Edad : 75 años
- Grado de instrucción : 4to de primaria
- Ocupación : vendedora
- Lugar de nacimiento : Cañete
- Características personales : Paciente, sobreprotectora, ansiosa, empeñosa, activa y cariñosa.
- Relación con el paciente : Siempre mantuvo una buena relación con el paciente, durante su niñez le gustaba pasar momentos con ella y conversar mientras vendía sus productos “siempre me ha apoyado en mis cosas”, muchas veces no me dejaba hacer lo que me correspondía y prefería hacerlo ella ya que me decía que me puedo lastimar, durante el consumo Raúl notaba que se preocupaba mucho y lo atendía para que no se quede sin comer, arreglaba su habitación para que no esté desordenada y lavaba su ropa, actualmente no ha tenido mucha oportunidad de verla.

Dinámica familiar:

Raúl nace en un hogar constituido por ambos padres, tomando residencia en casa de la familia paterna durante la infancia, posteriormente debido a problemas económicos y de salud se opta por mudarse a Lima. Durante su niñez es cuidado principalmente por la abuela paterna quien impartían una educación con pocas normas y reglas, por el contrario mantenían un estilo de sobreprotección debido al temor de posibles problemas de salud. El padre generalmente ausente debido al trabajo, mantenía un estilo permisivo para la educación hacia Raúl el cual podía evidenciarse en dificultades para poner normas y reglas. La madre de Raúl mantenía una postura estricta y sobreprotectora, muchas veces demandante y con facilidad para irritarse; asume la carga de las labores del hogar y opta por responsabilizarse de los quehaceres. Durante esta etapa de vida Raúl manifiesta poca responsabilidad en sus actividades y quehaceres ya que los hacían la madre y abuela; y temor ante las reacciones de su madre, generalmente buscada acercarse a su padre para evitar las reprimendas.

Durante la adolescencia se mantiene la dinámica familia con sobreprotección por parte de la abuela y madre, con dificultad para poner límites en el hogar y asumiendo las responsabilidades en el hogar; asimismo manteniendo una postura estricta y fácilmente irritable, generalmente debido a la conducta de Raúl la cual cada vez evidenciaba mayores problemas en el hogar, colegio y a nivel social acercándose a personas de conductas inadecuadas. Referente al padre mantenía una actitud sobreprotectora siendo en múltiples oportunidades quien desautoriza a la madre en sus correctivos, se encuentra abocado en el trabajo y preocupado por la conducta de Raúl. Durante esta etapa su padre se encuentran abocado al

trabajo, la madre a las labores del hogar y en sus ratos libres apoya en el trabajo al padre del Raúl, la abuela materna al cuidado de Raúl y su hermano; evidenciando un ambiente de poca supervisión y acompañamiento. De igual manera Raúl mantiene una actitud distante de los mismos especialmente de su madre.

Referente a las discusiones familiares disminuye debido al nacimiento del hermano de Raúl, posteriormente la madre mantiene un comportamiento menos agresivo, opta por discutir menos y enfocarse con mayor empeño en la supervisión sus hijos.

Antecedentes psiquiátricos en la familia:

Ninguno.

3.2. Evaluación:

1.2.1. Observaciones generales:

Descripción Física:

Paciente de tez trigueña, con una estatura promedio de 1.60cm, contextura gruesa y peso 75kg. De cabello corto y color negro, color de ojos oscuros. Se viste adecuadamente durante las sesiones, mantiene un adecuado aseo y arreglo personal.

Descripción Conductual:

Paciente orientado en tiempo, espacio y persona, tono de voz bajo y lenguaje coherente; durante el desarrollo de las entrevistas se muestra colaborador y

aperturado en las preguntas que se le realiza. Se mueve con regularidad mientras permanece sentado en la silla, se pellizca reiteradamente la barbilla, por momentos pierde el contacto visual al percatarse que una persona pasa cerca a la ventana del consultorio, así como con los sonidos que pueda escuchar, pide disculpas y dice que se distrae con facilidad.

1.2.2. Entrevistas:

Se realiza entrevistas de evaluación y diagnóstico bajo el modelo cognitivo conductual para la drogodependencia.

1.2.3. Pruebas psicológicas:

- Test de personalidad de Eysenck.
- Inventario Multiaxial de Millon.
- Escala de Inteligencia Weschler.

3.3. Análisis funcional:

3.3.1. Conducta problema.

- Dependencia a Marihuana

3.3.2. Listado de conductas adecuadas/ recursos.

- Adecuado nivel intelectual.
- Ingreso voluntario y motivado al tratamiento
- Responsabilidad, Cumple con las indicaciones terapéuticas (grupos y tareas).
- Comunicación de pensamientos y sentimientos

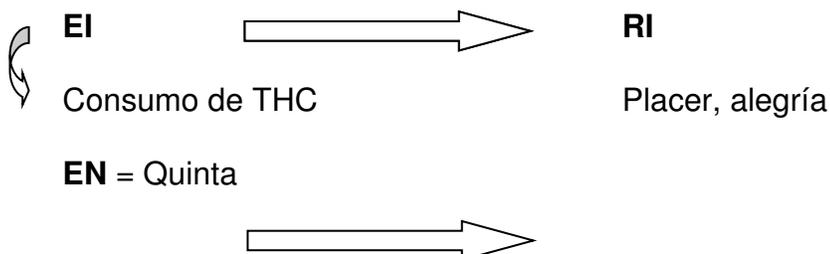
3.3.3. Definición operacional de cada conducta problema.

- Dependencia a Marihuana: Comportamiento caracterizado por el consumo diario de 1 o 2 bolsas de THC al día, de 10am a 9pm, experimentando sensación de mayor lucidez y concentración, así como tranquilidad 6/10, relajación 7/10, alegría 9/10 y energía 8/10, refiere que se olvida de los problemas, pensando “ahora si puedo hacer mis cosas”, “que bien se siente”, “hoy será un buen día”, “puedo hacer todo lo que quiera”. La conducta se produce ante el síndrome de abstinencia (deseo de consumo, intranquilidad, irritabilidad y desgano 7/10), pensamientos como “ya voy a consumir”, “un relajo para continuar mi día”, ante la presencia de Leandro, Isarel y Piero, a las horas 10am, 12pm – 1pm, 9pm, quinta y se mantiene debido al alivio del síndrome de abstinencia, pensamientos como “tengo problemas pero con esto solo me concentro en el ejercicio”, “con la marihuana puedo pensar todo con más claridad y mejor”, “el consumo me ayuda a pensar cómo voy a resolver mis problemas”, comentarios como “tu sí que la sabes hacer trabajas y consumes”.

3.3.4. Aprendizajes sobre dependencia a THC

a. Condicionamientos Dependencia a THC

- o **Condicionamiento Clásico**



THC	consumo de THC
	Conducta aprendida: Retener mayor tiempo el humo de THC
	Consecuencia aprendida: Interna: Sensación de placer Externa: Aprender a fumar THC

b. Habilidades y Capacidades

- Comprometido con las actividades del programa
- Sensibilidad y creatividad
- Habilidades sociales
- Deseo de mejorar la relación con su familia (Madre).

Análisis funcional

Dependencia a THC

Ed	Respuesta	Er
Internos:	Cognitivo	Internos:
Síndrome de abstinencia:	- “ahora si lo puedo hacer mis cosas”	- Alivio del síndrome de abstinencia, sensación de mayor energía
- Deseo de consumir 7/10	- “puedo hacer todo lo que yo quiera”	- Pensamientos:
- Intranquilidad 8/10	- “consumir me ayuda a pensar como voy a resolver mis problemas”	- “tengo problemas pero con esto solo me concentro en el ejercicio”
- irritabilidad 7/10	- “las cosas las hago mejor con la marihuana”	- “lo voy hacer todo bien”
- Desgano		- “tengo ver el lado positivo”
Pensamientos:	Emocional	- “con la marihuana puedo pensar todo con más claridad y mejor”
- “me levanto y me alisto para tomar desayuno y me meto un par de toques”	- Relajación 7/10	

<ul style="list-style-type: none"> - “ya quiero consumir”, “mejor me apuro para hacerlo rápido” - “ya voy a consumir” - “un relajo para continuar mi día” - “si no viene nadie la hago” - “un rato más y la hago” - “ya me siento intranquilo mejor me voy a consumir y listo para continuar mi día” - “ya no me queda debo comprar para mañana” - “ojala no llegue tarde” - “pronto voy a consumir”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tranquilidad 7/10 - Placer 9/10 <p>Fisiológico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la frecuencia cardiaca y respiratoria - Sensación de mayor lucidez y energía <p>Motor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consumir de 2 a 3 “toques” de THC 	<ul style="list-style-type: none"> - “el consumo me ayuda a pensar cómo voy a resolver mis problemas” - “si pues tienen razón”. - “esto no es tan problemático”. - “me va bien”.
--	---	--

Externos	Parámetros	Externos
<p>Personas:</p> <p>Gerardo, Sebastian, Eduardo, José, Leandro, Israel, Piero</p> <p>Horas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10am, 12pm – 1pm, 9pm <p>Lugares</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quinta 	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia: diaria - Cantidad: 1 bolsa/día - Duración: variable 	<ul style="list-style-type: none"> - Permisividad familiar al dejarlo consumir. - Oportunidades laborales - Comentario de amigos Leandro, Israel, Piero “tu sí que la sabes hacer trabajas y consumes”, “a ti no te pasa nada”, “eres serio”

Análisis cognitivo

Conducta problema: Dependencia a THC			
Pensamientos automáticos	Distorsiones Cognitivas	Creencias Intermedias	Creencia nuclear
“ahora si lo puedo hacer todo bien”	Sobregeneralización		
“con la marihuana puedo pensar todo con más claridad”	Falacia de control externo	Las personas deben consumir THC para resolver sus problemas	
“consumir me ayuda a pensar como voy a resolver mis problemas”	Falacia de control externo	Las personas deben consumir para sentirse bien y hacer sus actividades.	La THC es fundamental en mi vida
“las cosas las hago mejor con la marihuana”	Falacia de control externo		

3.4. Informe psicológico:

Datos de Filiación

- Nombres y apellidos : Raúl
 - Fecha de nacimiento : 14/02/1999
 - Edad : 18 años
 - Lugar de nacimiento : Cañete
 - Grado de instrucción : Secundaria completa
 - Estado civil : Soltero
 - Ocupación : Sin ocupación
-
- Lugar de evaluación : Hospital Hermilio Valdizán

- Fecha de evaluación : Septiembre - Octubre 2016
 - Fecha de informe : Octubre 2016
-
- Motivo : Evaluación de personalidad e inteligencia
 - Técnica empleada : Entrevista y observación de conducta
 - Prueba aplicada : Test de personalidad de Eysenck
Inventario Multiaxial de Millon
Escala de Inteligencia Weschler

Observaciones generales:

Paciente adulto, de tez trigueña, aparenta la edad cronológica referida, de aproximadamente 1.60cm. de estatura y contextura gruesa. Muestra adecuado aseo y arreglo personal. Orientado en tiempo, lugar y persona; tono de voz bajo y lenguaje finalístico. Refiere consumo de Marihuana. De estado anímico adecuado, actualmente sin indicadores de síndrome de abstinencia. Presenta conciencia de enfermedad parcial y con motivación al tratamiento aparentemente.

Análisis de los resultados:

Inteligencia:

El evaluado presenta un Coeficiente Intelectual global de 96 que lo ubica en la categoría de Promedio. Se encuentra en la Escala Verbal un CI de 84 que lo ubica en la categoría promedio y en la escala Ejecutiva con un CI de 83 que corresponde a la categoría Promedio, encontrándose un desempeño homogéneo tanto en la escala verbal como en la escala ejecutiva

Análisis cualitativo de los sub test:

Las puntuaciones más altas corresponden a la subprueba dígitos símbolos, sugiriendo que el evaluado tiene una capacidad de aprendizaje asociativo y destreza visomotora, igualmente evidencia idoneidad ejecutando actividades rutinarias y de organización con capacidad de aprendizaje; así mismo en los subtest semejanzas y ordenamiento de figuras; ello sugiere buena capacidad para efectuar abstracciones, generalizaciones y asociaciones por un lado, y por otro; denota una adecuada destreza visual, siendo atento a detalles, es capaz de elaborar razonamientos lógicos adecuados, sabe orientarse dentro de las diferentes circunstancias sociales.

El puntaje más bajo se halla en las subpruebas de composición de objetos obtiene una calificación lo que indica que el evaluado tiene limitaciones en su capacidad de organización perceptual, coordinación visomotora, capacidad de síntesis, relaciones espaciales y concentración. Así mismo su capacidad de información, comprensión, aritmética; memoria de dígitos, vocabulario, completamiento de figuras y diseño de cubos es promedio, significando que evidencia capacidad para comprender situaciones sociales, para internalizar normas, para adaptarse a las exigencias del entorno, e igualmente, para abstraer información y para emplear la aritmética en situaciones cotidianas.

Personalidad:

Evaluado de temperamento de Sanguínea, procesos neurodinámicos fuertes, equilibrados y de movilidad rápida, con características de ser personas sociables,

discordantes, locuaces, reactivas, vivaces y despreocupadas, con gran energía y capacidad para el ámbito laboral y relativa facilidad para adaptarse a situaciones novedosas.

Durante la niñez el evaluado se mostró como una persona inquieta, traviesa y con dificultad para el control de sus impulsos, siéndole fácil precipitar respuestas o comportamientos imprudentes arrepintiéndose después; por momentos con dificultad para la incorporación de normas u obedecer indicaciones que le disgustaban. A nivel social con facilidad para iniciar y mantener conversaciones con pares o personas mayores a su edad, en varias oportunidad ante problemas llegó a pelearse debido a su dificultad para poder controlar sus emociones, se muestra sensible ante el abuso hacia sus compañeros o situaciones injustas, gusta por situaciones novedosas y que le generen emoción, prefiriéndolas por encima de actividades rutinarias

Durante la adolescencia mantiene su comportamiento impulsivo, activo y enérgico, menos responsable, se torna opositor a las indicaciones de sus padres y con dificultad para aprender de la experiencia o consecuencias, evidencia un mayor acercamiento y atracción por personas de conductas inadecuadas resaltando su facilidad para la integración a este grupo, así como la incorporación de conductas inadecuada como peleas entre colegios, mantiene la preferencia por actividades novedosas relacionadas al arte o actividad física. A la edad de 15 años inicia consumo de THC el cual se vuelve diario de manera a los 3 meses de consumo

evidenciando desorganización en diferentes áreas de vida como el familiar, laboral y personal

Conclusiones:

- Paciente impresiona rasgos de personalidad disocial con dificultad para seguir normas y reglas; así como impulsividad evidenciado en el inadecuado manejo de la ira, previo al consumo de sustancias psicoactivas.
- Indicadores de dependencia a marihuana.

Recomendaciones

- Intervención bajo el modelo cognitivo conductual para la prevención de recaídas.

3.5. Presunción diagnóstica

Diagnóstico multiaxial de la CIE – 10

- Eje I : Dependencia a Marihuana.
- Eje II : Rasgos de personalidad disocial.
- Eje III : Ninguna.
- Eje IV : Inadecuado estilos de crianza.
- Eje V : 50%.

CAPITULO IV

PLAN DE TRATAMIENTO Y RESULTADOS

4.1. Objetivos terapéuticos:

4.1.1. Generales por áreas de conducta problema

- Dependencia a Marihuana
 - Promover un estilo de vida en abstinencia.
 - Generar estrategias para un control de la conducta de consumo.
 - Generar recursos propios para evitar y rechazar el consumo de sustancias psicoactivas.

4.1.2. Específicos para la dependencia a Marihuana

- Cognitivo:
 - Generar conciencia de enfermedad de la adicción a sustancias psicoactivas.
 - Establecer motivación al tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas.
 - Identificar las creencias irracionales asociadas a la adicción a sustancias psicoactivas.
 - Reestructurar las creencias irracionales asociadas a la adicción a sustancias psicoactivas.
 - Identificar los mecanismos psicológicos de la adicción.
 - Reestructurar o bloquear los mecanismos psicológicos de la adicción.
- Fisiológico:
 - Identificar los signos asociados al síndrome de abstinencia.
 - Implementar estrategias para el manejo del síndrome de abstinencia.
 - Identificar los signos asociados al craving.
 - Implementar estrategias para el manejo craving.
- Emocional:
 - Experimentar emociones positivas y saludables en la realización de actividades cotidianas.
 - Condicionar el placer del consumo a elementos aversivos
- Motor
 - Generar la capacidad de evitación para las situaciones de riesgo.
 - Fortalecer estrategias de rechazo del consumo de Marihuana.

4.2. Plan terapéutico:

PLAN TERAPEUTICO

Componentes	Técnicas	Procedimiento
Cognitivo:		
Motivación y conciencia de enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Psicoeducación ✓ Balance de consecuencias 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Información sobre los perjuicios del consumo de THC ✓ Identificar los daños causados en las diferentes áreas de vida (personal, familiar, social, laboral, académica)
Creencia irracional “Las personas deben consumir para sentirse bien y hacer sus actividades”	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Flecha descendente ✓ Reestructuración cognitiva ✓ Bloqueo de pensamiento 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preguntar acerca del significado de los pensamientos asociados al consumo de drogas hasta identificar la creencia nuclear ✓ Instruir al paciente en la teoría cognitiva, enseñarle a identificar pensamientos irracionales y cambiarlos por pensamientos mejor adaptados a su realidad.
Mecanismos psicológicos de la adicción.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reatribución de responsabilidad ✓ Bloqueo de pensamiento 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Instruir al paciente en los mecanismos psicológicos de la adicción, enseñarle a identificar como estos mecanismos conllevan al consumo, de esa manera bloquearlos automáticamente. ✓ Eliminar pensamientos indeseados que podrían llevar al consumo de drogas
Emocional		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Relajación 7/10 ✓ Tranquilidad 7/10 ✓ Placer 9/10 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reatribución de la responsabilidad ✓ Programación de actividades 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificarse como responsable de las causas de su comportamiento y estado emocional ✓ Retomar aquellas actividades placenteras y saludables que fueron

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Craving 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Técnica de distracción ✓ Sensibilización Encubierta 	<p>dejadas por el consumo</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tomar atención a la experiencia de actividades placenteras saludables ✓ Imaginarse en una situación con consecuencias. desfavorables debido al consumo.
Fisiológica		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Deseo intenso por consumo Craving. ✓ Síndrome de abstinencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Medicación ✓ Psicoeducación ✓ Técnicas de relajación ✓ Bloqueo de pensamiento ✓ Técnica de distracción ✓ Sensibilización Encubierta 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proporcionar información sobre los efectos de la medicación e importancia de la misma. ✓ Proporcionar información sobre las características del síndrome de abstinencia para la THC ✓ Entrenar en respiración profunda y relajación muscular progresiva ✓ Tomar atención en actividades diferentes a las que se está realizando ✓ Imaginarse en una situación con consecuencias. desfavorables debido al consumo.
Motor		
<p>Consumir de Marihuana (THC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entrenamiento en habilidades sociales y conducta asertiva (Role playing). ✓ Control de estímulos ✓ Programación de actividades 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rechazar invitaciones de personas de consumo mediante el juego de roles. ✓ Realizar una lista identificando Ed (internos y externos), con estrategias para cada una de ellas. ✓ Establecer una rutina de actividades que le permita mantener ocupado el tiempo

4.3. Estructura y sesiones terapéuticas:

4.3.1. Estructura de las sesiones

Según Beck (1999) la organización de las sesiones terapéuticas es una de las características más importantes de la terapia cognitiva, por las siguientes razones:

1. Al estructurar la sesión podremos evitar desviarnos del objetivo debido a la gran cantidad de información del paciente, en promedio una sesión de 50 min.
2. Permite centrarse en los problemas presentes más importantes.
3. Aprender nuevas habilidades para la resolución de problemas, requiere un trabajo duro y organización.

Tomando en cuenta las consideraciones anteriormente mencionadas y en función a los objetivos planteados se propone el siguiente plan de tratamiento

4.3.2. Descripción de las sesiones

En el caso presente se desarrollaron 27 sesiones terapéuticas individuales con el paciente con una duración promedio de 50 a 60 min. Tomando en cuenta las áreas del comportamiento según la orientación cognitivo conductual, dentro del contexto hospitalario y de internamiento breve. Se desarrollo el esquema de las sesiones de la siguiente manera:

Tabla 9

Descripción de sesiones terapéuticas

Sesiones motivacionales:	N° sesiones	Cantidad de sesiones
a. Psicoeducación de la adicción	1	1
b. Balance decisiones por áreas de vida	2 - 6	5
Control y manejo del craving y síndrome de abstinencia:		
a. Psicoeducación e identificación	7	1
b. Técnica de respiración profunda	8 - 9	2
c. Bloqueo de pensamiento	10 - 11	2
Trabajo con los mecanismos psicológicos de la adicción		
a. Psicoeducación e identificación.	12 - 13	2
b. Reatribución de la responsabilidad.	14 - 15	2
Reestructuración de creencias asociadas al consumo		
a. Psicoeducación	16 - 17	2
b. Reconocimiento de las creencias de consumo	18 - 19	2
c. Reestructuración cognitiva	20 - 21	2
Sesiones de entrenamiento en habilidades de afrontamiento		
a. Programación de actividades	22 - 23	2
b. Identificación y control de Ed	24	1
c. Entrenamiento en conducta asertiva	25 - 27	3

A continuación se presentaran el esquema de las sesiones trabajadas

Sesión 1: En la primera sesión en terapeuta se presentó con el paciente, se realizó una evaluación verbal acerca de los conocimientos acerca de las drogodependencias, posteriormente se presentó el material psicoeducativo 1: Información básica de las adicciones, explicándole que se desarrollará durante las sesiones de trabajo, se enfatizó sobre las características de la adicción en relación a su historia de consumo de drogas. Finalmente se le asigna la tarea de ir leyendo al material con el objetivo de familiarizarse con el.

Sesiones 2 - 6: Se inició la sesión recordando los conceptos de la sesión anterior (características de la adicción). Luego se preguntó al paciente si considera que el consumo de drogas durante su vida ha causado consecuencias tanto positivas como negativas; posteriormente se explica al paciente las diferentes áreas de vida componen la vida de una personas (personal, familiar, social, académico/laboral), esquematizando el daño que las drogas generan sobre la misma, conjunto con el paciente se conversó sobre los daños que e considera hacia su vida, luego se presentó el autorregistro 2: análisis de consecuencias y se le pidió que escriba las consecuencia más significativas para cada área de vida. En cada sesión se completó un área de vida dejando como actividad la lectura del mismo.

Sesión 7: Se inició la sesión recordando la importancia de mantener la lectura del análisis de consecuencia trabajado, se prosiguió explicando los conceptos de craving y síndrome de abstinencia relacionándolo con su historia de consumo, completándolo con el autorregistro para reconocer el síndrome de abstinencia, así como la explicación de las estrategias en caso de presentar un deseo intenso de consumo (1 – 3: Técnicas de distracción, 4 – 6: Técnica de

respiración profunda, bloqueo de pensamiento, 7 – 10: Duchas frías, buscar apoyo familiar o amical saludable, evitar salir de casa). Se finalizó la sesión explicando que se desarrollará el aprendizaje de dichas estrategias.

Sesiones 8 – 9: Se inició la sesión con un repaso de la anterior, posteriormente se explicó la importancia de aprender estrategias de relajación para responder ante un deseo de consumo moderado, de esta manera se desarrolló la estrategia de respiración profunda, finalmente se construye un autorregistro para su realizar el ejercicio. En la sesión posterior se revisó el registro de respiración profunda y se continuó con la práctica mencionada.

Sesiones 10 – 11: Se inició la sesión recordando la importancia de contar con estrategias para el manejo del deseo de consumo, se desarrolló la explicación resaltando que el deseo por consumir puede iniciar a través de recuerdos o pensamientos asociados al consumo, de esa manera es importante contar con estrategias para detener los recuerdos y pensamientos, posteriormente se desarrolló con el paciente el aprendizaje de la técnica de bloqueo de pensamiento, para su práctica se utilizan inicialmente pensamientos neutros o recuerdos que no despierten un deseo por el consumo, se concluyó ampliando el registro del paciente para la práctica del bloqueo de pensamiento. En la siguiente sesión se le pidió al paciente identificar si experimentó recuerdos o pensamientos de consumo durante el internamiento, posteriormente se trabaja el bloqueo de pensamiento con los pensamientos o recuerdos identificados, se termina la sesión ampliando el autorregistro

Sesiones 12 – 13: Se inició la sesión revisando el autorregistro para la respiración profunda y bloqueo de pensamiento, se señaló la importancia de dominar las estrategias para evitar el deseo de consumir. Posteriormente se explicó al paciente sobre los mecanismos psicológicos de la adicción, con

énfasis en su relación con el mantenimiento del consumo y las recaídas, se entregó el material psicoeducativo: Mecanismos psicológicos de la adicción para reforzar lo trabajado. Se finalizó la sesión con una actividad para identificar los mecanismos psicológicos de la adicción. La sesión posterior se revisan los ejercicios y se mantiene el trabajo de identificación se concluyó haciendo énfasis en la relación con la recaída.

Sesiones 14 – 15: Se inició la sesión retomando la explicación entre los mecanismos psicológicos de la adicción y su relación con la recaída, se prosiguió trabajando la reatribución de la responsabilidad, para lo cual se identificó aquellos mecanismos más resaltantes “consumir me ayuda a pensar mejor como voy a resolver mis problemas” cambiándolos por “el consumir no me ayuda a resolver problemas, Yo puedo resolver mis problemas si los afronto”, de esta manera se realizó un registro realizando reatribución de la responsabilidad por cada mecanismos psicológico de la adicción, se dejó como actividad realizar el ejercicio.

Sesiones 16 – 17: Se inició la sesión explicando la importancia del trabajo anterior. Se prosiguió con la psicoeducación de la terapia cognitiva con énfasis en la relación entre pensamiento – emoción – conducta con ejemplos de la historia de consumo del paciente “me levanto y me alisto para tomar desayuno y me meto un par de toques” - deseo de consumir 7/10 – salir rápido de casa y consumir. Se entregó un material psicoeducativo para reforzar lo explicado en la sesión, así mismo se dejó actividades para el reconocimiento de la relación pensamiento – emoción – conducta.

Sesiones 18 – 19: Se inició la sesión revisando el material psicoeducativo sobre terapia cognitiva y revisando las actividades, en esta sesión se trabajó con el paciente señalando algunos pensamientos relacionados al consumo

para al emplear la técnica de la flecha inversa podemos identificar las creencias asociadas al consumo, por ejemplo: Ud mencionó que “cuando consumo no pienso en nada malo” que significaba ese pensamiento para Ud “con la marihuana puedo pensar todo con más claridad”, y esto a su vez que significa “consumir me ayuda a pensar como voy a resolver mis problemas”, es decir que podría pensar de esta manera “las personas deben consumir thc para lograr resolver sus problemas”, el paciente afirmó que en determinado momento podía sentir que era cierto pensar de esa manera. Finalmente se explica la identificación de la creencia encontrado y como esta influye en diferentes ámbitos de su vida. Se continuó la siguiente sesión con el mismo procedimiento.

Sesiones 20 – 21: Se inició la sesión recordando la importancia de identificar las creencias de consumo y reestructurarlas, de esta manera se presenta al paciente un esquema de registro con las creencias que se identificaron durante el proceso de internamiento, se le pidió que exponga si considera validas las creencias, cuando el paciente refirió que estas son falsas se trabajó para reestructurarlas brindando ejemplos con circunstancias de la vida del paciente en las que se contradiga la creencia encontrada. Se finaliza elaborando una creencia más adaptada y saludable para el paciente, se le pide al paciente que repase las nuevas creencias. Durante la siguiente sesión se ampliaron los ejemplos para reestructurar las creencias asociadas al consumo y reforzar las creencias saludables.

Sesiones 22 – 23: Se inició la sesión repasando las creencias saludables, se informó al paciente sobre las salidas terapéuticas y los objetivos a cumplir, para lo cual se elaboró un cronograma de actividades que deberá en su permiso y que podrá servir para una futura rutina de actividades al terminar el

internamiento, se entregó el registro de horario acordando las actividades a realizarse, se enfatiza la importancia de mantener la rutina del hospital, priorizando actividades de responsabilidad o deberes dejando para el final actividades divertidas pero saludables. En la siguiente sesión se completo y reviso las actividades programadas.

Sesión 24: Se inició la sesión explicando la importancia mantener una adecuada autoorganización (horario), posteriormente se pasó a explicar la importancia de identificar aquellos estímulos externos e internos que puedan activar los deseos por consumir en su próximo permiso terapéutico, de esta manera se entregó un autorregistro de estímulos discriminativos relacionados a su conducta adictiva, posteriormente se plantearon tres alternativas para cada estímulo discriminativo, por ejemplo Dinero S/.20 – Evito manejar dinero, le pido a mi madre que me compre lo que necesito, si encuentro dinero se lo doy a mi madre. Finalmente se refuerza la importancia de manejar los Ed y se corrigen las diferentes estrategias planteadas por el paciente.

Sesiones 25 – 26: Durante esta sesión se acordó trabajar con el paciente su estilo de comunicación hacia sus padres debido a se identifico un estilo de comunicación agresivo que dificulta la adaptación a su medio, esto a su vez podría estimular al paciente a recurrir al consumo de sustancias. Se explicó al paciente la importancia de mantener un estilo de comunicación asertivo y mantener el control de sus emociones de esa manera, se trabajan mediante el role playing situaciones anteriores en que responde de manera agresiva, modelando respuestas asertivas con el paciente, en la siguiente sesión se mantiene el trabajo de modelado, así mismo se refuerza el bloqueo de pensamiento y la respiración profunda.

Sesión 27: Se realizó una evaluación del permiso del paciente, se reforzaron las estrategias, se elaboró un cronograma de actividades para su alta la cual deberá seguir, se pidió una evaluación familiar la cual fue optima referente al comportamiento del paciente.

4.4. Resultados:

El proceso de intervención constó de veintisiete sesiones desarrolladas en cuatro módulos circunscritos en un programa de internamiento breve para personas con drogodependencias. Durante el proceso de intervención se aplicaron autorregistros para evaluar la efectividad de las intervenciones y posteriormente se aplicaron los siguientes instrumentos

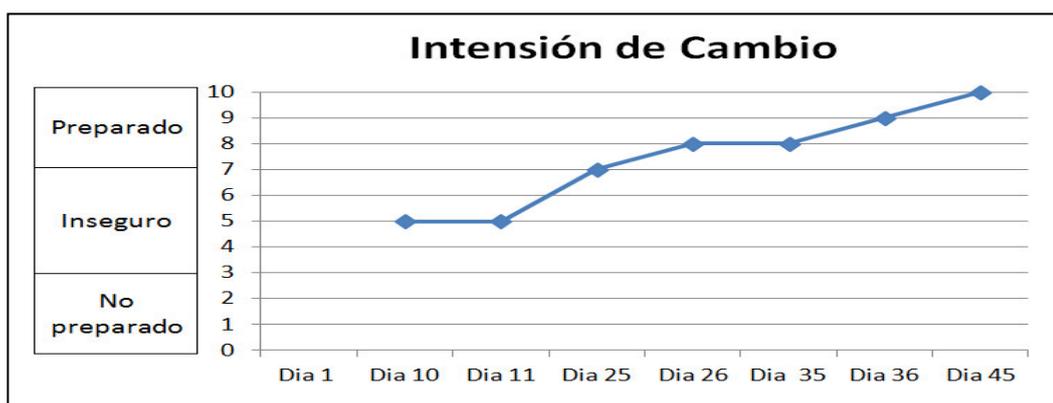
- Cuestionario de riesgo de recaída aware 3.0
- Cuestionario de variables de interacción psicosocial (VIP)

Sesiones de motivación:

Se empleó para el registro el medidor de preparación elaborado por Sthephem Rolnick, para determinar el estado de preparación de cambio del cliente

Gráfica 1

Intensión de cambio

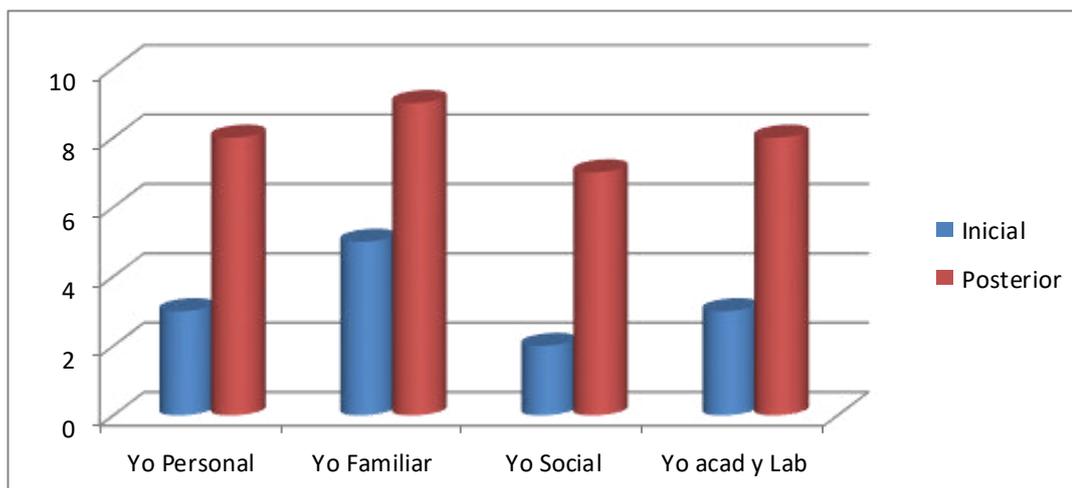


En la gráfica 1 se idéntica un grado mayor de preparación para el cambio pasando de un estado inseguro o dudoso hasta percibirse como preparado.

En lo referente al análisis de consecuencias se identifica en el paciente un parcial reconocimiento de las mismas en sus diferentes áreas de vida al inicio de la evaluación, posteriormente se identifica un mayor análisis de consecuencias en cada una de las áreas.

Gráfica 2

Análisis de consecuencias

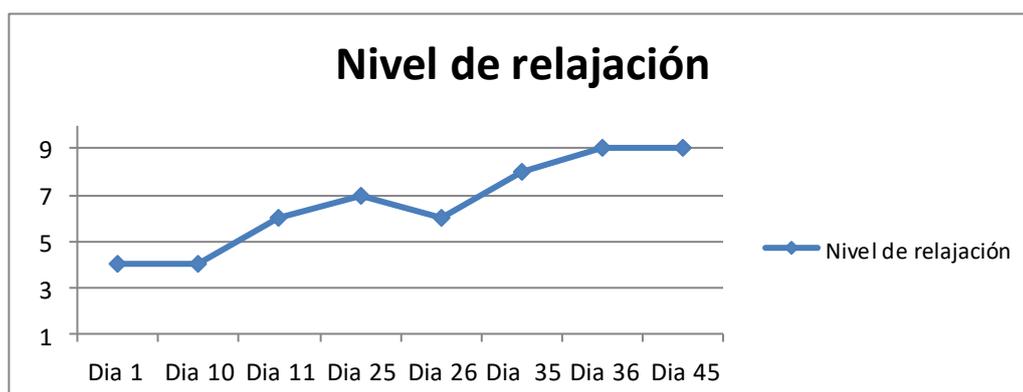


Sesiones para la identificación y manejo del craving:

En las primeras sesiones el grado de relajación manifestado alcanza puntajes de 4 – 5, considerándose un nivel de relajación moderado, posteriormente se obtienen niveles más significativos de relajación evidenciando 8 – 9,

Gráfica 3

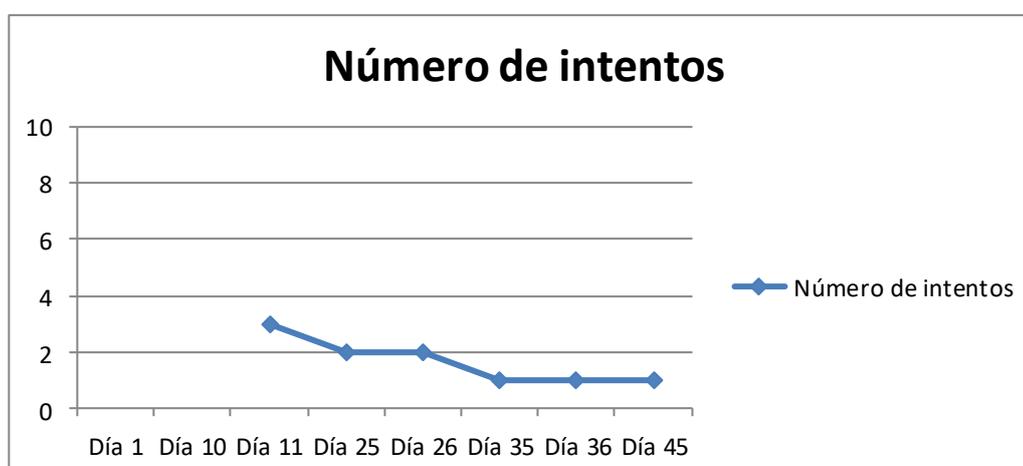
Nivel de relajación mediante la estrategia de respiración profunda



De igual manera se expone el trabajo realizado con el bloqueo de pensamiento

Gráfica 4

Numero de intentos del bloqueo de pensamiento



Respecto a la estrategia de bloqueo de pensamiento se identifica que el numero de intentos para bloquear los pensamientos disminuyen conforme practica repitiendo inicialmente un total de 3 veces posterior solo necesita de 1 intento

Trabajo con los mecanismos psicológicos de la adicción:

Gráfica 6

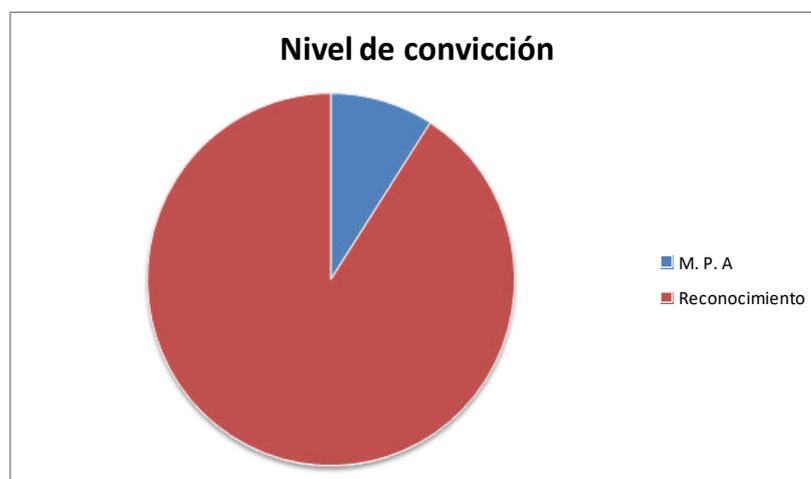
Nivel de convicción de mecanismos psicológicos de la adicción antes de la intervención



En la siguiente gráfica se presenta el nivel de convicción o autoconvencimiento de los mecanismos psicológicos de la adicción por parte del paciente, evaluados durante la identificación de los mismos dentro del proceso terapéutico.

Gráfica 7

Nivel de convicción de mecanismos psicológicos de la adicción posterior a la intervención



La grafica nos muestra que posterior a las sesiones terapéuticas el paciente logra asumir la conducta de consumo de marihuana como un acto que involucra su propia responsabilidad

Reestructuración de creencias asociadas al consumo

Gráfica 8

Nivel de convicción de las creencias reestruradas o saludables sobre las creencias asociadas al consumo

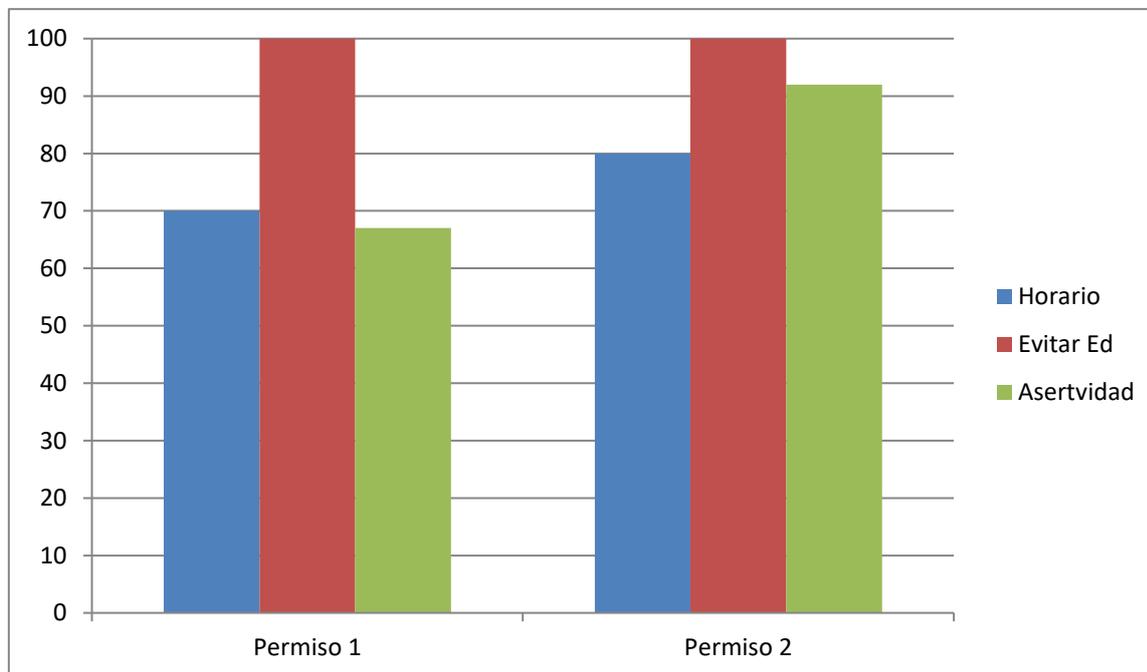


Sesiones de entrenamiento en habilidades de afrontamiento:

El paciente refiere que en sus permisos terapéuticos logra cumplir con las actividades programadas de la siguiente manera

Gráfica 9

Actividades programadas



Se evidencia que el paciente cumple con al menos un 70% de las actividades programadas para su primer permiso y un 80% de las mismas en su segundo permiso. Referente al control de Ed durante sus permisos niega la presencia de los mismos por lo cual se obtiene un 100% de control en ambos permisos. Finalmente logra mantener un comportamiento asertivo al menos en el 67% de las oportunidades en su primer permiso y en un 92% de las veces en su segundo permiso.

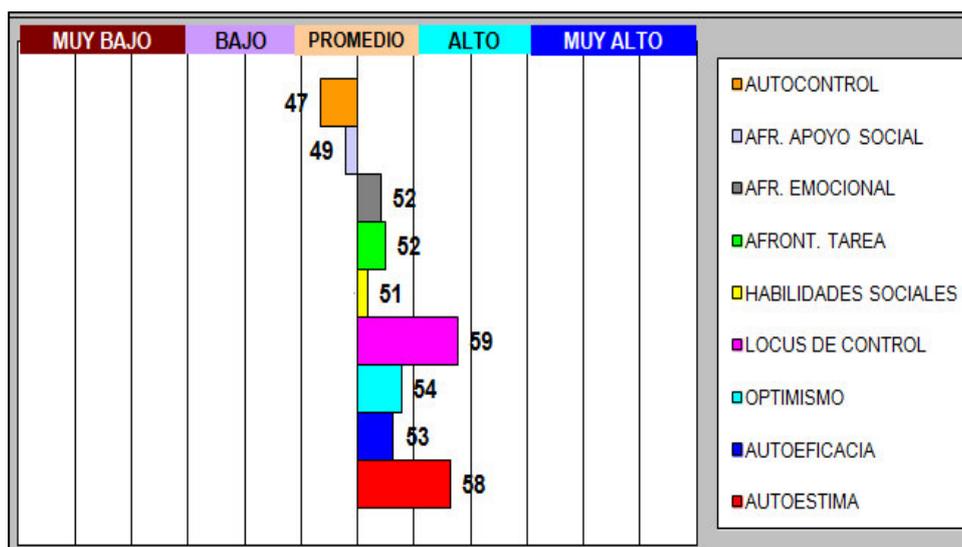
Resultados de las evaluaciones psicométricas

- En lo referente a la aplicación del cuestionario de riesgo de recaída el paciente obtuvo un puntaje de 58 el cual lo ubica en un nivel bajo de recaída, información que refuerza lo obtenido en los autorregistros.

- Referente al cuestionario de variables de interacción psicosocial se identifica que la subescala de autoestima se encuentra en un nivel alto lo que nos corrobora una adecuada valoración de si mismo, cuenta con un nivel de autoeficacia promedio que nos indica que mantiene un nivel adecuado acerca de la percepción de su capacidad para afrontar situaciones, asimismo cuenta con un nivel promedio de autocontrol que le permite un manejo adecuado de sus impulsos, en la subescala de optimismo se evidencia un resultado promedio que indica una percepción beneficiosa de su futuro, a nivel de locus de control indica un nivel alto que determina un locus de control interno es decir una determinación sobre el control de las conductas propias, en lo que refiere a las habilidades sociales se evidencia un nivel promedio determinando un desempeño adecuado dentro de las circunstancias sociales, dentro de los estilos de afrontamiento se evidencia un uso preferente del estilo centrado en la tarea o soluciones que identifica la búsqueda de alternativas ante problemas

Gráfica 10

Cuestionario de variables de interaccion psicosocial VIP



4.5. Conclusiones:

1. Se identifica en el paciente una progresión favorable hacia la intención de cambio, lo que se evidencia con el cumplimiento de las actividades y registros terapéuticos, además la evaluación adecuada de las consecuencias negativas producto del consumo de marihuana.
2. El paciente evidencia un aprendizaje positivo de las estrategias para afrontar los estados de craving durante el proceso de tratamiento, mediante la técnica de respiración profunda y bloqueo de pensamiento.
3. Se identifica en el paciente una adecuada reatribución de la responsabilidad de su anterior conducta de consumo de marihuana, planteando interpretaciones acordes con los objetivos de la rehabilitación.
4. Se identifica en el paciente un mayor acercamiento a creencias saludables propuestas durante el proceso de tratamiento, lo que permitirá una adecuada adaptación a un nuevo estilo de vida.
5. Se identifica un adecuado desempeño de las actividades programadas para los permisos terapéuticos del pacientes
6. Se encuentra un puntaje de 58 el cual lo ubica en un nivel bajo de riesgo de recaída, puntaje que se encuentra apoyado con el adecuado aprendizaje de las estrategias obtenidas, el cumplimiento de las actividades y manejo de las circunstancias durante sus permisos.

7. Se evidencia un mejor comportamiento a nivel familiar durante el proceso de tratamiento, corroborado por los familiares durante las visitas y los permisos terapéuticos.

4.6. Recomendaciones

1. Ampliar las investigaciones sobre los procedimientos terapéuticos que permitan alcanzar resultados adecuados en la rehabilitación de pacientes con drogodependencias.
2. La presente investigación sirve como base para nuevas intervenciones o programas de intervención dentro del ámbito de las drogodependencias.
3. Se recomienda ampliar la investigación hacia el trabajo con pacientes ambulatorios para ampliar los recursos terapéuticos de intervención en pacientes con dificultades para el internamiento.
4. Se recomienda realizar evaluaciones o controles periódicos de los pacientes al término de un programa de tratamiento, con el objetivo de mantener las estrategias aprendidas y mantener el tiempo de abstinencia.
5. Elaborar protocolos que permitan un mayor seguimiento de paciente al término del proceso de rehabilitación, evaluando dificultades posteriores en su proceso de adaptación con la finalidad de prevenir recaídas.
6. Ampliar la investigación hacia estrategias para la intervención familiar con la finalidad de fortalecer el ambiente de desenvolvimiento de la persona en adicción posterior a su tratamiento.

Referencias

- Aguado, H. & Silberman, R. (2004). La terapia cognitiva en acción: estrategias para detectar y cambiar los pensamientos y supuestos. *Revista de psiquiatría y salud mental hermilio valdizán*, 5(2), 61-79.
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales DSM 5*. Madrid: Panamericana.
- Beck, A. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Paidós. Buenos Aires.
- Beck, A. (2010). *Terapia Cognitiva de la depresión 19ava edición*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Becoña, E. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Socidrogalcohol: Valencia.
- Becoña, E. & Oblitas, L. (1997). Terapia Cognitivo-Conductual: antecedentes, técnicas. *Revista Liberabit*, 3 (3).
- Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas [CEDRO] (2010). Epidemiología de drogas en población urbana del Perú. *Monografía de Investigación No. 26*. Lima: CEDRO.
- Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas [CEDRO] (2015). *El Problema de las Drogas en el Perú 2015*. Lima: CEDRO.
- Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas [CEDRO] (2017). *Epidemiología de drogas en población urbana peruana: encuesta en hogares*. Lima: CEDRO.
- Cia, A. 2013. Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones

Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 76(4), 210-217.

- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas [DEVIDA] (2011). *Encuesta Nacional del Consumo de Drogas en Población General, realizada por DEVIDA 2010*. Lima: DEVIDA.
- Contreras, A & Oblitas, L (2005). *Terapia cognitivo conductual: teoría y práctica*. Colombia: Epsicom.
- Feliciano, A (2017). Balance decisional respecto al consumo de alcohol y rasgos de personalidad en jóvenes y adultos de lima metropolitana. *[Tesis para optar el Título Profesional de Licenciatura en Psicología]*. USIL, Lima, Perú.
- García-Grau, E. (2008). *Manual de Entrenamiento en Respiración*. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/37911206>
- González, C. & Lopez, A. (2017). Revisión del tratamiento psicológico de la adicción al cannabis. *Health and Addictions*. 17(1), 15-26. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/839/83949782002/>
- González, I. (2009). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving. *Revista de Toxicomanías*, 57. Recuperado de <https://www.cat-barcelona.com/pdfret/ret57-2.pdf>.
- Hales, R. (2009). *Tratado de psiquiatría clínica 5ta edición*. Masson; Boston.
- Hernández, N. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo conductual para trastornos de la salud*. Mexico: Libros en red.
- Ledezma, A. (2006). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en

Guadalajara, Jalisco, México. *Investigación en Salud*, 9(2), 118-124.
Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/142/14290206.pdf>.

- Lefio L, Villarroel S, Rebolledo C, Zamorano P % Rivas K.(2013). Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 34(4), 257–66. Recuperado de <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2013.v34n4/257-266/es>.
- Lorenzo, P. Ladero, J. Lezar, J. Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias. Farmacología, patología, psicología, legislación*. Panamericana: Buenos Aires.
- Llorens, N. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*, 16(4). Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/391>.
- Martinez, J. (2010). Creencias básicas adictivas y craving. *Adicciones*, 23(1), 45-52. Recuperado de <http://www.redalyc.org/comocitar.oe?id=289122829006>.
- Montiel, V. & Guerra, V. (2016). Aproximaciones teóricas sobre Psicoeducación. Análisis de su aplicación en mujeres con cáncer de mama. *Psicogente*, 19(36), 324-335. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/309564109_Aproximaciones_teoricas_sobre_Psicoeducacion_Analisis_de_su_aplicacion_en_mujeres_con_cancer_de_mama.
- National institute on drug abuse [NIDA] (2010). Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones. *National institute on drug abuse*. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/enfoques-con-base-cientifica-para-los-tratamientos-de-la-dro-10>.

- Ocaña, J. (2011). Comunica el dato útil información para prevenir adicciones. *Centros de integración juvenil, A.C.* Recuperado de http://www.cij.gob.mx/patronatoscij/pdf/comunica_el_dato_util.pdf
- Organización mundial de la salud [OMS] (1992). Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: *Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (CIE-10)*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. España: Ministerio de sanidad y consumo centro de publicaciones.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancia psicoactivas*. Ginebra. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000897cnt-2016-10_neurociencia-consumo-dependencia-sustancias-psicoactivas_resumen.pdf.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] (2013). *Pasta Básica de Cocaína. Cuatro décadas de historia, actualidad y desafíos*. Lima: UNODC.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] (2015). *Informe mundial sobre las drogas 2015. Resumen Ejecutivo*. Autor. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf
- Oficina Nacional de las Naciones Unidad Contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2018). *Informe mundial sobre las drogas 2018*. Publicación de las Naciones Unidas.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2015). *Informe sobre situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas*. Washington D.C.: Autor. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/7708>.

- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2005). *Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas*. Washington D.C.: OPS.
- Pedrero, E. Fernandez, J. Casete, L. Bernejo, M. Secades, R y Tomás, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Socidrogalcohol: Barcelona.
- Rojas, M. (2010). *Manual de entrevista y psicoterapia motivacional en conductas adictivas sesiones para profesionales de la salud mental. 2d edición*. CEDRO: Lima.
- Rodríguez, E. (2016). *Curso de especialización en terapia cognitivo conductual integral en adicciones a spa*. Lince, Perú: IPSICOC.
- Rollnick, R. y Miller, W. (1996). ¿Qué es la entrevista motivacional? *Revista de Toxicomanías*, 6. Recuperado de https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET06_1.pdf.
- Sánchez-hervás, E. y Tomas, V. (2001). Intervención psicológica en conductas adictivas. *Trastornos adictivos*, 3(1), 21-27. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-13012721>.
- Secades-Villa, R (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 29-40. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/778/77828105/>.
- Solano, C (2017). *Estilos de Afrontamiento y Riesgo de Recaída en adictos residentes en Comunidades Terapéuticas de Lima*. Tesis de maestría. Lima.

ANEXOS

Información Básica de las Adicciones

¿Qué es una Droga?



DROGA: Se puede definir de dos formas:

1. Cualquier sustancia natural o elaborada que al ingresar en el organismo produce cambios fisicoquímicos y/o psicológicos.
2. Cualquier sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o más de sus funciones normales.

SUSTANCIAS O DROGAS PSICOACTIVAS: se definen como aquellas que modifican la percepción, la sensación, el estado de ánimo y la actividad tanto física como mental; entre ellas se encuentran:

- ✓ Marihuana.
- ✓ Cocaína y sus derivados (PBC)
- ✓ Terokal.
- ✓ Alucinógenos.

¿Y todas las drogas son iguales?



Existen muchas formas de clasificar las drogas, pero la que más nos interesa es la **“CLASIFICACIÓN POR LOS EFECTOS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL”**

- **DEPRESORAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:** Enlentecen o reducen el funcionamiento. En general son calmantes del dolor, disminuyen los reflejos, producen sueño y en dosis altas el coma o la muerte.

- *Por Ejemplo: Alcohol, Ansiolíticos, Tranquilizantes, hipnóticos (diazepam), opiáceos (heroína, morfina, metadona).*

- **ESTIMULANTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:** Sustancias que aceleran el funcionamiento del cerebro.

- *Por Ejemplo Anfetaminas, cocaína y pasta básica, nicotina (cigarrillo), cafeína.*

- **ALUCINÓGENOS:** Sustancias que distorsionan la percepción

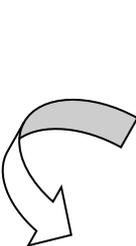
- *Por ejemplo: LSD, Marihuana, terokal, drogas de diseño (éxtasis, katemina, GHB)*



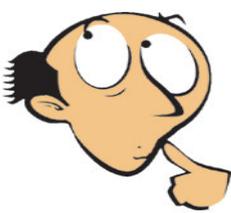
¿Entonces que es la Adicción?

Se considera a la adicción como una enfermedad

Se caracteriza	Afecta
<ul style="list-style-type: none"> - Crónica, no tiene cura, provoca una modificación neuronal (Neuroadaptación) que es irreversible - Progresiva, cada vez abarca más espacio dentro de la vida de la persona - Autoengañosa, a pesar de hacer cosas inadecuadas la persona continua su adicción 	<ul style="list-style-type: none"> - Biológico, afecta a nivel neuronal y a diferentes órganos del cuerpo - Psicológico, desorganizar la forma de ser (impulsivo, intolerante, irrespetuoso), se pierden los valores - Social, problemas familiares y sociales frecuentes

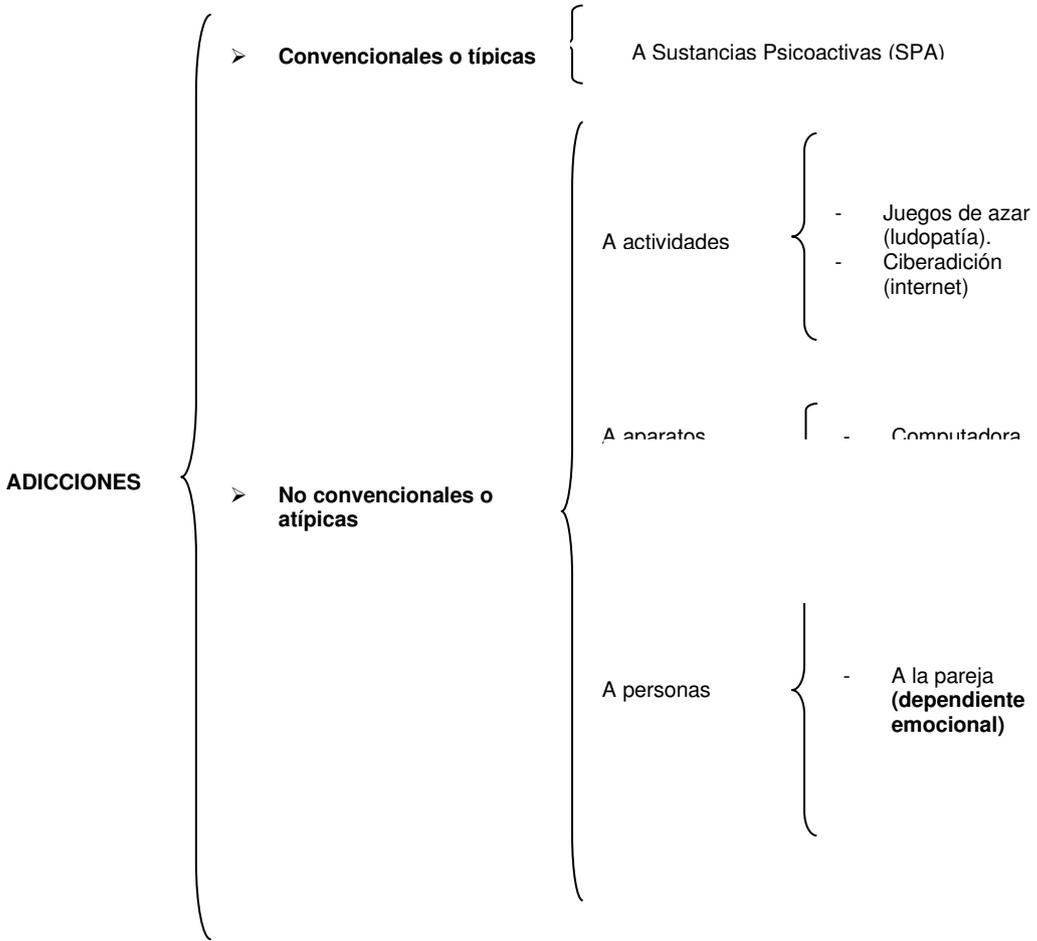


¿Cuántos tipos de adicciones existen o sola es una?



Respuesta:

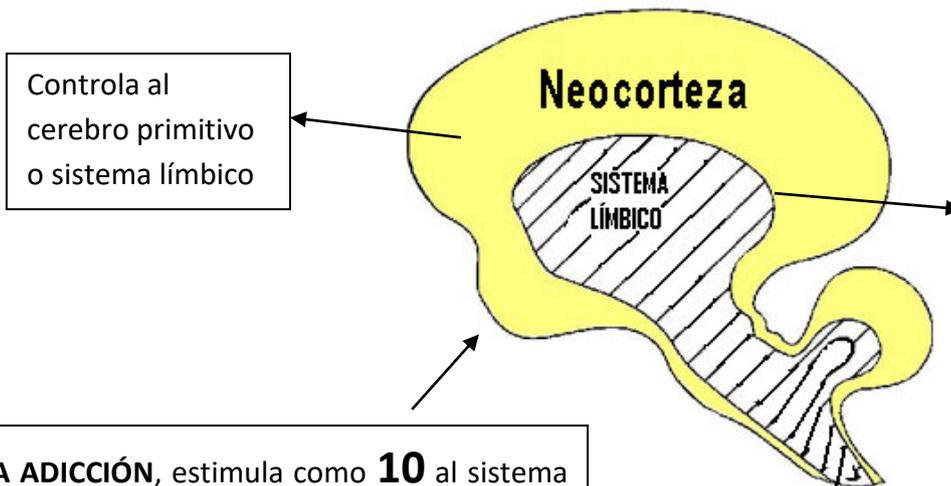
Anteriormente se concebía solo la adicción a sustancias ahora y con el avance de la tecnología se observan nuevos tipos de adicciones... así tenemos:



NEUROBIOLOGÍA DE LAS ADICCIONES

¿DE QUÉ FORMA ACTUA LAS ADICCIONES EN MI CEREBRO?

Las neuronas. - Son células del sistema nervioso, están especializadas en transmitir información, esa información se transmite en la forma de impulsos nerviosos. Son, también, las células más especializadas que existen, hasta tal punto que han perdido la capacidad de realizar otras funciones y son incapaces de dividirse, de nutrirse por sí mismas o de defenderse.



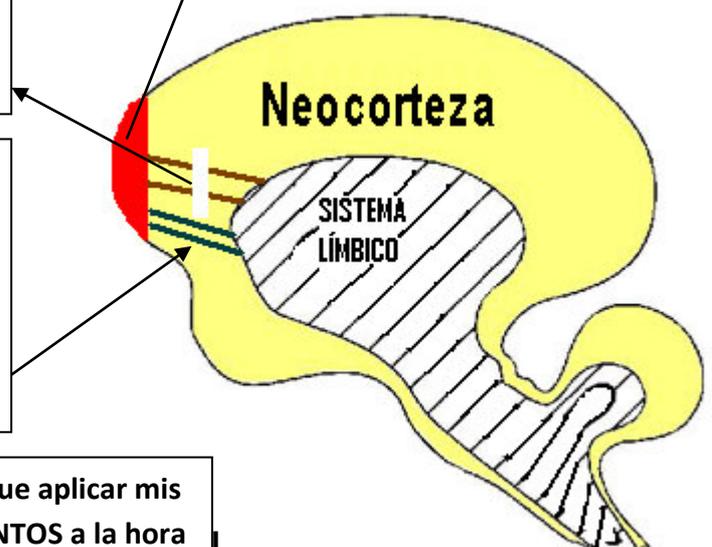
LA ADICCIÓN, estimula como **10** al sistema límbico, es por ello que me da muchísimo placer y acostumbra, hasta que la **NEOCORTEZA**, pierde el control del **SISTEMA LÍMBICO**, es así que la persona pierde el **AUTOCONTROL**.

- También conocido como **CEREBRO PRIMITIVO**.
- Centro de las conductas primitivas (instintos): Hambre, sed, sexo, sueño
- Se dan mis emociones:
 - Alegría
 - Miedo
 - Tristeza
 - Sorpresa
 - Ira
- Aquí está el centro del **PLACER**
- En un estado normal se estimula como **1**

Si se **mueren las neuronas** acá se pierde la conexión de los **LÓBULOS PREFRONTALES Y EL SISTEMA LÍMBICO**, como si cortaran los cables que unen el interruptor y el foco, es por ello que el paciente adicto no piensa en las **CONSECUENCIAS DE SUS ACTOS**.

Con la **REHABILITACIÓN** hacemos nuevas conexiones entre **LOS LÓBULOS PREFRONTALES Y EL SISTEMA LÍMBICO**, es así que debemos incrementar nuestra **conciencia de enfermedad y cambiar de estilo de vida**, de lo contrario tendría muchísimas dificultades que dependería de otros para seguir viviendo

Los **LÓBULOS PREFRONTALES** son aquellas que nos permiten dirigir nuestra conducta hacia un fin y comprenden la atención, planificación, secuenciación y reorientación sobre nuestros actos. Es decir **PENSAR EN LAS CONSECUENCIAS DE NUESTROS ACTOS**.



SI QUIERO REHABILITARME, de forma necesaria tengo que aplicar mis **TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS** y tomar mis **MEDICAMENTOS** a la hora indicada.

BALANCE DECISIONAL

INDICACIONES:

- LLENAR EL SIGUIENTE CUADRO CON HONESTIDAD
- LEER TODOS LOS DIAS

Autorregistro 2: Análisis de consecuencias.

¿QUE CONSECUENCIAS HE OBTENIDO EN MI VIDA DEBIDO AL CONSUMO DE MARIHUANA EN MI VIDA?	
NEGATIVAS	POSITIVAS

Consecuencias de la adicción

Teniendo en cuenta las características de la adicción la cual cada vez va ganando más protagonismo en la vida de una persona es decir va quitando espacio a las cosas importantes dentro de ella, en el siguiente grafico ejemplifique que es lo ha perdido dentro de las siguientes áreas de vida

Cuanto me ha afectado a nivel:

Yo Personal	Yo Familiar
Yo Social	Yo Académicos/laboral

Que deseo alcanzar a nivel

Yo Personal	Yo Familiar
Yo Social	Yo Académicos/laboral

Autorregistro 3: indicadores del síndrome de abstinencia

Síndrome de abstinencia

En el siguiente formato marque según lo indicado la presencia de los siguientes comportamientos de esta manera podrá registrar e identificar la presencia de un síndrome de abstinencia

Síndrome de Abstinencia	LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO	LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO	LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO	LU	MA	
<i>Cognitivo (1,2..)</i>																								
Pensamientos de consumo																								
Recuerdos de consumo																								
Sueños de consumo																								
Pensar en pendientes (afuera)																								
<i>Emocional (1-10)</i>																								
Irritabilidad																								
Desgano o aburrimiento																								
Ansiedad																								
Deseo de consumir																								
<i>Fisiológico (si/no)</i>																								
Insomnio																								
Apetito (+ ó -)																								
Dolor corporal																								
Dolor de cabeza																								
Diarreas																								
Gases																								
<i>Motor (si/no)</i>																								
Hablar de consumo																								
Participar de grupo de consumo																								
Levantarse tarde																								
Ser el último en las actividades																								
Aislarme																								
Inquietud																								

Autorregistro 4: Respiración profunda

Actividades	Li	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do	Lu	Ma
Lectura de análisis de consecuencias																
# veces respiración profunda																
Nivel de relajación (1 – 10)																

Autorregistro 5: Bloqueo de pensamientos

Circunstancia	Pensamiento	# de intentos (1-10)	Nuevo pensamiento

Material psicoeducativo 2: Mecanismos psicológicos de la adicción

MECANISMOS PSICOLOGICOS DE LA ADICCIÓN

Son argumentos para contrarrestar la responsabilidad de la conducta de consumo intentando mediante estos mecanismos distorsionar la realidad con el ánimo de defender la adicción. Entre las principales tenemos:

a. Negación:

- Es mentir u ocultar la información de esa manera no podrán modificarse las circunstancias
- Consecuencias = imposibilidad de ayudar.

b. Minimización:

- Hace referencia a restarle importancia a lo sucedido, lo perciben como un problema pequeño, manejable, por lo tanto, no requieren de preocupación de los familiares ni de ayuda de terceros
- Consecuencias = incrementa la probabilidad de realizar las conductas de riesgo

c. Racionalización:

- Hace referencia a justificar el comportamiento adictivo
- La persona realiza la conducta no por ella misma sino debido a las circunstancias.
- Se enfasca en excusas para justificar su consumo
- Consecuencias = imposibilidad de ayuda debido a que no asume su responsabilidad, la culpa es de otros o de las circunstancias

d. Soberbia

- Sensación de omnipotencia y control absoluto de la conducta adictiva
- Se considera que no existen riesgos o problemas producto de la adicción
- Consecuencias = Incapacidad total de ser ayudado, se muestra una actitud displicente o confrontativa.

Ejemplos a plantearse en la sesión

<p>Negación</p> <ul style="list-style-type: none"> - No he salido con nadie, todo el día he estado en casa”. - “Estoy bien, ya no tengo ganas de consumir”. - “Desde la última cita, no he consumido nada”. - “Estoy tomando la medicación”. - “Todos los días apoyo en casa”. 	<p>Minimización</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Sólo estoy tomando un vez en la semana” - “Ya no consumo como antes” - “Ahora lo hago menos” - “Solo he tomado un vasito nada más” - “Ya no consumo de lo otro, solo tomo”. - “Mejor me distraigo con el celular, o quieres q vuelva a consumir”
<p>Racionalización</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Consumo porque no me entienden” - “Si no me molestaran yo estaría tranquilo y 	<p>Soberbia</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Yo no tengo ningún problema” - “La adicción no me ha causado nada

<p>no me iría a consumir”</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Tengo problemas y necesito relajarme” - “Consumo porque me relaja” - “Muchos lo hacen y no les pasa nada” - “Me ayuda a pensar mejor y tener más ideas” - “Era el cumpleaños de mi tío y no podía decirle que no” - “No puedo estar tranquilo, si me sigues reclamando y molestando” 	<p>malo”</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Puedo controlar mi consumo” - “Lo puedo dejar cuando quiera” - “Puedo tomar alcohol y nunca más consumir lo otro” - “De ahora en adelante tendré un consumo controlado”
--	--

Autorregistro 6: Evaluación de los mecanismos psicológicos de la adicción.

Mecanismos	Tipo	Nivel de Convicción (1-10)	Reatribución	Nivel de Convicción (1-10)

Material psicoeducativo 3: Terapia cognitivo conductual

Terapia Cognitiva - Conductual

A continuación se explicará un esquema mediante el cual podremos conocer la relación entre nuestros pensamientos, emociones y conductas, el comportamiento humano cuenta principalmente con tres componentes: Lo que hacemos, lo que sentimos (emociones) y lo que pensamos, es algo que seguro te has dado cuenta muchas veces. Estos componentes se activan en todo momento, por ejemplo:

Ejemplo	Realiza un ejemplo
<p>Pensamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Hoy se que en casa hay preparado arroz con leche” <p>Emoción</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alegría y deseos de comer arroz con leche <p>Conducta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voy rápidamente a casa 	<p>Pensamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoy que en casa hay preparado arroz con leche <p>Emoción</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deseos de comer arroz con leche <p>Conducta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voy rápidamente a casa

De esta manera entendemos una importante relación entre estos tres componentes, los cuales se presenta en todas las circunstancias, es decir una circunstancia nos lleva a pensar de una manera, eso nos trae emociones y finalmente desarrollamos una acción o consecuencia a lo que pensamos y sentimos, veamos unos ejemplos:

Circunstancias ¿Qué pasó?	Pensamientos ¿Qué pienso acerca de lo que pasó?	Emociones ¿Cómo me siento?	Consecuencias ¿Qué es lo que hago
Mi madre me dice que saque la basura	“que aburrido es hacer eso”, “siempre me lo manda a mí”	Desgano, cólera	Me quedo sin responder, me voy a otro lado
Tengo examen el día de mañana	“tengo que estudiar para aprobar”	Preocupación por aprobar el examen	Me voy a mi cuarto a estudiar

Autorregistro 7 pensamiento - emoción.

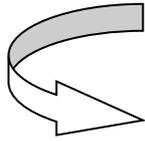
Circunstancias ¿Qué pasó?	Pensamientos ¿Qué pienso acerca de lo que pasó?	Emociones ¿Cómo me siento?	Consecuencias ¿Qué es lo que hago?

Autorregistro 8: Creencias de consumo

Creencias de consumo	Nivel de Convicción (1-10)	Nueva Creencia	Nivel de Convicción (1-10)

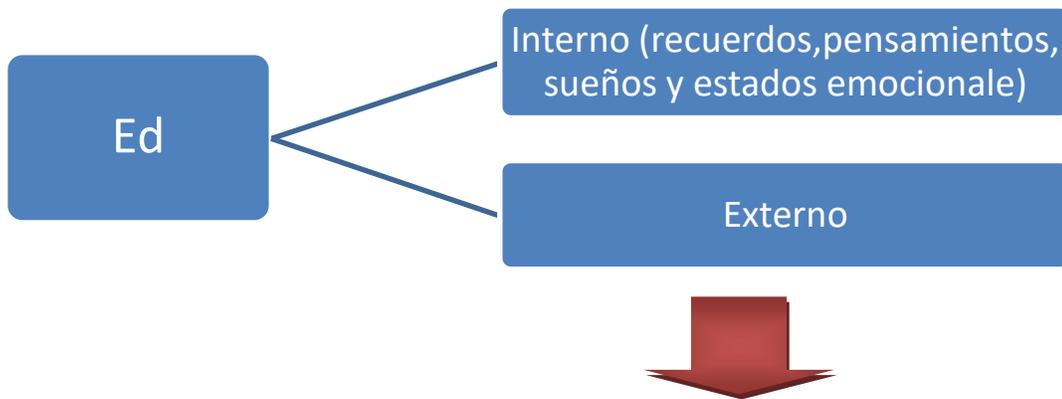
Autorregistro 9 Estímulos discriminativos.

Estímulos discriminativos (Ed)



Evento, situación, circunstancia que conlleva a ejecutar conductas orientadas al consumo.

Estamos rodeados de estímulos en la vida diarias, pero en el adicto la presencia de un estímulo, va a ser que actué en relación al consumo.



- Personas de consumo
- Lugares de consumo
- Dinero
- Reuniones sociales / fechas cívicas
- Alcohol y tabaco
- Música
- Objetos (encendedor, cenicero, ropa de consumo, shakiras, pipa, tarjeta de crédito, celular, etc.)
- Día (fin de semana/ hora)
- Clima
- Tv / revistas
- Algunos trabajos (barman, taxista, agente de seguridad)
- Algunos deportes (surf, futbol)
- Pareja, expareja

Control de Estímulos discriminativos

Internos	Descripción	Alternativas
Externos	Descripción	Alternativas

Autorregistro 10 situaciones familiares donde se exprese una conducta agresiva

Circunstancias	Escuchar atentamente	Permanecer en silencio ante indicaciones del padre o madre	Seguir las indicaciones del padre o madre	Responder con tono de voz moderado

PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
5:30 - 6:00							
6:00 - 6:30							
6:30 - 7:00							
7:00 - 7:30							
7:30 - 8:00							
8:00 - 8:30							
8:30 - 9:00							
9:00 - 9:30							
10:00 - 10:30							
10:30 - 11:00							
11:00 - 11:30							
11:30 - 12:00							
12:00 - 12:30							
12:30 - 1:00							
1:00 - 1:30							
1:30 - 2:00							
2:00 - 2:30							
2:30 - 3:00							
3:00 - 3:30							
3:30 - 4:00							
4:00 - 4:30							
4:30 - 5:00							
5:00 - 5:30							
5:30 - 6:00							
6:30 - 7:00							
7:00 - 7:30							
7:30 - 8:00							
8:00 - 8:30							
8:30 - 9:00							
9:00 - 9:30							
10:00 - 10:30							
10:30 - 11:00							