



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL POR CONSUMO DE MARIHUANA EN UN JOVEN CON TUBERCULOSIS

Línea de investigación:

Salud mental

Trabajo académico para optar el título de Segunda Especialidad en Terapia
Cognitivo Conductual

Autor:

Cuadros Mariños, Victor Bryan

Asesor:

Injante Mendoza, Raúl
(ORCID: 0000-0002-5016-4340)

Jurado:

Del Rosario Pacherras, Orlando
Venegas Dioses, Hugo
Campana Cruzado, Frey

Lima - Perú

2022

Referencia:

Cuadros, V. (2022). *Intervención cognitivo conductual por consumo de marihuana en un joven con tuberculosis*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5896>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL POR CONSUMO DE
MARIHUANA EN UN JOVEN CON TUBERCULOSIS.**

Línea de investigación:

Salud Mental

Trabajo académico para optar el Título de Segunda Especialidad
en Terapia Cognitivo Conductual

Autor:

Cuadros Mariños Victor Bryan

Asesor:

Injante Mendoza Raúl

(ORCID: 0000-0002-5016-4340)

Jurado:

Del Rosario Pacherres, Orlando

Venegas Dioses, Hugo

Campana Cruzado, Frey

Lima – Perú

2022

“Toda adicción surge de una negativa inconsciente a enfrentar el dolor y salir de él. Toda adicción comienza con dolor y termina con dolor, no importa a que sustancia sea adicto, está usando algo o a alguien para ocultar su dolor.”

ECKHART TOLLE

Dedicatoria

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este. Me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos.

A todos mis pacientes de la estrategia del programa de prevención y control de la tuberculosis en donde compartimos momentos de enseñanzas y motivándome a continuar con mi labor dándome las fuerzas para seguir trabajando para el bienestar de la salud psicológica.

Agradecimientos

A Dios por tu amor y bondad que me permite siempre sonreír ante todos mis logros que son resultado de tu ayuda y las veces que me he caído he sabido levantarme y darme cuenta de mis errores mejorando como persona.

A la universidad Federico Villareal por haberme aceptado ser parte de ella y abriéndome sus puertas de su seno científico para poder estudiar mi segunda especialidad, así mismo a los diferentes maestros en la materia que compartieron sus conocimientos y resolvieron algunas dudas que tuve durante mi aprendizaje.

A toda la plana docente por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y haberme tenido paciencia para guiarme en este trabajo académico.

Y para finalizar a todos mis compañeros de aula quienes depositaron fielmente su confianza cumpliendo con mi función de delegado de curso durante los ciclos académicos, ya que gracias al compañerismo, amistad y apoyo moral han aportado en un alto porcentaje a seguir adelante en mi carrera.

Índice

	Pág.
Pensamiento	II
Dedicatoria	III
Agradecimiento	IV
Índice	V
Índice de tablas	VIII
Índice de figuras	X
Resumen	XI
Abstract	XII
I. Introducción	13
1.1 Descripción del problema	14
1.2 Antecedentes	17
1.2.1 Antecedentes Nacionales	17
1.2.2 Antecedentes Internacionales	20
1.2.3 Fundamentación teórica	22
1.3 Objetivos	33
1.4 Justificación	34
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	35
II. Metodología	36

2.1 Tipo y diseño de Investigación	36
2.2 Ámbito temporal y espacial	36
2.3 Variables de Investigación	37
2.4 Participante / Sujeto	37
2.5 Técnicas e instrumentos	38
2.5.1 Técnicas	38
2.5.2 Instrumentos	39
2.5.3 Evaluación Psicológica	41
2.5.4 Evaluación Psicométrica	55
2.5.5 Informe psicológico integrador	69
2.6 Intervención	79
2.6.1 Plan de intervención y calendarización	79
2.6.2 Programa de intervención	80
2.7 Procedimiento	94
2.8 Consideraciones éticas	94
III. Resultados	95
3.1 Análisis de Resultados	96
3.2 Discusión de los resultados	106
3.3 Seguimiento	111
IV. Conclusión	112

V. Recomendaciones	113
VI. Referencias	114
VII. Anexos	122

Índice de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Descripción de las técnicas usadas	38
Tabla 2. Desempeño educativo de usuario	48
Tabla 3. Resultados de pre test de la escala universidad rhode Island-Urica	58
Tabla 4. Resultados de pre y post del ASSIST.	61
Tabla 5. Resultados de pre test del Inventario clínico multiaxial de Millon III	65
Tabla 6. Resultados de pre test de la Prueba de Esquemas Disfuncionales	68
Tabla 7. Diagnostico funcional	75
Tabla 8. Análisis funcional	76
Tabla 9. Análisis cognitivo	77
Tabla 10. Criterios según DSM V para el trastorno por consumo de sustancia	78
Tabla 11. Primera sesión / Psicoeducación sobre la TBC y consumo de drogas	80
Tabla 12. Segunda sesión / Entrenamiento en el modelo cognitivo conductual	81
Tabla 13. Tercera y cuarta sesión / Entrenamiento en respiración diafragmática	82
Tabla 14. Quinta y sexta sesión / Entrenamiento en la técnica de Jacobson	83
Tabla 15. Séptima sesión / Entrenamiento en mecanismos de la adicción	84
Tabla 16. Octava y novena sesión / Restructuración cognitiva	85
Tabla 17. Decima y onceava sesión / Terapia racional emotiva conductual	86
Tabla 18. Decima segunda sesión / Técnica en solución de problemas	87

Tabla 19. Decima tercera sesión / Entrenamiento asertivo	88
Tabla 20. Decima cuarta sesión / Entrenamiento en la técnica del semáforo	89
Tabla 21. Decima quinta sesión / Condicionamiento aversivo al sabor	90
Tabla 22. Vigésimo primera sesión / Prevención de recaídas	91
Tabla 23. Vigésimo segunda sesión / Prevención de recaídas y proyecto de vida	92
Tabla 24. Vigésimo tercera, cuarta y quinta sesión / Evaluación de post test	93
Tabla 25. Línea Base, registro de conducta: frecuencia e intensidad	95
Tabla 26. Conducta / frecuencia e intensidad pre y post test	96
Tabla 27. Registro de frecuencias de pensamientos pre y post test	97
Tabla 28. Registro de frecuencias e intensidad de emociones pre y post test	98
Tabla 29. SUD de Ansiedad	99
Tabla 30. Resultados comparativos del Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE	100
Tabla 31. Resultados comparativos de la escala de universidad rhode Island-Urica	101
Tabla 32. Resultados comparativos del ASSIST	102
Tabla 33. Resultados comparativos del Inventario clínico multiaxial de Millon III	103
Tabla 34. Resultados comparativos del test de personalidad de Eysenck forma B	104
Tabla 35. Resultados comparativos de la Prueba de Esquemas Disfuncionales	105

Índice de Figuras

	Pág.
Figura 1. Genograma del usuario	53
Figura 2. Frecuencia e intensidad de las conductas de consumo de marihuana.	95
Figura 3. Resultados de frecuencia e intensidad de consumo de marihuana.	96
Figura 4. Resultados comparativos de frecuencia de pensamientos pre y post test	97
Figura 5. Resultados de frecuencias e intensidad de emociones pre y post test	98
Figura 6. Resultados comparativos del test del Sud de Ansiedad pre y post test	99
Figura 7. Resultados comparativos del cuestionario de Recaída AWARE pre y post	100
Figura 8. Resultados comparativos de la escala Island Urica pre y post test.	101
Figura 9. Resultados comparativos del ASSIST pre y post test.	102
Figura 10. Resultados comparativos del inventario Millon III pre y post test	103
Figura 11. Resultados comparativos del cuestionario de Eysenck pre y post test	104
Figura 12. Resultados comparativos de esquemas Tempranos pre y post test.	105

Resumen

El objetivo del presente estudio de caso clínico fue modificar el comportamiento, las cogniciones y emociones en un usuario con adicción a la marihuana. El adulto joven tiene como diagnóstico tuberculosis pulmonar, quien recibe la intervención cognitivo conductual en un Centro Materno Infantil del distrito de Puente Piedra. La recolección de la información se realizó a través de la observación, entrevista, autoinformes y aplicación de pruebas psicológicas, todas ellas dentro del enfoque cognitivo conductual y con la información organizada se estableció el plan terapéutico, conformada por diversas técnicas, entre ellas tenemos, la respiración diafragmática, la relajación, auto instrucciones, activación conductual, programación de actividades, entrenamiento de conducta asertiva (Role playing), terapia racional emotiva, reestructuración cognitiva, técnica en solución de problemas y el condicionamiento aversivo al sabor con imaginación (CASI). El tipo de investigación fue aplicada, pues se actúa y se logra el propósito dando solución a un problema; el diseño fue experimental de tipo preexperimental administrando el tratamiento a una persona con preprueba y posprueba (Hernández y Baptista 2014). Los resultados fueron los planificados en un principio, manifestaron una disminución significativa del nivel de consumo de marihuana, pues en la evaluación inicial el puntaje del ASSIST y línea base fue de 34 (consumo elevado) y al final del proceso (post test) de 5, reducción de pensamientos, emociones y comportamientos negativos para el usuario ratificando así la eficacia de las técnicas empleadas para el caso de drogodependencia.

Palabras clave: marihuana, terapia cognitivo conductual, tuberculosis.

Abstract

The objective of the present clinical case study was to modify behavior, cognitions and emotions in a user with marijuana addiction. The young adult has a diagnosis of pulmonary tuberculosis, who receives cognitive behavioral intervention at a Maternal and Child Center in the Puente Piedra district. The collection of information was carried out through observation, interview, self-reports and application of psychological tests, all of them within the cognitive behavioral approach and with the organized information the therapeutic plan was established, made up of various techniques, among them we have, the diaphragmatic breathing, relaxation, self-instructions, behavioral activation, activity scheduling, assertive behavior training (role playing), rational emotional therapy, cognitive restructuring, problem-solving technique, and taste aversive conditioning with imagery (CASI). The type of research was applicative, since the purpose is acted upon and the purpose is achieved by solving a problem; the design was experimental of a pre-experimental type, administering a treatment to a group with pre-test and post-test (Hernández and Baptista 2014). The results were those originally planned, they showed a significant decrease in the level of marijuana use, since in the initial evaluation the ASSIST score and baseline was 34 (high consumption) and at the end of the process (post test) it was 5, reduction of negative thoughts, emotions and behaviors for the user, thus confirming the effectiveness of the techniques used in the case of drug addiction.

Key words: marijuana, cognitive behavioral therapy, tuberculosis.

I. INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas es un fenómeno universal que afecta a casi todos los países del mundo. La población ha consumido drogas psicoactivas desde hace muchos años con fines recreativos, curativos, religiosos, etc. que actúan sobre el sistema nervioso, alterando en las funciones que regulan nuestras emociones, pensamientos y conducta (Alcohol, tabaco, analgésicos). Toda droga al ser consumido continuamente crea o causa dependencia y trastornos de salud. (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2016).

El objetivo de la presente investigación es diseñar un estudio de caso clínico de un usuario con tuberculosis que presenta adicción a la marihuana por lo tanto, para esta intervención bajo el modelo cognitivo conductual para disminuir el consumo de marihuana en un joven adulto con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en el capítulo I se presentó la propuesta para la solución del problema, así mismo el marco teórico, los objetivos de intervención del programa, la justificación y los impactos esperados.

En el capítulo II se desarrolla el tipo y diseño de investigación, ámbito temporal y espacial, las variables de investigación, la descripción del usuario con su desarrollo cronológico del consumo de marihuana, la historia familiar, las técnicas, los instrumentos que se aplicaron con sus respectivos informes psicológicos y diagnóstico, así como también el programa detallado con una totalidad de 25 sesiones teniendo en cuenta las consideraciones éticas del estudio.

En el capítulo III se muestra los resultados obtenidos a través de tablas y figuras comparando los resultados del pre y post intervención.

En el capítulo IV se muestra las conclusiones puntuales de la intervención y en el V capítulo las recomendaciones brindadas tanto para el joven como para el estudio, por último, se colocan las referencias utilizadas en este trabajo.

1.1. Descripción del Problema

El abuso de drogas en la actualidad aumenta globalmente en grandes proporciones afectando especialmente a los jóvenes y están relacionadas con la gran demanda en los servicios de emergencias de los hospitales, infecciones por el virus de la hepatitis y VIH, el crimen, la violencia y alteraciones en el comportamiento social. El consumo es una acción que afecta al cerebro y al cuerpo de la persona, abarca muchos aspectos, raíces y efectos, los adolescentes que consumen drogas manifiestan comportamientos impetuosos, tienen un nivel cognitivo pobre en sus centros educativos abandonando los estudios y/o tratamientos médicos. Ingerir drogas cuando el cerebro todavía está en progreso de desarrollo puede manifestar variaciones cerebrales permanentes y aumentar el riesgo de sumisión, pero sin indecisión la marihuana es una de las más consumidas; en cerca de una decena de países ya que el 10% de los adultos la ha probado en el último año. (Organización de las Naciones Unidas, 2019).

Esta realidad no es ajena a este proceso, ya que en la actualidad el presente en el Perú dado que las dos sustancias psicoactivas más consumidas en la edad escolar adolescente son la marihuana y los inhalantes como por ejemplo el terokal, PVC, benzina y/o acetona, restando la capacidad en el proceso cognitivo, suman a la aparición de trastornos del humor; aumentando el riesgo de accidentes, muerte o suicidio; llevan al periodo de la pobreza y conllevan al subdesarrollo. Además, el ingerir sustancias durante la etapa de la adolescencia puede manifestarse en altos costos en términos de prevención de la salud, tratamiento y servicios de salud mental, así como mayores indicadores de crímenes juveniles. La patología del adolescente es mayor cuando se relacionada al consumo de drogas; así, se ha determinado una fuerte asociación entre trastornos mentales y el uso de drogas. (Paniagua - García et al., 2018).

Dentro de las variaciones de intervención existen varios patrones, y una de ellas es la terapia cognitiva conductual donde muestra una certeza científica en el restablecimiento del usuario por consumo de sustancias psicoactivas ya que esta terapia induce en lo cognitivo guardando relación con lo que pensamos y lo conductual con el cómo actuamos, para centrarnos en el momento actual, el aquí y ahora. La terapia posibilita dividir el problema en partes para ver qué efecto tiene cada parte en el drogodependiente y el modo como se conectan, para eso el trabajo propio del terapeuta junto con el paciente es reconocer los patrones de conducta y situaciones en las que actuamos derivando de modelos de pensamientos. (Rúa, 2019).

Según la Organización Panamericana de la Salud (2018) actualmente la tuberculosis es una enfermedad que sigue siendo uno de los problemas de salud pública de mayor gravedad en el mundo. Se estima que 8,4 millones de personas desarrollan la enfermedad cada año y entre 2 y 3 millones mueren en ese período, a esto se suma un principal obstáculo del consumo de sustancias psicoactivas trayendo como consecuencia el abandono del tratamiento para el control de la tuberculosis, incrementando el riesgo de transmisión del bacilo y la probabilidad de resistencia bacteriana a los antibióticos, la cual predispone a una mayor frecuencia de recaídas y fracasos (multidrogorresistente). En nuestro país el tratamiento antituberculoso es un proceso complejo que requiere un régimen terapéutico prolongado ya que diversos factores pueden influir en la decisión de continuarlo o abandonarlo por las reacciones adversas o la intolerancia a los medicamentos y la adicción a las drogas. (Anibarro-Lires et al., 2016).

De acuerdo con la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas DEVIDA (2019), siete de cada diez peruanos reportan haber consumido marihuana en algún momento de su vida y generalmente el mayor consumo se da en jóvenes cuyas edades fluctúan entre 17 y 25 años y en cuanto al análisis del consumo de drogas Lima y Callao registra las mayores

tazas de prevalencia seguida de la región de la sierra con un número de 124,364 al año de consumidores.

La Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte (2021), señala que la tasa de morbilidad total de personas afectadas por tuberculosis por año desde el 2016 fue de 3263, en el 2017 fue 3282, en el 2018 fue de 3308, 2019 fue de 3354, 2020 fue de 2558 y hasta ahora en el 2021 con 1124. De igual manera la OPS (2018) indica que la gran mayoría de estos casos se presentan en sectores económicamente bajos, muriendo una persona con Tuberculosis cada 3 días, teniendo el Perú el 14% de los casos estimados de tuberculosis en la Región de las Américas; en el sector de Lima Metropolitana y el Callao notifican el 64% de los casos de tuberculosis (TB) del país, el 79% de los casos de TB multidrogorresistente (TB MDR) y el 70% de los casos de TB extensamente resistente (TB XDR) de los cuales se deduce que las personas más propensas y con alto riesgo de desarrollar la tuberculosis son aquellas que presentan un sistema inmunológico bajo y la adicción al consumo de drogas.

Según el Congreso de la República del Perú (2019) emitió la ley de salud mental 30947 en el artículo 09 en los derechos del ámbito de los servicios de la salud mental inciso 22 menciona que cualquier persona o usuario con diferente diagnóstico tiene derecho a recibir efectiva rehabilitación, inserción y reinserción familiar, laboral y comunitaria, en los servicios de atención comunitaria en salud mental, así como rehabilitación psicosocial o laboral, es por ello que es muy importante y fundamental la participación e intervención del psicólogo profesional durante el tratamiento que están recibiendo las personas afectadas por tuberculosis.

El objetivo de la presente investigación es diseñar un estudio de caso clínico de un usuario con tuberculosis que presenta adicción a la marihuana.

1.2. Antecedentes

Luego de haber realizado la búsqueda pertinente y exhaustiva en diversas bases de datos, repositorios, revistas, tesis y artículos en sitios web tales como Scielo, Proquest, Redalyc, Dialnet y otros tenemos los siguientes antecedentes que a continuación se detallan:

1.2.1. Antecedentes Nacionales

A continuación, se presentan las investigaciones nacionales:

Un trabajo realizado por Valdeiglesias (2019), con un usuario de 18 años que había tenido como resultado de drogodependencia a la marihuana, efectuó un plan de participación psicológica bajo el modelo cognitivo conductual con un tiempo de 45 días, resaltando el trabajo a nivel motivacional, manejo del craving y síndrome de abstinencia, , reestructuración de creencias irracionales asociadas al consumo y entrenamiento en habilidades de afrontamiento, mecanismos psicológicos de la adicción por lo que llegó a utilizar variables de interacción psicosocial (VIP) de María Bonetti, pruebas psicométricas como cuestionario de riesgos de recaída (AWARE 3.0) de Miller y Harris (2000). Se pudo apreciar que los resultados obtenidos mostrados en los autorregistros un adecuado aprendizaje de todas las tácticas impartidas, de esta manera también los puntajes reflejan un riesgo de recaída bajo y hay que tener en cuenta que la intervención cognitivo conductual evidencian ser muy eficaces para la recuperación de drogas.

Durante un estudio de tratamiento en un adolescente infractor de 17 años con adicción a la marihuana, realizado por Solano (2018) donde elabora un caso clínico de participación cognitivo conductual de corte experimental con un diseño univariable ABA con 26 sesiones de intervención, por lo que elaboró una historia clínica cognitivo conductual donde se aplicaron una serie de instrumentos tales como la prueba para detectar el consumo de alcohol, sustancias (ASSIST) y tabaco, creado por la Organización Mundial de la Salud & Organización

Panamericana de la Salud, la escala de evaluación del cambio de la universidad de Rhode Island URICA, el cuestionario de recaída AWERE 3.0 adaptada por Miller y Harris (2000) con una medida unidimensional conformada por 28 ítems (23 ítems directos y 5 inversos), el inventario clínico para adolescente Millón (MACI) y el registro de opiniones de Albert Ellis. En el transcurso del estudio se utilizó técnicas como programación de actividades, terapia emocional emotiva, reestructuración cognitiva y prevención de recaídas. Como resultado final se obtuvo que el programa tiene eficacia en el tratamiento en cuanto a la modificación del comportamiento adictivo.

Un estudio tipo caso control realizado por Stone (2018) a un joven con diagnóstico de TBC pulmonar que estaban recibiendo tratamiento. El estudio realizado tuvo como objetivo demostrar que el riesgo de frotis positivo en el paciente con TBC pulmonar aumenta con el uso de marihuana y cocaína. Los autores no definen no adherencia ni pérdida al seguimiento, sin embargo, reportan con dichos resultados los números de pacientes expuestos y no expuestos al consumo de marihuana y cocaína. A partir de la información mostrada en el estudio, calcularon que la asociación entre consumo de marihuana, cocaína y pérdida al seguimiento tuvo un OR de 11,09 (IC 95%: 4,06-30,28).

En un estudio de investigación realizado por Beltrán (2017) en el Hospital Regional Docente de Trujillo, entre los años 2001 y 2006, en un usuario del Programa de Control de Tuberculosis que se atendían en ese nosocomio. Este estudio de investigación tuvo como finalidad precisar los factores de riesgo asociados a recaídas por TB pulmonar, Para el análisis estadístico se utilizó el análisis multivariado mediante análisis de regresión logística y el análisis bivariado, aplicando la prueba de chi cuadrado, con intervalos de confianza y cálculo del odds-ratio (OR). Al concluir el estudio se muestra que se encontró una diferencia estadísticamente significativa con recaídas, entre los casos y controles, en las variables de

condiciones de hacinamiento, y por consumo de drogas teniendo una irregularidad y probables deserciones o abandonos en el tratamiento.

Una investigación realizada por Gonzales (2017) donde el objetivo fue encontrar ciertas intervenciones de tipo psicológica en dependencia a Marihuana que resulten eficaces, empleó una búsqueda en las bases de datos PsycINFO y PubMed utilizando palabras clave como “psychological treatment” and “cannabis” y limitó el intervalo de tiempo al periodo 2005-2015, y seleccionó 24 artículos en total. El autor dividió las evidencias expuestas en: población general y población adolescente. Concluyó que existe eficacia de tratamientos para la población dependiente a marihuana, que incluyan el manejo de las contingencias y la psicoterapia conductual cognitiva para adolescentes siendo esta la mejor herramienta y apropiada para el diseño e intervención de programas de tratamiento para dicho grupo etéreo.

El estudio realizado por Olivos (2016) en el hospital Primavera de la Ciudad de Trujillo, teniendo como objetivo general determinar los cambios del programa terapéutico cognitivo conductual en un paciente con problemas de abuso de drogas y alcohol. El estudio fue de diseño experimental, tomando como muestra a un paciente cumpliendo los criterios de inclusión. Para dicho estudio se utilizó el test de McNemar a fin de evaluar las diferencias entre la aplicación de Pre y Postest para poder determinar si el tratamiento para el abuso de drogas y alcohol indujera cambios en los pacientes. Al término del estudio se llegó a la conclusión que a pesar que existen hallazgos presentados en la muestra seleccionada, se denota la eficacia de dicho enfoque a través del programa cognitivo conductual en pacientes con problemas de abuso de alcohol y drogas, bajando de manera muy notoria la tasa de su consumo.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

A continuación, se presentan las investigaciones internacionales:

En un estudio realizado en España por Purificación (2019) quien elaboró una investigación de tipo experimental, estuvo enfocado a un joven de 18 años de edad adicto al cannabis cuyo objetivo era la de ejecutar una propuesta de un programa de intervención Cognitivo Conductual, con la finalidad de fortalecer ciertos factores individuales y sociales que puedan modular la toma de drogas psicoactivas por parte del joven. Para esto utilizó varias técnicas como prevención de recaídas, reestructuración cognitiva, redes sociales, análisis funcional de la conducta, solución de problemas, habilidades sociales e inteligencia emocional y dinámicas grupales. Se concluye después de todo este proceso que los resultados obtenidos del programa desarrollado tuvieron efectos positivos disminuyendo el consumo de cannabis por lo que se comprobó que la terapia cognitiva conductual tiende a minimizar los factores biopsicosociales que originan las adicciones.

El estudio de investigación por Pedrero-Fernández et al. (2018) realizaron en un joven de 18 años con TBC pulmonar y extrapulmonar diagnosticados mediante cultivo, procedieron a examinar una cohorte retrospectiva realizando un seguimiento hasta 1994. Fue mediante el registro de control de tuberculosis de la ciudad de Nueva York, historias clínicas y otros que se pudo recolectar la información durante el seguimiento. El presente estudio tuvo como principal finalidad la identificación de predictores y las consecuencias que se podían desencadenar de la no adherencia al tratamiento antituberculoso, entendiéndose como no adherencia la falta de acudir a las citas médicas por 2 o 3 meses consecutivos en un año. También fueron considerados como no adherentes a aquellos usuarios que no aceptaron o rechazaron el tratamiento desde el principio. Debido a la definición similar establecida por la

OMS, la no adherencia fue considerada como pérdida del seguimiento. El uso de marihuana tuvo un OR = 1,64 (95%IC: 0,75-3,58) para no adherencia al tratamiento antituberculoso

El estudio de corte retrospectivo desarrollado por Requena (2019) una investigación chilena que fueron realizados en Perú, específicamente en tres centros de salud del distrito de San Juan de Miraflores (Población), tuvo como finalidad evaluar la asociación que existía entre los indicadores de la evaluación de salud mental al inicio del tratamiento y la condición de egreso de personas tratadas con tuberculosis. En los resultados se pudo encontrar que existe una asociación significativa entre la condición de egreso no favorable con cuadro sintomatológico depresivo (RR: 2,39; IC95%: 1,19-4,78) y el consumo de sustancias de abuso (RR: 2,58; IC95%: 1,31-5,09). Se llega a la siguiente conclusión: La sintomatología depresiva y el consumo de sustancias de abuso se asociaron a un desenlace desfavorable.

El estudio realizado por Martínez (2016) en España, dirigido a un joven de 26 años con adicción a la marihuana, implementando un tratamiento cognitivo conductual, cuyo fin era el de ayudar a la persona a que abandone el consumo de marihuana, inducir o fomentar actividades de vida saludable y finalmente poder identificar aquellas situaciones que le ponen en riesgo. Durante el programa se emplearon técnicas de manejo y control de la ira, técnicas de control de estímulos, técnicas de solución de problemas y prevención de recaídas. El programa de intervención duró 14 semanas, con una sesión por semana de aproximadamente una hora. Se llega a la conclusión que se muestra una disminución significativa del consumo de marihuana, teniendo una mejor capacidad de control.

Salas (2016) realizó una indagación con la participación de un voluntario de 15 años estudiante universitario. El estudio tuvo como objetivo establecer cuan efectivo es un programa de intervención motivacional cognitivo conductual breve para procesos de cambio frente al consumo de marihuana. El estudio se realizó con un solo grupo bajo una metodología

preexperimental, con pretest y posttest. Durante el estudio se utilizó técnicas de afrontamiento, técnicas como la psicoeducación, habilidades sociales y prevención de recaídas. Los resultados indican que la implementación de la intervención motivacional breve afectó considerablemente los procesos motivacionales de cambios asociados al consumo de marihuana, por lo que fue efectiva para la muestra seleccionada.

Un estudio realizado por Fernández (2016) en España y aplicado a 132 jóvenes en 15 grupos, implementó un programa con fundamentos teóricos cognitivo conductuales basados en la entrevista motivacional acompañado de técnicas de tratamiento de terapia familiar que aparte de intervenir en el adolescente, también abarque a todo su entorno de apoyo. Para dicho estudio empleó distintas técnicas como conductuales, cognitivas y asertivas, prevención de recaídas, análisis funcional, técnicas de solución de conflictos y reestructuración cognitiva, entrenamiento de habilidades sociales. Al finalizar el estudio se muestran que los resultados arrojaron que la mayoría de los delitos fueron delitos violentos que afectaban el patrimonio (81,5%), entre ellas el robo con fuerza y violencia y que en el grupo experimental se nota una reducción de manera significativamente mayor que la tasa de problemas asociados al consumo de drogas.

1.2.3. Fundamentación Teórica

Definición de la adicción

La adicción es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia ciertas sustancias, actividades o relación. La adicción tiene niveles como: experimentación, uso, abuso y adicción. (OMS, 2020)

La drogodependencia del consumo de drogas, según la Organización Mundial de la Salud (2010) lo califica como un estado de éxtasis, que se obtiene mediante el consumo habitual de una droga oriundo o procesada, en donde hay un desgaste de control sobre la conducción de la droga, que lleva a un uso forzoso, a pesar de los daños que le pueden ocasionar su normal

funcionamiento del organismo. El uso desmedido también se puede dar en los trastornos como el alcoholismo, a la ingesta de medicamentos, al realizar juegos, al trabajo u otras dependencias. El drogadicto, es una persona dependiente a una droga ya que su consumo repetitivo lo lleva acostumbrarse a las consecuencias de manera que, aunque quiera, no es fácil alejarse de ella, pierde el control sobre el uso de la droga.

Proceso de la drogodependencia

Según Me Donald, citado por Silber (2015) refiere que existen en la adolescencia, caminos entrelazados en el proceso de farmacodependencia, que se sintetizan en cinco etapas. La primera es la etapa cero en donde el adolescente siente curiosidad acerca del uso de las drogas y puede ser muy vulnerable a las sustancias psicoactivas, en la etapa uno el adolescente aprende lo relacionado con el uso de las drogas; en la segunda etapa el adolescente busca los efectos de la droga y adquiere sus propios suministros y en la etapa tres el adolescente ya se ha hecho farmacodependiente pues siente que el uso de drogas es necesario para sentirse bien, muy ensimismado en los cambios de sus propios estados anímicos, y en la etapa cuatro el adolescente ya es crónico y está en el último estadio de la farmacodependencia. La gran mayoría sufre de un síndrome cerebral orgánico.

Etiología de la drogadicción

Lorenzo-ladero et al. (2009) toma como directrices la droga y el potencial adictivo que esta produce en el organismo para elaborar el desarrollo de la adicción, sustentando que existen otras sustancias que logran mayor adicción por la cantidad de placer que producen; que vulneran el organismo (factores biológicos y psicológicos) y finalmente repercute mucho en los aspectos ambientales como el entorno familiar, idiosincrasia y comunidad. Según el autor manifiesta que se pueden desprender modelos explicativos de la dependencia a las drogas cuyas vertientes son biológicas, psicológicas y sociológicas:

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

- 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 propensos 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) donde la persona tiene la necesidad de consumir drogas para aliviar el síntoma (Consumo sintomático).

- Modelo de exposición, planteado por Weiss y Bozarth en 1987; manifiestan que las drogas actúan directamente como reforzadores primarios sobre los centros cerebrales de recompensa, finalmente esto explicaría las conductas de búsqueda, consumo para terminar en la adicción.

- Modelos Psicológicos: Se basan en las teorías del aprendizaje operante y vicario.

- Modelo del aprendizaje social, empiezan a consumir las drogas imitando las conductas de personas significativas del entorno evaluando si estas presentan consecuencias positivas.

- Modelo de la adaptación, la ineficacia de las personas en el empleo de recursos para dar soluciones a sus problemas, pueden originar el consumo de drogas para encontrar soluciones y como medio de adaptación sustitutiva a su entorno, creyendo poseer mayores capacidades de afrontamiento.

- Modelo social de Peele, en este modelo cobran importancia factores de personalidad y del entorno social, depende mucho de la interpretación del consumo y los efectos de la droga a nivel fisiológico y emocional.

Modelo Sociológico: se enfoca a orientar y a explicar el inicio del consumo de sustancias en los jóvenes adolescentes.

- Modelo de asociación diferencial, son indicadores de inicio en el consumo de spa son: los amigos significativos en la etapa de la adolescencia y el desapego a la familia de origen, esto facilita la integración en asociaciones marginales.

- Modelo del control parental, las conductas sociales desadaptativas como la falta de afecto y de normas por parte de la familia, son las que generan 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 la autoestima es baja por orígenes familiares, entonces encontrará una fuente de refuerzo en el grupo de pares (consumidores) adoptando características del grupo.

Modelos neurobiológicos: Cuando su uso es excesivo de las sustancias psicoactivas comparten la propiedad de producir efectos reforzantes positivos induciendo al abuso y finalmente a la adicción. La potencia adictiva de las sustancias psicoactivas, 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, feciclidina, barbitúricos, benzodiacepinas, etanol, nicotina, disolventes volátiles, con resultados equívocos derivados del cannabis y los alucinógenos con resultados negativos. Es muy probable que los estados alucinógenos en animales no tengan mayor significado por eso los resultados negativos.

Criterios diagnósticos

Según la OMS (1992) la característica del síndrome de dependencia, es el deseo intenso y a veces insuperable de administrarse sustancias psicoactivas ilegales o legales, y entre los criterios diagnósticos según el CIE 10 tenemos:

- 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, donde se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (claros ejemplos de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, donde existen individuos que pueden ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).
- E. Abandono progresivo de fuentes de placer o diversiones, por causa del consumo de la sustancia, aumentando el 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 tener conocimiento de sus evidentes consecuencias perjudiciales, 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.

Terapia Cognitivo Conductual y drogodependencias

Pedrero-Fernández et al. (2008) refiere que una de las psicoterapias más adecuadas para la recuperación de personas con dependencia a sustancias psicoactivas es el tratamiento de orientación cognitivo conductual, pues logra que el usuario aprenda, a través de diversas técnicas, la capacidad para establecer un mayor autocontrol. Este tratamiento de orientación

cognitivo conductual pone al paciente como protagonista de su propia recuperación, entrenándolo en herramientas científicas que le permitan discutir sus ideas sobre el estilo de vida adictivo y logre así reestructurarlas a elementos más adecuados.

Becoña y Cols (2008) afirman que el enfoque terapéutico conductual cognitivo son eficaces en el tratamiento de las conductas adictivas, presentan mayores estudios en el tratamiento dirigidos a las adicciones, son más efectivas que otras modalidades psicoterapéuticas y farmacológicas por separado, aumentando su eficacia en tratamientos multicomponentes y con respecto al formato de tratamiento, este tipo de terapia cognitiva conductual es muy efectivo tanto en formato grupal como individual y a corto plazo para mejorar las relaciones familiares y reducir el consumo de drogas en adolescentes con psicopatología asociada.

Llorente (2017) hace mención que dentro de las técnicas cognitivas conductuales el entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento enseñándole diversas técnicas terapéuticas incluyendo control de la ira, entrenamiento en relajación, el asertividad, control del estrés, habilidades de comunicación y habilidades sociales generales. El rango de métodos incluye el entrenamiento, el modelamiento, el feedback evaluativo, el ensayo conductual, las instrucciones, y el role playing. Además, el trabajo de Meichenbaum sobre las autoinstrucciones cognitivas demostraron ser especialmente eficaz para enseñar a las personas autoafirmaciones constructivas.

Froxán (2021) explica que el análisis funcional de la conducta es un enfoque y procedimiento clásico de la psicología por lo que nos va a permitir organizar las informaciones más importantes del usuario, siempre tenemos que tener en cuenta la conducta del problema, las relaciones sociales y todos los acontecimientos importantes en el origen y mantenimiento del problema. De esta evaluación se afirma que el rol del psicólogo no solo debe detectar lo

que no es adaptativo si no también buscar y encontrar una explicación del porque la persona presenta tal comportamiento relacionando lo antes con lo actual.

Teorías y modelos explicativos de la drogadicción

Teoría del Aprendizaje social Cognitivo

Ortega (2016) detalla que la teoría del aprendizaje social, red denominada más actualmente como teoría cognitiva social, dentro del campo de las drogodependencias, es una de las teorías más utilizadas e importantes, donde en este último caso un elemento central es el concepto de autoeficacia, como elemento cognitivo central para poder explicar la conducta, sin dejar de considerar al tiempo las otras variables ya indicadas. Existen tres sistemas implicados en la regulación de la conducta, según Bandura y son: el primero constituido por los estímulos externos o acontecimientos, que afectarían principalmente a la conducta a través de los procesos de condicionamiento clásico; el segundo sería la consecuencia de la conducta en forma de refuerzos externos, y que su influencia lo ejercerían a través de los procesos de condicionamiento operante o instrumental; tercero lo constituyen los procesos cognitivos mediacionales, que regularían la influencia del medio, que va a determinar los estímulos a los que se prestará atención, la percepción de los mismos y la propia influencia sobre la conducta futura que éstos ejercerán.

Teoría cognitivo-social y conductas adictivas

Schippers (1991) nos explica la conducta como un fenómeno de adquisición que sigue unas leyes, las del condicionamiento clásico, operante y vicario. En la actualidad, esta teoría parte de que 1) la conducta adictiva está mediada por las cogniciones, compuestas de expectativas que vienen a ser creencias sobre los efectos de la conducta de consumo; 2) estas cogniciones por una parte están acumuladas a través de la interacción social en el curso del desarrollo, y por otra parte a través de las experiencias con los efectos farmacológicos directos e interpersonales de la conducta de consumo; 3) los determinantes principales del consumo son

los significados funcionales unidos a la conducta de consumo en combinación con la eficacia esperada de conductas alternativas; 4) los hábitos de consumo se desarrollan, en el sentido de que cada episodio de consumo puede exacerbar posteriormente la formación del hábito por el incremento del estrés y por limitar las opciones de conducta alternativas, y 5) la recuperación va a depender del desarrollo de habilidades de afrontamiento alternativas.

Teoría de Clusters

Oetting y Beauvais (1987) afirman que existen diversas teorías y modelos que explican el problema de la drogadicción. La teoría de los Clusters de amigos, relacionada con el consumo de drogas en los adolescentes, en el proceso de aprendizaje dentro de los grupos más próximos, da importancia al grupo de amigos como marco de socialización en el cual se refuerza y se modela el consumo de drogas. Manifiestan que van a ser el grupo de amigos quienes configurarán las actitudes sobre las drogas, las proporcionará, creará un contexto social facilitando el consumo, al compartir ideas y creencias que justifican su uso.

Los subgrupos, los llamados "clusters" de amigos, son importantes y están constituidos por sujetos que comparten creencias, valores, actitudes, maneras de ocupar el ocio, visiones del mundo, y que muy probable van a utilizar las mismas drogas consumiéndolas por las mismas razones. Sin embargo, el carácter activo y dinámico de la persona dentro de un grupo, no trata que un joven pasivo sea forzado u obligado a consumir alcohol u otras drogas ante la presión de sus iguales, sino que cada miembro de un "clusters" es un agente activo que participa de un modo dinámico en la creación de normas y conductas del grupo.

Teoría Ecológica

Ennett-Foshee et al. (2016) Relaciona a los problemas sociales que presentan en la adolescencia, cabe mencionar al modelo ecológico, que relaciona al adolescente consumidor con el ambiente que comparte, la familia, escuela y espacio de ocio. En este modelo, el punto de partida es el ambiente donde tiene lugar la conducta del individuo. Según este modelo las

diferentes adolescencias se conciben como productos contextuales, construidas a partir de interacciones en un contexto que define el marco de sus posibilidades y sus oportunidades. En las interacciones no solo están incluidos los factores sociales del ambiente, físicos sino también las percepciones y cogniciones que tiene las personas acerca del mismo, o el sentido y significado que el ambiente adquiere para el sujeto. En ese sentido, el conocimiento de las condiciones ambientales que operan como desencadenantes del comportamiento, van a permitir establecer las correlaciones que existen entre situación y conducta, analizándose qué ambientes son más o menos propensos de determinados estilos de vida y actividades por parte de los individuos.

Modelo transteorético de cambio

Prochaska y Prochaska (1993) desarrollaron un modelo al que han denominado «Modelo Transteorético de Cambio», pues se intenta cubrir todo el proceso de cambio, desde que una persona advierte su problema de adicción hasta que ese problema deja de existir. El modelo transteorético es un modelo tridimensional que integra procesos, estadios, y niveles de cambio. Los autores identifican en los individuos durante el proceso de cambio algunos estadios comunes durante el proceso de cambio, a los que denominan: precontemplación, contemplación, actuación y mantenimiento.

La precontemplación es un estadio durante el cual los individuos no piensan seriamente en cambiar, ya sea porque no están informados o están poco informados sobre las consecuencias de su conducta, otros individuos respecto a su capacidad de cambiar y no quieren pensar en ello, experimentan una desmoralización.

La contemplación sería el período donde los individuos piensan seriamente en el cambio a corto plazo (aproximadamente en los seis meses próximos según los autores). Los sujetos están más abiertos al feedback y a la información sobre sus problemas y sobre la manera de cambiarlos.

La actuación, estadio donde se produce abiertamente la modificación de la conducta problemática. Se prolonga durante un período de aproximadamente seis meses después de la modificación de la conducta adictiva.

El estadio de mantenimiento, empieza a los seis meses de producirse el cambio y termina cuando la conducta adictiva ha finalizado. El fin de la conducta adictiva sería la no existencia de tentaciones a lo largo de todas las situaciones problema. Este estadio sería un período de cambio continuo, siendo más estable la finalización donde el individuo no necesita utilizar procesos de cambio para impedir la recaída.

Modelo de Alan Marlatt

Marlatt (1980) explica que un modelo para la prevención de recaídas debe considerarse como un programa de autocontrol diseñado para ayudar a los individuos a anticipar y afrontar los problemas de recaída en el cambio de las conductas adictivas. Está fundamentado en los principios de la teoría del aprendizaje social de Bandura, y combina los procedimientos conductuales de la terapia cognitiva, entrenamiento en habilidades, y el reequilibrio en el estilo de vida. Este enfoque se puede aplicar como estrategia de mantenimiento en la prevención de recaídas o de un enfoque más general, para cambiar el estilo de vida.

La recaída se puede percibir como un acto único de retroceso: una equivocación, un solo error, un fallo. En el enfoque de Marlatt, la recaída se percibe como un proceso transitorio, que pueden, o no, estar seguidos por el regreso a niveles de línea base de conducta objetiva que se observan antes del tratamiento, identificando tres situaciones de alto riesgo principales asociados con casi tres cuartas partes de todas las recaídas: a) Estados emocionales negativos (35% de todas las recaídas de la muestra) refiriéndose cuando el individuo experimenta un estado emocional o de humor negativo como ansiedad, depresión, frustración, ira; b) Conflictos interpersonales (en el 16% de las recaídas) son situaciones de un conflicto actual o reciente, asociado a una relación interpersonal, como relaciones de trabajo, una amistad, el matrimonio

y c) Presión social en el 20% en donde las situaciones en las que el individuo responde a la influencia de otras personas que ejercen presión sobre él, para que realice la conducta indeseada.

La Tuberculosis y el consumo de marihuana.

El Instituto Nacional del Abuso de Drogas (2016) nos menciona que el cannabis, más conocida por marihuana, es una planta herbácea dioica. Se denomina marihuana a las distintas especies del género Cannabis siendo la Cannabis sativa la más difundida. Todas ellas contienen compuestos orgánicos del grupo terpenofenoles, o compuestos fitocannabinoides. Los cannabinoides más conocidos son delta-9-tetrahydrocannabinol THC, cannabinol CBN y el cannabidiol CBD. Los efectos neurocognitivos de estos compuestos se explican porque estimulan una serie de receptores cannabinoides CB específicos en el organismo humano siendo los más estudiados CB1 y CB2-6. El THC es el principal cannabinoide psicoactivo con efectos analgésico y relajante, pero también produce alteración de los sentidos, fatiga y estimulación del apetito; le siguen el cannabinol CBN, metabolito del THC con similares efectos, y el cannabidiol CBD, con efectos antiepiléptico, antiemético y sobre el sueño.

Según la Encuesta Nacional Sobre el Consumo de Drogas (2010) nos muestra que el 4,8% de los peruanos consumieron alguna vez en la vida una droga ilegal y 3,2% consumieron alguna vez marihuana y cocaína (clorhidrato) o PBC, mientras que la prevalencia del consumo actual (en el último mes) fue de 0,9% y 0,6% respectivamente. Dentro de los últimos 12 meses de consumo recientemente se observa que la marihuana y la cocaína se encuentra con signos de dependencia al 47,8% y 59,6% respectivamente. En Lima Metropolitana y Callao se encontró que, para el año 2012, la prevalencia de vida de consumo de alguna droga ilegal fue de 7,1%, ocupando la marihuana y cocaína (PBC o clorhidrato) el segundo lugar con un 3,2%, mientras que el consumo actual fue de 0,2%.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (2016) nos da a conocer que un aspecto importante es la repercusión del consumo de drogas en el sistema inmune, considerando que el abuso de drogas puede deprimir la inmunidad celular en pacientes con tuberculosis pulmonar, lo que complica aún más el tratamiento de esta enfermedad, así mismo el consumo de drogas puede aumentar la probabilidad de transmisión de la tuberculosis ya que este abuso de sustancias ocurre en espacios cerrados con una ventilación escasa y un alto volumen de tráfico humano, aumentando la probabilidad de transmisión de la TBC. Particularmente, el uso de marihuana se ha asociado con deterioro de la función pulmonar y exacerbación de la tos, lo que podría facilitar la transmisión de la tuberculosis.

1.3. Objetivos

Objetivo General:

Modificar el comportamiento, las cogniciones y emociones en un paciente con adicción a la marihuana empleando una intervención cognitivo conductual.

Objetivos Específicos:

- Incrementar la comprensión y conciencia del problema de la adicción a sustancias psicoactivas.
- Mejorar la adherencia al tratamiento de la tuberculosis a través de la psicoeducación.
- Reducir el nivel de ansiedad del consumo de marihuana.
- Reestructurar las creencias irracionales asociadas a la adicción a la marihuana por pensamientos más racionales.
- Condicionar el placer del consumo a elementos aversivos.
- Fortalecer estrategias de afrontamiento para el rechazo del consumo de marihuana.
- Incorporar comportamientos para la preparación de recaídas y seguimiento.

- Identificar los signos asociados o reacciones fisiológicas, implementando estrategias para el manejo del síndrome de abstinencia.

1.4. Justificación

En la actualidad la marihuana es la droga ilegal de mayor consumo, situación que se observa en diversas encuestas nacionales realizadas por OMS (2004), entre otras fuentes, señalan su incremento, especialmente entre jóvenes varones y estudiantes de educación media superior y estudios recientes reportan que existe una asociación elevada y significativa entre el uso de cannabis, alcohol, tabaco y cocaína interviniendo también otros factores como los rasgos de personalidad, el estilo de vida y distintos factores ambientales.

Debido a que los casos de consumo de marihuana y la alta tasa de abandonos de tratamiento de tuberculosis en el Perú no reciben la atención en su totalidad, y a esto le sumamos la existencia de poco personal especializado en psicología en los diferentes establecimientos de salud, pocos recursos de los usuarios, mitos y aspectos socioculturales que influyen en un diagnóstico, tratamiento adecuado y oportuno, esta intervención cobra una gran importancia a nivel teórico práctico considerando que el modelo conductual y cognitivo cuenta con evidencias de su eficacia en el tratamiento del consumo de marihuana.

Por otro lado, la organización y sistematización de la intervención a través de técnicas específicas para el caso son fundamentales considerando que las aplicaciones de estas se dan acorde a casos únicos pues cada usuario a pesar de tener el mismo diagnóstico, los indicadores y características similares no tienen el mismo manejo y la terapia cognitiva conductual posee diversas técnicas a emplear reflejando la magnitud de la problemática actual que día a día va en creciente para muchos jóvenes trayendo consigo otras enfermedades respiratorias, así como también se considera necesario como aporte para la psicología una revisión teórica desde un enfoque cognitivo conductual; así mismo este programa de intervención en un paciente con

drogodependencia sirva como base aportando a futuras intervenciones con similitud de síntomas.

Así mismo cabe anotar que este estudio se da en un distrito de Lima Norte en un Centro Materno Infantil Santa Rosa, de nivel I 4, considerando que existe una alta demanda de usuarios del programa de control de tuberculosis, en la cual se brinda una atención interdisciplinaria, entre ella la atención psicológica. En tal sentido es importante el manejo de estos casos desde el enfoque cognitivo conductual, ya que sistematizar, permite la utilidad para la intervención de los profesionales psicólogos de la zona.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

Se espera reducir el nivel de consumo del usuario en la sintomatología que presenta alcanzando un bienestar desarrollando pensamientos más racionales y saludables logrando que se desempeñe en su contexto familiar, laboral mejorando la adherencia del tratamiento para la tuberculosis, así mismo a los servicios de tratamiento y rehabilitación de diferentes instituciones que deben desempeñar una función esencial en lo que respecta a mitigar el estigma social y la discriminación contra las personas dependientes de sustancias y apoyar su readaptación social como miembros sanos y productivos de la comunidad.

Por otra parte, ofrece una orientación práctica para crear servicios de tratamiento individual o sistemas más elaborados de tratamiento y rehabilitación en la salud psicológica, incorporando los servicios de tratamiento de eficacia con el apoyo del equipo multidisciplinario en salud, por lo tanto, esta intervención podrá ser replicada ya que se fundamenta en procedimientos específicos y evidencias de cambio conductual.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación fue aplicada cuya intención es dar solución a situaciones o dificultades concretas que afectan a un grupo o persona. (Hernández y Baptista, 2014).

La investigación es experimental de tipo pre experimental y el diseño es de preprueba/posprueba con un solo grupo, es decir que se le aplica una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental, después se administra el tratamiento que viene hacer el programa y finalmente se le aplica una prueba posterior (Hernández-Fernández et al., 2014).

Considerando que el presente estudio busca determinar el efecto de la terapia cognitivo conductual en un caso de consumo de marihuana en un joven con tuberculosis en un Centro de salud Materno Infantil de nivel I-4.

Según Hernández-Fernández et al. (2014), nos menciona los símbolos correspondientes a la presente investigación corresponden a:

G: Es el grupo de sujetos o casos (G1, grupo 1; G2, grupo 2; etcétera).

X: Tratamiento que se administra, el estímulo o condición experimental

O: Es la medición de los sujetos de un grupo a través de pruebas, cuestionarios, observación, entre otros. Hay que recalcar que, si aparece antes del estímulo o tratamiento, se trata de una preprueba y si aparece después del estímulo se trata de una posprueba (posterior al tratamiento).

2.2. Ámbito temporal y espacial

El presente estudio con referencia al ámbito temporal el usuario ingresó al programa de la estrategia de prevención y control de la tuberculosis con baciloscopia positiva iniciando la aplicación del programa el 15 de Marzo del 2021 hasta el 06 de Setiembre del 2021 durando en su totalidad 7 meses hasta su alta., así mismo la aplicación del programa de intervención

cognitivo conductual se realizó en el distrito de Puente Piedra en el asentamiento humano de Santa Rosa en un establecimiento de salud de nivel I 4.

2.3. Variables de Investigación

Variable independiente

Según lo que nos menciona Hernández-Fernández et al. (2014) es la variable que se estudia, se manipula y que afecta directamente a los resultados. En base a ello la intervención es de tipo cognitivo conductual para lo cual se ha diseñado 25 sesiones con una duración de 60 minutos cada uno y con una frecuencia semanal. En cada uno de ellas se aplicarán técnicas de intervención como: la psicoeducación, la relajación, auto instrucciones, refuerzos positivos, activación conductual, contrato conductual, programación de actividades, entrenamiento de conducta asertiva (Role playing), terapia racional emotiva, reestructuración cognitiva, técnica en solución de problemas, condicionamiento aversivo al sabor con imaginaria y mantenimiento preventivo.

Variable dependiente

La variable dependiente se mide para ver lo que ha cambiado cuando hay un efecto de la variable independiente, Hernández-Fernández et al. (2014). De esta manera se considera el consumo de marihuana cuyos indicadores y puntajes se obtendrán a través de la aplicación de inventarios e instrumentos psicométricos como el ASSIST (prueba de detección para alcohol, tabaco y sustancias), el cuestionario señales de alerta de recaída 3.0 (AWERE) y la escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island. (URICA) entre otras.

2.4 Participante / sujeto

Usuario de género masculino, de 21 años natural de Lima, estado civil soltero, hijo último de 6 hermanos, con tratamiento farmacológico actual de la tuberculosis con historia clínica de conductas de robo con arma desde hace 3 años aproximadamente.

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1 Técnicas

Tabla 1

Descripción de las técnicas usadas

RESPUESTA	MANIFESTACION	TECNICA
Fisiológico	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de cabeza • Aceleración del corazón. • hiperventilación • Sudoración facial • Nauseas • Relajación muscular. • Alucinaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de relajación • Técnicas de distracción • Medicación (Interconsulta con el médico psiquiatra)
Emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Placer (8/10) • Relajación (9/10) • Cólera (9/10) • Miedo (8/10) • Tristeza (8/10) • Vergüenza (5/10) 	<ul style="list-style-type: none"> • Reatribución de la responsabilidad • Sensibilización encubierta.
Conductual	<ul style="list-style-type: none"> • El consumo de marihuana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contrato conductual • Entrenamiento en habilidades sociales • Entrenamiento de conducta asertiva (Role playing). • Control de estímulos. • Programación de actividades • Autoreforzamiento

Cognitivo	Creencia irracional: <ul style="list-style-type: none"> • “Las personas deben consumir para sentirse bien y hacer sus actividades” • “Consumir ayuda a resolver mis problemas” • “Esto me alivia un rato hasta que pase el efecto” • “Nadie se preocupa por mí”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoregistro • Reestructuración cognitiva • Terapia Racional Emotiva • Técnica en solución de problemas • Autocontrol (Bloqueo de pensamiento)
-----------	--	--

2.5.2. Instrumentos

Las pruebas psicológicas utilizadas en el programa de intervención cognitivo conductual son las siguientes:

- Prueba de detección para alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).

La Organización Mundial de la Salud en el 2011 creó esta prueba con la finalidad de detectar el consumo de sustancias, tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, siendo su administración individual y colectiva con ocho preguntas dividida en seis áreas, su calificación de forma manual y rápida con un tiempo de 10 minutos su aplicación.

- Cuestionario de personalidad Eysenck & Eysenck forma B.

Los autores son Hans Jürgen Eysenck del año 1954 de procedencia Inglaterra, en donde su aplicación es individual y colectiva conformado por 57 ítems con una duración de 25 minutos a la evaluando las siguientes áreas de introversión, extroversión, estabilidad "N", inestabilidad.

- Cuestionario señales de alerta de recaída 3.0 (AWARE).

Este cuestionario fue creado por los autores Gorski y Miller en el año 1986 en los

estados unidos, su administración es individual y colectiva y dura aproximadamente 15 minutos su aplicación, evaluando el nivel de riesgo de recaída en adicciones, su calificación se obtiene sumando la totalidad de respuestas sin embargo se tiene que invertir los ítems 8, 14, 20, 24, 26. Abramonte (2019) realizó la adaptación de este instrumento en una comunidad terapéutica de Lima sur constituida por 204 usuarios, encontrando la fiabilidad de 0.80 teniendo una alta consistencia.

- Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island. (URICA).

Los creadores de esta escala fueron Prochaska y Di Clemente en el año 1984, tiene 32 ítems cuyo propósito es evaluar el grado de disposición hacia el cambio, por el cual su aplicación puede ser de forma individual o colectiva con una duración de 20 minutos aproximadamente. Así mismo (Vallejos, Orbegoso y Capa, 2007) adaptaron a la realidad peruana con una muestra de 105 usuarios dependientes a sustancias por el cual el índice de alfa de Cronbach fue 0.70 y el valor de la estadística KMO .676

- Inventario clínico multiaxial de Millon – III

Los autores Millon, Davis y Millon conformado por 175 ítems, cuyo objetivo es Evaluar de la personalidad a través de 11 escalas básicas, 3 rasgos patológicos, 7 síndromes de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa y 4 escalas de control, teniendo una duración de 45 minutos.

- Cuestionario de esquemas de Young.

El autor de este cuestionario son Jeffrey Young en el año 1998, cuya administración es de forma individual y colectiva con una duración de 35 minutos aproximadamente permitiendo evaluar los 15 esquemas maladaptativos con un total de 75 ítems. Este instrumento tuvo una adaptación peruana por Vallejos (2013) en una comunidad terapéutica en Lima conformado por 176 usuarios entre edades de 18 a 65 años.

2.5.3. Evaluación psicológica

Datos de Filiación

- Nombre y Apellidos : Ocxor. V.V.
- Edad : 21 años
- Lugar de nacimiento : Lima – Perú
- Grado de instrucción : Secundaria Completa.
- Estado civil : Soltero
- Numero de hermanos : Es el ultimo de 6 hermanos
- Religión : Cristiano.
- Lugar de entrevista : Centro de Salud Materno Infantil- MINSA
- Psicólogo responsable : Lic. Victor Cuadros Mariños.

Motivo de consulta

Paciente ingresa de manera voluntaria con diagnostico medico TBC pulmonar (++++) al programa de PCT, manifestando: “Que desde los 12 años consumo marihuana en el colegio, aumentando cada vez mi consumo no pudiendo controlarme, teniendo alucinaciones, dolor de cabeza y sentía que me relajaba por completo, “consumir me ayudaba a resolver mis problemas”, me dediqué a robar por muchos años y estar con malos amigos, no permitiendo acabar con mis estudios en el colegio en su momento y no me podía concentrarme, tuve siete ingresos a centros de rehabilitación en contra de mi voluntad, pero no me gustaba estar allí porque “estando en este mundo nadie me cambiara”, así que me escapaba cada cierto tiempo, mi hermana era la que me internaba seguidamente. Mi madre comercializaba pasta básica de cocaína y llevaba al extranjero, mi padre es alcohólico y me pegaba mucho cuando era niño sintiendo colera hacia el (9/10) “ganas no me daba de matarlo”, son separados y tengo 2 hermanos que consumen también marihuana y pasta básica de cocaína, y uno de ellos está preso actualmente, así mismo tengo un hermano que falleció de TBC sintiéndome triste (8/10).

Necesito ayuda psicológica urgente quiero dejar de consumir marihuana y más, aunque estoy enfermo de la TBC, tengo miedo (8/10) que esta enfermedad me pueda matar o que venga alguien a quererme dar vuelta por mis malos comportamientos por eso no trato de salir mucho a la calle, quiero rehacer una nueva vida y formar una familia junto con mi enamorada y estar alejado de todo esto”.

Problema actual

Ocxor manifiesta que durante los últimos 90 días está consumiendo marihuana entre 5 a 6 veces a la semana, lo hace solo en una pampa descampada cerca a su casa generalmente por las tardes y noches, consume 4 “Burritos de marihuana”. Debido al consumo de marihuana actualmente tiene problemas con su pareja y su madre biológica empezando en el mundo del sicariato y a robar a los ciudadanos.

Sus deseos de consumir la marihuana se presentan cuando vendía drogas en el colegio, al llegar su padre biológico a casa mareado, en las reuniones con los amigos para robar, al observar a sus hermanos consumir drogas o amistades, y al percibir el olor de la marihuana por las calles cerradas o pampón cerca a su casa al pasar. Así como también apareció el síndrome de abstinencia presentando sudoración, ruborización facial y pensamiento como: “Necesito consumir para sentirme chévere” “Quiero estar pasado” “Me viene la picazón”.

Al fumar la marihuana presenta pensamientos como: “Las personas deben consumir para sentirse bien y hacer sus actividades”, “Esto me alivia un rato hasta que pase el efecto”, “Estando en este mundo nadie me cambiara”, “Consumir ayuda a resolver mis problemas”, siente Placer (8/10), relajación (9/10) y ansiedad (8/10), así como también camina de un lado a otro, estando atento y observando con detalle teniendo miedo a que lo maten.

Su madre biológica vendía pasta básica de cocaína en el hogar, Ocxor veía como personas extrañas se acercaban a su casa a comprar la PBC, así mismo la madre accedía a

cualquier petición de su hijo. En el colegio sus amigos del colegio le decían “Has traído polvo” “Vamos a la vuelta a jalar un toque” “Dame que te la cambio por otro”, luego al llegar a casa observa cómo sus hermanos varones mayores consumen marihuana en la calle de su barrio. Al respecto manifiesta “Ahora quiero que me ayude, quiero salir de esto y rehacer mi vida con mi enamorada formando mi familia” “ya no quiero que mi madre sufra y que mi enamorada se preocupe por mí”.

Ocxor recuerda en estos últimos meses como el periodo más intenso de consumo se alejó de su familia, empezando todo el día estar en la calle conociendo a personas que le inculcaron a robar y estar metido en temas de sicariato, yendo con una moto lineal en compañía de uno de sus amigos a amenazar a trabajadores llegando a matar si no pagaban lo que pedían, posteriormente sentía culpa, pero lo hacía para comprar la marihuana que él quería.

Descripción Física

El evaluado es un hombre de 21 años, de tez trigueña, cabello negro corto lacio, ojos negros, de contextura delgada de aproximadamente 65 kg de peso y una estatura de 1.68 cm. Acude con vestimenta acorde a la estación, pero en mal estado de conservación así mismo no presenta adecuada higiene y aseo personal.

Descripción de la conducta

Se encuentra lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. Al inicio de la entrevista se denota marcha lenta, postura semi encorvada, denota facies de preocupación. Presenta lenguaje pausado y comprensible, con tono de voz bajo, discurso coherente y atención sostenida, memoria de corto y largo plazo conservados. Por otro lado, presenta indicadores de inestabilidad emocional, inseguridad, ansiedad, bajo control de sus impulsos y emociones.

Desarrollo cronológico del problema

A los 06 años de edad Oxcor recuerda que le gustaba agarrar la plata de su mamá y las cosas del mercado, un día agarro 20 soles del monedero de su mamá y su papá le pego con una correa de cuero hasta que su mano se le hincho como una pelota sintiendo colera 10/10 y tristeza 10/10 manifestando en la actualidad “Ahora mi padre quiere imponer su regla, pero ya no vive acá, por eso si lo veo lo mato”.

A los 12 años el paciente empezó a consumir marihuana en el colegio, manifiesta que su madre biológica comercializaba pasta básica de cocaína, Oxcor robaba la droga de su madre para venderlo en el colegio cursando el primero de educación secundaria manifestando que lo hacía para generar ingresos o lo cambiaba por objetos sintiendo miedo 5/10. En el hogar observaba que venía personas de la calle y compraba pasta básica de cocaína, así mismo con sus compañeros del colegio en la pampa jalaba terocal y consumía marihuana en la casa de unas de sus compañeras.

A los 13 años continua con el consumo de marihuana, recuerda que tuvo muchas peleas cuando iba a lugares a vender la pasta básica de cocaína que le robaba a su madre, manifiesta que aprendió a defenderse llevando un cuchillo pequeño en su bolsillo cuando chicos más grandes intentaban robarle su droga, así mismo su padre biológico a esa edad se había ido de la casa a vivir con su actual pareja. En el colegio cuando fumaba marihuana sentía relajación 6/10, placer 8/10 sintiéndose mareado, taquicardias y sus amigos del aula le decían “Vamos a fumar al pampón”.

A los 14 años el consumo a la marihuana aumento de 3 a 4 purritos a la semana, manifestando que tenía que aumentar la dosis para sentirse bien, trayendo como consecuencias muchas peleas en las calles.

A los 15 años recuerda que cursaba el tercero de secundaria empezó con el consumo de la pasta básica de cocaína describiéndose y manifestando “Tengo 2 personalidades ya que actúo de manera distinto en la calle y en la casa”. Al consumir PBC se me acelera el corazón, presenta alucinaciones que una persona le persigue, a esa edad dejo de consumir marihuana y solo consumía PBC, pero solo duro por 4 meses. Continúa robando la droga a su madre 50 quetes aproximadamente pero ya lo fumaba con sus amigos también, manifiesta “Lo consumía porque me aburría en mi casa” “Mis amigos me decían que les vendan” “Cada vez que consumía aumentaba el delirio de persecución” fumándolo en el colegio y en la calle casi 5 veces a la semana, sintiendo placer 9/10.

A los 16 años recuerda que cursaba el cuarto grado de secundaria manifiesta que su familia sospechaba que consumía drogas, en el colegio tuvo una enamorada que le aconsejaba que se aleje de las drogas aferrándose a ella ya que era la única persona en quien podía confiar. Su hermana Valeria lo interna por primera vez en un centro de rehabilitación “Jehová Yida” en contra de su voluntad, estando 4 meses ya que se escapó ganándose la confianza del pastor y portándose bien, en ese momento ya en la calle se fue a la panamericana norte a robar celulares, billeteras, a los borrachos le jalaba sus cosas robando para tener dinero y sobrevivir encontrándose con su enamorada. Sentía placer 8/10 que le correteen los policías ya que sentía mucha adrenalina, así mismo menciona “que todas las personas del mal vivir me conocen” “Compraba drogas y lo consumía solo”, así mismo comencé a tomar cerveza, ron, wiski iba a discotecas, tomaba en un grupo de amigos, dos cajas de cerveza 4 veces a la semana, sintiendo placer 9/10. Después de un mes le volvieron a internar por parte de su hermana durante 3 meses de internamiento sintiendo colera 10/10 manifestando “Estando allí nadie me cambiara” “Esto no se lo deseo a nadie” “los hermanos y policías me pegaban duro”.

A los 17 años estuvo internado otra vez más tiempo seis meses aproximadamente sin embargo se volvió a escapar para salir a consumir, tomar y robar, seguía en la relación con su

enamorada del colegio, así mismo manifiesta saliendo del centro de rehabilitación se dedicó al sicariato diciendo “Es un pequeño trabajo” “iba con mi amigo en moto lineal y disparaba en el pecho y cabeza para que no viva” “No todas las personas tienen los pantalones para hacerlo” “Si yo mato a alguien es porque detrás de ello hay dinero” “Me sentía bien después de cumplir con el trabajo” sintiendo placer 7/10 y miedo 5/10.

A los 18 años de edad refiere irse a Chile con su otra hermana mayor después de escaparse nuevamente del centro de rehabilitación en donde aumento más su consumo de marihuana día y noche, no comía, estando en Chile 03 meses trabajando como barbero decidiendo venir a Lima porque no se acostumbró a la rutina de ese país.

A los 20 años empezó su relación con su pareja actual ella también estuvo internada 08 meses en un centro de rehabilitación por consumo de marihuana, manifiesta Ocxor que se sintió triste porque mataron a su mejor amiga de un balazo en la cabeza por una banda criminal escapando de milagro de la balacera “Tengo miedo”, “Me quieren matar algunos sicarios” sintiendo tristeza 8/10 y miedo 9/10.

Historia Personal

Desarrollo Inicial

La madre biológica refiere que Ocxor nació en el hospital de Puente Piedra a las 10:45 de la mañana, tuvo parto natural, pero con complicaciones en la dilatación, nació con tres kilos trescientos manifestando que el padre biológico no lo quiso tener sin embargo ella si por el amor a su hijo. Empezó a gatear a los 7 meses y a caminar al año y 3 meses aproximadamente, su alimentación fue los 7 primeros meses leche materna y después leche artificial con formula.

Hasta los 5 años se orinaba en su trusa, después tuvo un control de sus esfínteres, era un niño muy atento y ayudaba en las actividades de la casa, hacia travesuras dentro de la casa

y a veces lloraba para conseguir lo que quería, la madre lo corregía no dejándolo salir a jugar con sus amiguitos de su edad, sin embargo, el padre si lo castigaba físicamente con la correa.

Creció en una familia disfuncional, con un estilo de comunicación agresiva, caracterizada por episodios recurrentes de violencia física y verbal de padre alcohólico hacia la madre e hijos. Señala: “él quería imponer su regla en casa, era un abusivo, siempre nos golpeaba, antes yo no podía hacer nada, pero ahora es diferente. Siempre estaba borracho en la casa o si no iba con sus amigos a tomar. Mi mamá no decía nada, se quedaba callada pero igual le pegaba, se desquitaba con ella y nosotros por cualquier cosa”

Conductas inadecuadas en la infancia y adolescencia

A los 6 años empezó a robarse productos cuando iba al mercado y ocasionalmente cogía a escondidas dinero del monedero de su mamá para comprarse dulces que le gustaban. Añade: “recuerdo que un día me agarré 20 soles de la cartera de mi mamá y ella se dio cuenta que le faltaba. Mi papá se enteró y me pegó sin preguntarme nada. Agarró una correa de cuero y me dio sin parar hasta que se me hizo una pelota en la mano, era un desgraciado”

A los 11 años aproximadamente empezó a sentir curiosidad por el consumo de drogas, pues tomó conciencia que su madre comercializaba pasta básica de cocaína y era frecuente ver a sus hermanos con amigos del barrio fumar marihuana en la calle. Menciona: “A esa edad ya reconocía el olor, me daba curiosidad por saber qué sentían cuando fumaban, si era rico, cómo lo hacían y por qué les gustaba”

A los 17 años tiene un nuevo ingreso, permaneciendo por un lapso de 6 meses. Posterior a ello, incursiona en el sicariato. Menciona: “La gente maleda me conocía, así que por un amigo empecé con esto. Era como un pequeño trabajo, me tenía que montar en una moto con mi amigo y dar vuelta a los que nos encargaban, tenían que ser tiros fijos, sino eras tú. Al inicio me daba miedo (5/10) pero después me acostumbré y hasta me daba placer (7/10)

Educación

Ocxor culminó estudios secundarios con un rendimiento regular bajo, siendo necesario en la mayoría de ocasiones desarrollar cursos a cargo en vacacionales. Menciona que este período se caracterizó por la ausencia de supervisión y/o apoyo de figura materna en desarrollo de actividades académicas, falta de metodología, hábitos de estudios y motivación.

En el curso de la educación secundaria inicia consumo de marihuana, evadía regularmente clases, fue amonestado y suspendido en reiteradas ocasiones por problemas de conductas, agresiones e incumplimiento de normas y/o disposiciones. Agrega: “En el colegio, yo vendía los quetes que le robaba a mi mamá, me daban dinero o lo cambiaba por cosas que me gustaban. Con mis amigos nos íbamos a fumar al pampón”

Al término del colegio no mostró interés, motivación ni proyección por realizar algún estudio superior.

Tabla 2

Desempeño educativo de Ocxor

Estudios	Dificultades			Rendimiento		
	Adaptación	Aprendizaje	Conductuales	Bajo	Intermedio	Alto
Inicial	x				x	
Primaria		x	x	x		
Secundaria		x	x	x		

Área Laboral

La única experiencia laboral que ha tenido Ocxor data del 2019, donde trabajó eventualmente como barbero en la ciudad de Santiago de Chile durante tres meses, tiempo que radicó con su hermana en dicho país. Menciona: “Mi hermana me llevó allá porque pensó que dejaría todo esto, pero no aguanté, no era lo mío, no me acostumbré a esa rutina y me vine”

Desarrollo Psicosexual

Ocxor inició su vida sexual a los 12 años, recuerda que su mamá salió a visitar a la casa de su tía por la tarde, aprovechando la ausencia de ella invito a una amiga de su barrio teniendo relaciones sexuales en su cuarto sin usar protección, sintió placer 10/10 disfrutando mucho del acto sexual, manifestando que “no fue por amor si no solo por placer” “Si se da la oportunidad de satisfacción se da”. Estos comportamientos se repetían de 3 a 4 veces a la semana por 1 mes ya que su amiga se fue a vivir a otro lado no sabiendo nada de ella hasta la actualidad.

Posteriormente empezó a salir con sus mismas compañeras del salón del colegio, y de otros grados, poniendo como excusa para salir con ellas diciendo a su mamá que iba hacer trabajo en grupo, manifiesta que tuvo relaciones sexuales con 8 mujeres de su mismo salón teniendo el acto sexual sin protección en la casa de ellas, manifiesta que “Para tener una mujer no es necesario estar tomado alcohol”, el tiempo aproximadamente de su eyaculación es 10 minutos a 15 minutos aproximadamente, estas conductas se repetían 2 veces a la semana por todo el año escolar hasta los 14 años.

A los 15 años estando en 4to de secundaria inicio una relación estable por 5 años con una de sus compañeras del aula, sintió alegría 8/10, manifestando: “Ella no fue fácil de conquistar” “es de su casa” “Escuchaba comentarios de mi por eso no se entregó fácilmente” “después de 08 meses tuvimos nuestro primer acto sexual” “Me sentía bien, quería darle cariño”, sintiendo preocupación 7/10, ansiedad 8/10 y placer 7/10, sin embargo presento miedo 5/10 porque le fue infiel como 20 veces aproximadamente teniendo relaciones sexuales con otras chicas.

A los 16 años cuando ya estaba internado en el centro de rehabilitación manifiesta que tuvo relaciones sexuales con algunas chicas que también consumían marihuana sintiendo placer

9/10, la mayoría de veces tenían el acto sexual bajo el efecto de la marihuana y pasta básica de cocaína, no utilizando métodos anticonceptivos.

A los 21 años comienza otra relación con una chica de 19 años teniendo relaciones sexuales en el cuarto donde viven actualmente sintiendo placer 9/10 manifestando “Se parece mucho a mi ex pareja” sintiendo tristeza 5/10 al extrañar a su anterior pareja, sin embargo, en la actualidad presentan conflictos de desconfianza mutua.

Actitudes y preferencias religiosas

Su familia pertenecía a la religión católica, Ocxor recuerda que ningún integrante de su familia asistía a la iglesia católica, sin embargo, su madre biológica le motivo que realizara su primera comunión y confirmación al cual solo asistió una semana la primera comunión cuando tenía 11 años retirándose porque no le gustaba y le daba flojera asistir.

A partir de los 16 años su mama se involucró con la religión evangélica afirmando ella para cambiar de vida y dar un buen ejemplo a sus hijos.

Hábitos e intereses

Ocxor manifiesta que a los 13 años le gustaba mucho cantar y componer música de hip hop, le hubiese gustado llevar clases sin embargo su mama siempre le decía que eso no era muy rentable y se negaba a matricularlo. Actualmente le gusta los deportes extremos donde sienta esa sensación de adrenalina como el canotaje, paracaidismo, ir en moto entre otros.

Accidentes relacionados a la adicción

Ocxor no tiene historiales de ingresos por emergencia u hospitalizaciones, debido a accidentes o problemas relacionados al consumo de sustancias. Si bien, ha participado en varias peleas callejeras y recibido golpizas por agentes policiales en intervenciones por hurto, los hematomas o lesiones no han sido de consideración.

Problemas policiales y/o legales

Ocxor niega denuncias o procesos legales, no registra ingresos a centros penitenciarios. Ha sido en algunas ocasiones intervenido por agentes policiales debido al hurto de celulares.

Menciona: “no me podían meter preso por la edad y por las cosas que robaba, pero me pegaban, se la agarraban conmigo para que no volviera con lo mismo”

A los 17 años incurrió en el sicariato. Añade: “Era pequeño trabajo, iba con mi amigo en moto lineal y disparaba en el pecho y cabeza para que no viva. No todas las personas tienen los pantalones para hacerlo. Si yo mataba a alguien era porque detrás había dinero. Me sentía bien después de cumplir con el trabajo, pero ya no estoy metido en eso, no quiero que me maten, por eso me estoy cuidando”

Historia Familiar

Relaciones familiares

Padre: Leoncio de 51 años, natural de Lima, grado de instrucción 2do Secundaria. El examinado refiere que su padre le maltrataba físicamente desde los 06 años hasta los 12 años aproximadamente con el palo de la escoba, cordón de la plancha, o lo que encontraba a la mano, es colérico, pierde rápido la paciencia, casi todos los días tomaba cerveza con sus amigos, 5 veces a la semana llegando borracho a la casa agrediendo a sus hermanos y a su madre también sintiendo colera 9/10. “Mi papá nunca me aconsejó, no le importa mi vida” “En las actuaciones del colegio cuando era niño nunca estuvo conmigo” sintiéndome triste 9/10. “Actualmente no me hablo con él, ya que si lo veo soy capaz de meterle plomo”.

Madre: Regina de 50 años de edad, natural de Lima, grado de instrucción secundaria incompleta, al referirse de su madre la describe como una mujer sumisa, dedicada al hogar, manifestando “a pesar que cometió muchos errores comercializando pasta básica de cocaína

nunca me inculco a mí a mis hermanos a consumirla, más bien nos pegaba para alejarnos de ese mundo” “Ella siempre me aconsejo, pero no le hice caso”. En la actualidad lleva 2 años de casada con mi padrastro (Rubén) metiéndose a la religión cristiana y alejada por completo de vender drogas.

Padrastro: Rubén de 53 años mantiene una buena relación con la madre del paciente y con ochor, es de natural de Trujillo y actualmente trabaja como ayudante en un negocio de alimentos, al referirse de su padrastro comenta que es de carácter noble, y le aconseja mucho. “Es como padre para mí, ya que me apoya y a mi madre también”.

Hermana: Viviana de 40 años natural de Lima, con grado de instrucción secundaria completa, vive actualmente en Chile mantiene una relación distante con el paciente.

Hermano: Luis de 36 años es el segundo hijo natural de Lima, con grado de instrucción secundaria incompleta actualmente este preso en el penal de Chincha por comercialización de drogas al extranjero.






Hermano: Jonathan es el tercer hijo falleció a los 32 años de edad, natural de Lima con grado de instrucción secundaria incompleta, murió de tuberculosis Multidrogoresistente (MDR) ya que se contagió de la enfermedad cuando estaba preso en el penal de Lurigancho por robo agravado. El paciente refiere que mantenía una relación muy cercana con su hermano.

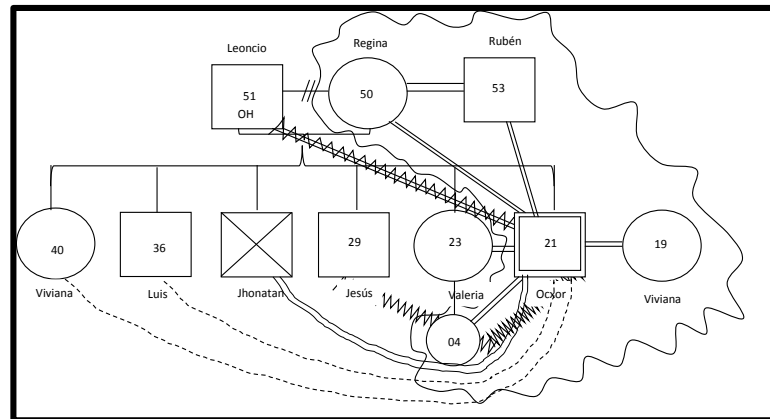
Hermano: Jesús es el cuarto hijo tiene 29 años, natural de Lima, con grado de instrucción 1ero secundaria, estuvo recluido en Maranguita por dos años, por robo con arma, actualmente está en consumo de marihuana y pasta básica de cocaína, actualmente mantiene una relación conflictiva con Ochor llegando muchas veces a peleas y agresiones físicas.

Hermana: Valeria es la quinta hija tiene 23 años, con grado de instrucción 4to secundaria, trabaja actualmente como cobradora para una empresa de transportes, tiene una

hija de 4 años de edad, mantiene una relación cercana con el paciente, lo cual afirma que ella es la hermana que le internaba a cada rato a Ocxor por su consumo.

Figura 1
Genograma del usuario

SÍMBOLOS	INTERPRETACION
	Relación conflictiva
	Relación cercana
	Relación distante
	Separación
	Familia con quien vive
OH	Alcohólico



Nota: se muestra las relaciones de Ocxor con cada uno de los miembros de su familia manteniendo una relación conflictiva con su padre biológico y su hermano Jesús, sin embargo, muestra una relación cercana con su madre biológica, padrastro, su última hermana Valeria y su hermano que falleció Jhonatan.

Antecedentes psiquiátricos en la familia

Ocxor manifiesta que su padre fue alcohólico y que le pegaba mucho, no recibió tratamiento psiquiátrico para su adicción al alcohol así mismo 3 de sus hermanos consumen drogas, abandonando todos ellos el tratamiento médico por psiquiatría.

Actitud de la familia frente al tratamiento

Actualmente Ocxor cuenta con el apoyo de su madre, padrastro y hermana menor, están al pendiente que asista de manera regular y puntual a sus atenciones e incluso le facilitan el dinero de movilidad para su traslado al centro de Salud. Señala: “mi mamá me apoya en todo, quiere que salga de todo esto, me dice que sí se puede. Ella misma se alejó todo y ahora me dice que vive tranquila, en paz, que quiere que yo sea feliz, que tenga otro tipo de vida, que todavía puedo hacerlo, que depende de mí.

Sé que tengo suerte que estén conmigo a pesar de todo. Mis hermanas también se preocupan, hasta la que vive en Chile me ayudó, pero está un poco distante conmigo desde que me vine y volví a lo mismo”

No mantiene comunicación con su padre y con su hermano menor tiene una relación distante, conflictiva y de continuos enfrentamientos.

Añade: “No sé nada de mi papá y mejor así, para mí Rubén (padraastro) ha sido como mi padre”

Periodo ciego de la familia

Señala: “No sé si mi mamá no se daba cuenta cuando le robaba los quetes o pensaba que eran mis hermanos los que fumaban, pero recién cuando tenía 15 años más o menos empezó a sospechar. Aunque ella vendía, siempre me hablaba que no metiera en esas porquerías, que no hiciera lo mismo que mis hermanos.

Cuando mis hermanas le decían que me veían en malos pasos, con gente maleada o en el colegio le decían cosas de mí; ella no se convencía del todo, me preguntaba y yo siempre le mentía. Pero mi hermana mayor era la que andaba detrás hasta que se dieron cuenta de todo y por insistencia de mi hermana me internaron.

Mi papá ya no vivía con nosotros en ese tiempo y lo que él pensara o hiciera era lo que menos me importaba, no lo podía ganar porque ganas de meterle uno, nunca me faltaron”.

2.5.4. Evaluación psicométrica

Informe de la prueba Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0

Datos de filiación

- Nombres y Apellidos : Ocxor Danny Valle Velita
- Edad : 21 años
- Fecha de Nacimiento : 08/02/2000
- Lugar de Nacimiento : Lima - Perú
- Sexo : Masculino
- Estado Civil : Soltero
- Grado de Instrucción : Secundaria completa
- Número de DNI : 75723024
- Historia Clínica : 35356
- Evaluador : Lic. Victor Bryan Cuadros Mariños

Motivo de consulta

Paciente refiere que presentaba tos intensa y que los síntomas aumentaron en estas últimas semanas, teniendo conciencia que no está viniendo a tomar su medicación, se realiza informe psicológico para devolución de resultados adjuntando a historia clínica médica.

Observaciones generales y de conducta

El examinado se encuentra lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. Al inicio de la entrevista se denota marcha lenta, postura semiencorvada, denota facies de preocupación. Presenta lenguaje pausado y comprensible, con tono de voz bajo, discurso coherente y atención sostenida, memoria de corto y largo plazo conservados. Por otro lado, presenta indicadores de

inestabilidad emocional, inseguridad, sentimientos de inferioridad, bajo control de sus impulsos y emociones, Acudiendo con vestimenta acorde a la estación, en mal estado de conservación y falta de higiene personal.

Durante la evaluación en donde se le aplico un cuestionario de recaídas se le observo colaborador ante las preguntas sin embargo presentaba síntomas de ansiedad como movimientos de piernas y sudoración palmar, así mismo durante la entrevista manifestó que volvió a consumir 2 cigarros de marihuana, haciéndolo porque sentía ansiedad de consumo, así mismo se le observo muy preocupado porque su salud está empeorando ya que no viene a tomar medicación para el tratamiento de la TBC, manifestando que se siente cansado todo el tiempo, sueño y tos constante.

Técnicas e instrumentos de evaluación

Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0

Resultados

El evaluado se encuentra en un nivel de riesgo alto hacia la recaída obteniendo un puntaje de 122 debido que actualmente presenta pensamientos recurrentes de consumo, problemas en su alimentación y sueños interrumpidos.

Conclusiones

- Indicador alto de recaída a sustancias psicoactivas.
- Proviene de familia Disfuncional.
- Trastorno del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas F19.9

Recomendaciones

- Derivación a médico psiquiatra por sus antecedentes de consumo de drogas (marihuana, pasta básica de cocaína y alcohol) para tratamiento farmacológico.
- Recibir orientación psicológica a la familia.

- Modificación de conducta en prevención de recaídas.
- Psicoterapia en reestructuración de pensamientos.

Informe psicológico escala de evaluación del cambio de la universidad rhode Island-Urica

Datos de Filiación

- Nombres y Apellidos : Ocxor Danny Valle Velita
- Edad : 21 años
- Fecha de Nacimiento : 08/02/2000
- Lugar de Nacimiento : Lima - Perú
- Sexo : Masculino
- Estado Civil : Soltero
- Grado de Instrucción : Secundaria completa
- Número de DNI : 75723024
- Historia Clínica : 35356
- Evaluador : Lic. Victor Bryan Cuadros Mariños

Motivo de consulta

Paciente refiere que presentaba tos intensa y los síntomas aumentaron en estas últimas semanas, teniendo conciencia que no está viniendo a tomar su medicación, se realiza informe psicológico para devolución de resultados adjuntando a historia clínica médica.

Técnicas e instrumentos de evaluación

Escala de Evaluación del cambio de la Universidad Rhode Island-URICA

Resultados

Tabla 3

Resultados de pre test de la escala de Evaluación del cambio de la Universidad Rhode

Island-URICA

Precontemplación	29 puntos
Contemplación	14 puntos
Acción	08 puntos
Mantenimiento	04 puntos

El puntaje obtenido en la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island-URICA identifica en el sujeto comportamientos e indicadores que pertenecen a los estadios del modelo propuesto por Prochaska y DiClemente, cuyo puntaje mayor obtenido corresponde al estado de cambio de contemplación, en el cual el examinado empieza a concientizar que existe un problema y empieza a preocuparse de cómo solucionarlo y busca ayuda para corregir su conducta adictiva.

El examinado presenta puntaje mayor en el comportamiento precontemplativo como minimizar la adicción y los deseos de cambiar es por exigencia externa más que por sí mismo, siendo su principal motivo de cambio el estado de su enfermedad (TBC).

En tanto, el comportamiento de contemplación invierte energía en pensar acerca del cambio, pero no se traduce en acciones concretas.

Así mismo, se identifica comportamiento de acción mostrando ligeros cambios en su conducta como mantener periodos de abstinencia en tiempo breves, con posibilidad de recaer. Finalmente, se presenta algunos indicadores de mantenimientos en tiempo muy breve, como evitar volver a consumir marihuana, siendo esta conducta muy baja, oscilante y no duradera.

Conclusiones

- Ausencia de compromiso a la terapia psicológica y farmacológica.
- Factores protectores inadecuados.
- Riesgo a recaídas.

Recomendaciones

- Se recomienda iniciar un tratamiento especializado en adicciones e incluya entrevista motivacional.
- Seguimiento especializado de manera individual y familiar.
- Atención Integral por profesionales especializados.

Informe psicológico ASSIST (prueba de detección para alcohol, tabaco y sustancias)

DATOS DE FILIACIÓN

- Nombres y Apellidos : Ocxor Danny Valle Velita
- Edad : 21 años
- Fecha de Nacimiento : 08/02/2000
- Lugar de Nacimiento : Lima - Perú
- Sexo : Masculino
- Estado Civil : Soltero
- Grado de Instrucción : Secundaria completa
- Número de DNI : 75723024
- Historia Clínica : 35356
- Evaluador : Lic. Victor Bryan Cuadros Mariños

MOTIVO DE CONSULTA

El evaluado refiere que desde hace un par de semanas tiene problemas con su familia (madre y sus dos hermanas mayores), así mismo en el trabajo que venía laborando hace tres meses lo despidieron por faltar en repetidas ocasiones y por haber tenido algunas discusiones con sus jefes. Su madre refiere que tiene un carácter impulsivo y a veces agresivo. “en la casa solo se mete en su cuarto, a veces no sale ni para comer, solo cuando sus amigos lo llaman sale y llega muy noche”, “cuando tenía 15 años empezó a juntarse con amigos pandilleros que fumaban en el barrio, ellos lo hicieron entrar a la barra de la alianza”. “cuando tuvo 17 años lo detuvieron por robar a un estudiante”.

Observaciones generales y de conducta

El evaluado es un hombre de 21 años, de tez trigueña, cabello negro corto lacio, ojos negros, de contextura delgada de aproximadamente 65 kg de peso y una estatura de 1.68 cm. Acude con vestimenta acorde a la estación, pero en mal estado de conservación así mismo también denota falta de higiene personal.

Técnicas e instrumentos de evaluación

ASSIST (prueba de detección para alcohol, tabaco y sustancias)

Resultados

Tabla 4

Resultados de pre test de ASSIST (prueba de detección para alcohol, tabaco y sustancias)

SUSTANCIA	PUNTUACION	NIVEL DE RIESGO
Productos Derivados del Tabaco	12	Moderado
Bebidas Alcohólicas	17	Moderado
Cannabis	34	Alto
Cocaína	30	Alto
Estimulante de Tipo Anfetamínico	0	Bajo
Inhalantes	2	Bajo
Sedantes o Pastillas para Dormir	0	Bajo

Alucinógenos	0	Bajo
Opiáceos	20	Moderado
Otros – Especificar	0	Bajo

De acuerdo a los resultados obtenidos por medio de los puntajes arrojados en la prueba del ASSIST; podemos observar que el evaluado presenta puntajes altos en consumo de cannabis (34 pts.) y cocaína (30 pts.) respectivamente, que lo ubica en un nivel de riesgo alto para sufrir problemas:

- A nivel emocional: Ansiedad, paranoia, pánico y depresión.
- A nivel cognitivo: problemas de atención, disminución de la memoria y la capacidad de resolver problemas.
- A nivel fisiológico: Problemas de la presión arterial, cardiacos y respiratorios; así como también daños irreversibles al organismo.

Conclusiones

- Riesgo alto a sufrir daños irreversibles a nivel cerebral y de la salud física.
- Riesgo alto en el deterioro del área cognitiva, así como a desarrollar otros trastornos mentales que estén asociados.
- familia Disfuncional.
- Trastorno del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas F19.9

Recomendaciones

- Derivación a médico psiquiatra por sus antecedentes de consumo de drogas (marihuana y pasta básica de cocaína) para tratamiento farmacológico.
- Recibir orientación psicológica a la familia.
- Modificación de conducta en prevención de recaídas.
- Psicoterapia en reestructuración de pensamientos.

Informe psicológico test de cuestionario de personalidad de Eysenck forma B (adultos).

Datos de Filiación

- Nombres y Apellidos : Ocxor Danny Valle Velita
- Edad : 21 años
- Fecha de Nacimiento : 08/02/2000
- Lugar de Nacimiento : Lima - Perú
- Sexo : Masculino
- Estado Civil : Soltero
- Grado de Instrucción : Secundaria completa
- Número de DNI : 75723024
- Historia Clínica : 35356
- Evaluador : Lic. Victor Bryan Cuadros Mariños

Motivo de consulta

El evaluado refiere que desde hace un par de semanas tiene problemas con su familia (madre y sus dos hermanas mayores), así mismo en el trabajo que venía laborando hace tres meses lo despidieron por faltar en repetidas ocasiones y por haber tenido algunas discusiones con sus jefes. Su madre refiere que tiene un carácter impulsivo y a veces agresivo. “en la casa solo se mete en su cuarto, a veces no sale ni para comer, solo cuando sus amigos lo llaman sale y llega muy noche”, “cuando tenía 15 años empezó a juntarse con amigos pandilleros que fumaban en el barrio, ellos lo hicieron entrar a la barra de la alianza”. “cuando tuvo 17 años lo detuvieron por robar a un estudiante”.

Técnicas e instrumentos de evaluación

Test de cuestionario de personalidad de Eysenck forma B (adultos).

Resultados

Se evidencia los siguientes rasgos: temperamento altamente colérico, extrovertido e inestable emocionalmente.

Esto indica que Ocxor es una persona poco tolerante a la frustración, con dificultad para controlar sus impulsos, con una marcada tendencia a la agresividad. Así mismo, presenta fuerte predominio de la excitación frente a la inhibición, por lo que existe incapacidad para mantener el control y límites pertinentes de reacciones tempestuosas. Hay falta de autodominio, impaciencia, intranquilidad e inconstancia. Suele ser enérgico y tiende a la acción.

Conclusiones

- Otros trastornos de los hábitos y de los impulsos. F-638
- Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable. F-603
- Problemas relacionados con violencia. R-456
- Baja tolerancia a la frustración.

Recomendaciones

- Terapia de manejo de impulsos y control de la ira.
- Terapia de relajación
- Psicoterapia en reestructuración de pensamientos.
- Terapia familiar (consejería y orientación)

Informe psicológico del Inventario clínico multiaxial de Millon III

Datos de filiación

- Nombres y Apellidos : Ocxor Danny Valle Velita
- Edad : 21 años

- Fecha de Nacimiento : 08/02/2000
- Lugar de Nacimiento : Lima - Perú
- Sexo : Masculino
- Estado Civil : Soltero
- Grado de Instrucción : Secundaria completa
- Número de DNI : 75723024
- Historia Clínica : 35356
- Evaluador : Lic. Victor Bryan Cuadros Mariños

Motivo de consulta

El usuario refiere que asiste porque “necesito ayuda para curarme de la TBC y las drogas” “porque no puedo controlar” “Sé lo que me está causando, pero aún sigo fumando no sé por qué”.

Al fumar tiene pensamientos como “me olvido de todos los problemas” (sus problemas son los recuerdos del abandono de su padre, también los malos momentos que experimenta, cuando discute con la mamá de su hijo y cuando recuerda que tiene TBC) y siente: alegría 8/10 y placer 9/10. Frente a su comportamiento Joel refiere “de juego en juego la marihuana me está consumiendo” “esto me pasa por juntarme con amigos del mal vivir, necesito ayuda por favor”. “Sé lo que me está causando, pero aún sigo fumando no sé por qué”.

Observaciones generales y de conducta

El examinado se presenta desaliñado y con falta de aseo personal, vestimenta adecuada a la estación. De estatura mediana, contextura delgada, con rostro pálido, denotando cansancio preocupación. De caminar lento y postura medio encorvado.

Respecto a su conciencia se muestra lúcido, orientado en tiempo, lugar y persona. Su atención sostenida, selectiva y flexible, su percepción es adecuada. Presenta lenguaje comprensible, pausado, con tono de voz bajo discurso coherente.

Denotando expresiones de tristeza y abatimiento, desinterés, irritabilidad e incapacidad para experimentar placer cuando no ha consumido la droga.

En la aplicación de la prueba se mostró colaborador e interesado al leer las preguntas presentó sudoración en las manos, movimiento continuo de sus piernas. Manifestando preocupación por el avance de su TBC lo que le da cansancio y sueño.

Técnicas e instrumentos de evaluación

MCM-III Inventario clínico multiaxial de Millon III

Resultados

Tabla 5

Resultados de pre test del MCM-III Inventario clínico multiaxial de Millon III.

Patrones clínicos de personalidad	Bruto	BR	Sugestivo (60-74)	Equivalente		
				Moderado (75-84)	Elevado (85-+)	
1 Esquizoide	10	65	X			
2A Evitativo	12	76		X		
2B Depresivo	14	76		X		
3 Dependiente	12	66	X			
4 Histriónico	10	46				
5 Narcisista	14	65	X			
6A Antisocial	9	67	X			
6B Agresivo-sádico	5	38				
7 Compulsivo	9	33				
8A Negativista (pasivo-agresivo)	9	49				
8B Autodestructiva	8	63	X			
Patología severa de personalidad	Bruto	BR				
S Esquizotípica	6	61	X			
C Límite	9	60	X			
P Paranoide	7	63	X			

Síndromes clínicos		Bruto	BR		
A	Trastornos de Ansiedad	10	88		X
H	Trastorno Somatoformo	10	75		X
N	Trastorno Bipolar	5	50		
D	Trastorno Distímico	10	75		X
B	Dependencia del alcohol	7	72	X	
T	Dependencia de sustancias	11	74	X	
R	Trastorno estrés postraumático	11	66	X	
Síndromes clínicos graves		Bruto	BR		
SS	Desorden del pensamiento	7	47		
CC	Depresión mayor	15	77		X
PP	Desorden delusional	4	69	X	
Escala Modificadores		Bruto	BR		
X	Sinceridad	107	107		X
Y	Deseabilidad Social	14	70	X	
Z	Devaluación	20	75		X
V	Validez	2	2		

Conclusiones

Respecto a los resultados obtenidos en la prueba del Inventario clínico multiaxial de Millon III, presenta indicadores elevados y predisponentes a desarrollar trastornos de ansiedad y dependencia a sustancias. Así mismo, muestra indicadores elevados para trastorno de personalidad antisocial, con marcados rasgos autodestructivos. Finalmente presenta indicadores moderados a desarrollar un cuadro depresivo.

Recomendaciones

- Incrementar su capacidad de manejar sus propios problemas mediante las técnicas de:
 - Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.
 - Entrenamiento en habilidades sociales.
 - Entrenamiento en habilidades de comunicación.
 - Entrenamiento en habilidades para la vida

- Orientación psicológica a la familia

Informe psicológico prueba de Esquemas Disfuncionales Tempranos

Datos de Filiación

- Nombres y Apellidos : Ocxor Danny Valle Velita
- Edad : 21 años
- Fecha de Nacimiento : 08/02/2000
- Lugar de Nacimiento : Lima - Perú
- Sexo : Masculino
- Estado Civil : Soltero
- Grado de Instrucción : Secundaria completa
- Número de DNI : 75723024
- Historia Clínica : 35356
- Evaluador : Lic. Victor Bryan Cuadros Mariños

Motivo de consulta

El paciente refiere que al fumar tiene pensamientos como “me olvido de todos los problemas” (sus problemas son los recuerdos del abandono de su padre, también los malos momentos que experimenta, cuando discute con la mamá de su hijo y cuando recuerda que tiene TBC) y siente: alegría 8/10 y placer 9/10. Frente a su comportamiento Joel refiere “de juego en juego la marihuana me está consumiendo” “esto me pasa por juntarme con amigos del mal vivir, necesito ayuda por favor”. “Sé lo que me está causando, pero aún sigo fumando no sé por qué”.

Observaciones generales y de conducta

El examinado se presenta desaliñado y con falta de aseo personal, vestimenta adecuada a la estación. De estatura mediana, contextura delgada, con rostro pálido, denotando cansancio preocupación. De caminar lento y postura medio encorvado.

Denotando expresiones de tristeza y abatimiento, desinterés, irritabilidad e incapacidad para experimentar placer cuando no ha consumido la droga.

Técnicas e instrumentos de evaluación

Prueba de Esquemas Disfuncionales Tempranos

Resultados

Tabla 6

Resultados de pre test de la Prueba de Esquemas Disfuncionales Tempranos

EMS	Puntuación significativa
Deprivación Emocional	3
Desconfianza / Abuso	3
Dependencia / Incompetencia	2
Subyugación	2
Intitularían / Grandiosidad	2

Conclusiones

- Puntuación muy alta en los EMS Deprivación Emocional, Desconfianza/abuso
- Puntuación moderadamente alta en los EMS Dependencia / Incompetencia Subyugación y Grandiosidad.

Recomendaciones

- Orientación psicológica a la familia
- Terapia de Esquemas

2.5.5. Informe psicológico integrador

Informe integrado de todos los instrumentos Psicológicas Aplicados

Datos de afiliación

- Nombres y Apellidos : Ocxor Danny Valle Velita
- Edad : 21 años
- Fecha de Nacimiento : 08/02/2000
- Lugar de Nacimiento : Lima - Perú
- Sexo : Masculino
- Estado Civil : Soltero
- Grado de Instrucción : Secundaria completa
- Número de DNI : 75723024
- Historia Clínica : 35356
- Evaluador : Lic. Victor Bryan Cuadros Mariños

Motivo de consulta

Paciente ingresa de manera voluntaria con diagnostico medico TBC pulmonar (++++) al programa de PCT, manifiesta: “Desde los 12 años consumo marihuana en el colegio, cada vez fue más lo que consumía. No podía controlarme, tenía alucinaciones, dolor de cabeza, sentía que me relajaba por completo y me ayudaba a resolver mis problemas.

Me dediqué a robar, estar con malos amigos, como siete veces me llevaron a centros de rehabilitación en contra de mi voluntad, pero no me gustaba estar allí porque pensaba “cuando

estás en este mundo nadie te cambia”, así que me escapaba cada cierto tiempo, pero mi hermana era la que me internaba de nuevo.

Mi mamá vendía pasta básica de cocaína y llevaba al extranjero, mi padre es alcohólico y desde chibolo me pegaba mucho, eso me daba cólera (9/10) ganas no me faltaban de matarlo. Al final se terminaron separando, era para hacerlo hace rato.

Dos de mis hermanos también consumían marihuana y pasta básica de cocaína. Uno está preso ahora y el otro falleció porque le dio fuerte la TBC. Eso me pegó duro, me sentí muy triste (8/10), era bien pegado a él”

Observaciones generales y de conducta

El evaluado es un hombre de 21 años, de tez trigueña, contextura delgada, aproximadamente de 65 kg, con una estatura de 1.68 cm aproximadamente. Cabello negro, corto y lacio, cara de forma triangular, ojos negros, nariz aguileña y labios delgados.

Acude con vestimenta acorde a la estación, pero en mal estado de conservación. Así mismo denota falta de higiene y arreglo personal.

Al inicio de la entrevista se denota marcha lenta, postura semi encorvada y denota facies de preocupación. Se encuentra lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. Emplea un lenguaje comprensible, pausado, con tono de voz bajo y discurso coherente. Conservada capacidad en la atención sostenida, memoria de corto y largo plazo siendo capaz de evocar información respetando secuencia y orden cronológico.

Presenta indicadores de inestabilidad emocional, inseguridad, ansiedad, bajo control de sus impulsos y emociones.

Durante el proceso de evaluación muestra una actitud de colaboración, sin embargo, presenta síntomas de ansiedad, tales como movimientos de piernas y sudoración palmar. Así

mismo se le observa muy preocupado por su condición de salud debido a la TBC, manifiesta que se siente cansado todo el tiempo, tiene sueño y tos constante.

Instrumentos de evaluación

- Prueba de detección para alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).
- Cuestionario de personalidad Eysenck & Eysenck forma B.
- Cuestionario señales de alerta de recaída 3.0 (AWERE).
- Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island. (URICA).
- Inventario clínico multiaxial de Millon – III
- Cuestionario de esquemas de Young.

Resultados

De acuerdo a las pruebas aplicadas al paciente podemos obtener los siguientes resultados:

De acuerdo a los resultados obtenidos por medio de los puntajes arrojados en la prueba del ASSIST; podemos observar que el evaluado presenta puntajes altos en consumo de cannabis (34 pts.) y cocaína (30 pts.) respectivamente, que lo ubica en un nivel de riesgo alto para sufrir problemas a nivel emocional (ansiedad, paranoia, pánico y depresión), a nivel cognitivo (problemas de atención, disminución de la memoria y la capacidad de resolver problemas), a nivel fisiológico (Problemas de la presión arterial, cardiacos y respiratorios); así como también daños irreversibles al organismo.

El test de personalidad de EYSENCK, evidencia los siguientes rasgos: temperamento altamente colérico, extrovertido e inestable emocionalmente.

Esto indica que Ocxor es una persona poco tolerante a la frustración, con dificultad para controlar sus impulsos, con una marcada tendencia a la agresividad. Así mismo, presenta fuerte predominio de la excitación frente a la inhibición, por lo que existe incapacidad para mantener

el control y límites pertinentes de reacciones tempestuosas. Hay falta de autodominio, impaciencia, intranquilidad e inconstancia. Suele ser enérgico y tiende a la acción.

En el Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0, el evaluado se encuentra en un nivel de riesgo alto hacia la recaída obteniendo un puntaje de 122 debido que actualmente presenta pensamientos recurrentes de consumo, problemas en su alimentación y sueños interrumpidos.

El puntaje obtenido en la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island-URICA, identifica al sujeto con un puntaje mayor que corresponde al estado de cambio de precontemplación, en el cual el examinado presenta puntaje mayor en el comportamiento precontemplativo como minimizar la adicción y los deseos de cambiar es por exigencia externa más que por sí mismo, siendo su principal motivo de cambio el estado de su enfermedad (TBC). En tanto, el comportamiento de contemplación invierte energía en pensar acerca del cambio, pero no se traduce en acciones concretas. Finalmente, se presenta algunos indicadores de mantenimientos en tiempo muy breve, como evitar volver a consumir marihuana, siendo esta conducta muy baja, oscilante y no duradera.

Respecto a los resultados obtenidos en la prueba del Inventario clínico multiaxial de Millon III, presenta indicadores elevados y predisponentes a desarrollar trastornos de ansiedad y dependencia a sustancias. Así mismo, muestra indicadores elevados para trastorno de personalidad antisocial, con marcados rasgos autodestructivos. Finalmente presenta indicadores moderados a desarrollar un cuadro depresivo.

Finalmente, en la aplicación de la Prueba de Esquemas Disfuncionales Tempranos, arroja una puntuación muy alta en los EMS Deprivación Emocional, Desconfianza/abuso, así mismo una Puntuación moderadamente alta en los EMS Dependencia / Incompetencia Subyugación y Grandiosidad.

Diagnostico

Diagnostico Nosográfico

El diagnostico principal según el CIE 10 es el síndrome de dependencia debido al consumo de cannabinoides F12.2 (las características principales que cumple el usuario para este diagnóstico son el cuadro de tolerancia es decir que hace falta más dosis para alcanzar los efectos deseados y la dependencia, con el consecuente síndrome de abstinencia, así como también gran somnolencia, depresión, apareciendo el estado de desmotivación con alteración en las capacidades de concentración y memoria)

Diagnostico Diferencial

Así mismo a continuación se describe otros diagnósticos similares del caso presentado:

- Trastorno asocial de la personalidad F60.2 (El usuario presenta las siguientes características clínicas como conductas ilegales, falta de preocupación y de interés por los sentimientos de los demás y consumo de sustancias)
- Problemas relacionados con violencia. R-456 (el usuario ha sido víctima de violencia de muchas formas tanto físico, psicológico y verbal dentro de su núcleo familiar)
- Otros trastornos de los hábitos y de los impulsos. F-638 (el usuario no es capaz de soportar o resistirse al impulso de cometer una acción que acabará siendo nociva para la propia persona o para los demás).
- Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable. F-603 (significa una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin anticipar las consecuencias de las acciones, junto a un estado de ánimo inestable y caprichoso, así mismo frecuentes arrebatos de ira que conducen a actitudes violentas o manifestaciones explosivas).

Conclusiones

De acuerdo a los resultados de las pruebas realizadas al evaluado se concluye lo siguiente:

- Síndrome de dependencia debido al consumo de cannabinoides F12.2
- Trastorno del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas F19.9
- Trastorno asocial de la personalidad F60.2
- Problemas relacionados con violencia. R-456
- Otros trastornos de los hábitos y de los impulsos. F-638
- Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable. F-603
- Baja tolerancia a la frustración.
- Indicador alto de recaída a sustancias psicoactivas.
- Factores protectores inadecuados
- trastornos de ansiedad y dependencia a sustancias.

Recomendaciones

- Terapia de manejo de impulsos y control de la ira.
- Terapia de relajación
- Psicoterapia en reestructuración de pensamientos.
- Terapia familiar (consejería y orientación)
- Modificación de conducta en prevención de recaídas.
- Interconsulta a psiquiatría
- Interconsulta a nutrición

Tabla 7*Diagnóstico funcional*

Exceso	Debilitamiento	Déficit
<ul style="list-style-type: none"> • Vergüenza cuando le preguntan por su enfermedad actual de la tuberculosis. • Ansiedad relacionada al consumo (Consumir 4 “toques” de cigarros de marihuana) • Vergüenza al caminar por la calle. • Evita presentarse a trabajos por su enfermedad actual. • Camina de un lado a otro. • Esta atento observando con detalle teniendo miedo que lo maten. • Se dirige a comprar la marihuana buscando un lugar para fumarla solo. • Ansiedad Medidas en SUD 10/10, Placer 8/10. Relajación 9/10, Colera 9/10, Miedo 8/10 Tristeza 8/10 y Vergüenza 7/10 • Dolor de cabeza, Aceleración del corazón, hiperventilación, Sudoración facial, Nauseas, Relajación muscular, Alucinaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Motivación interna y externa (proyecto de vida, familia, etc.) • Confianza de sí mismo para el mantenimiento al cambio. • Capacidad cognitiva (memoria, atención y concentración) 	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades sociales. • Ausencia de control de emociones e impulsos. • Actividades recreativas de agrado • Empatía. • Asertividad • Autoconcepto • Manejo de ansiedad.
<p>Pensamientos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Las personas deben consumir para sentirse bien y chévere para hacer mis actividades” • “Esto me alivia un rato hasta que pase el efecto” • “Estando en este mundo nadie me cambiara” • “El miedo es para los cobardes” • “Consumir ayuda a resolver mis problemas” • “Ya no creo en nadie” • “Ganas no me falta de matar a mi padre” • “Nadie se preocupa por mí”. • “Quiero estar pasado” • “Me viene la picazón”. 		

Tabla 8*Análisis funcional*

Estímulo discriminativo	Conducta	Estímulo reforzador
		Estímulos consecuentes
<p>Interno</p> <ul style="list-style-type: none"> • El síndrome de abstinencia. • “Me meto un purrito para empezar el día” • “me da una calentura, necesito dinero para fumar”. • Recuerdos, como el padre biológico siempre le insultaba y le pegaba hasta sacarle sangre en su niñez. • “Recuerdos de su hermano que falleció de TBC”. <p>Externo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Venta de drogas en el colegio. • Cuando el padre biológico llegaba mareado a casa. • Reuniones con los amigos para robar. • Al observar a sus hermanos consumir drogas o amistades. 	<p>Motor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Camina de un lado a otro. • Esta atento observando con detalle teniendo miedo que lo maten. • Consumir 4 “toques” de cigarros de marihuana. • Se dirige a comprar la marihuana buscando un lugar para fumarla solo. <p>Emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Placer 8/10. Relajación 9/10, Colera 9/10, Miedo 8/10 Tristeza 8/10 y Vergüenza 7/10 <p>Fisiológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor de cabeza, aceleración del corazón, hiperventilación, sudoración facial, náuseas, relajación muscular, alucinaciones. <p>Cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Las personas deben consumir para sentirse bien y hacer sus actividades” • “Esto me alivia un rato hasta que pase el efecto” • “Estando en este mundo nadie me cambiara” • “El miedo es para los cobardes” • “Consumir ayuda a resolver mis problemas” • “Ya no creo en nadie” • “Ganas no me falta de matar a mi padre” • “Nadie se preocupa por mí”. 	<p>Refuerzo externo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La madre biológica vendía pasta básica de cocaína en el hogar. • Sus hermanos varones consumen marihuana y pasta básica de cocaína en el barrio. • La mama accede a cualquier petición de su hijo. • Sus amigos del colegio y de la calle le incentivaban a comprar y fumar marihuana. <p>Refuerzo interno: (pensamientos)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alivio del síndrome de abstinencia, sensación de mayor energía • “Con la marihuana puedo pensar con más claridad”. • “La marihuana no es algo tan problemático”.

Tabla 9*Análisis cognitivo:*

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y Conducta (C)
Al recordar como su padre venia mareado y le pegaba cuando era niño	“Ganas no me falta de matar a mi padre” “Ahora mi padre quiere imponer su regla, pero ya no vive acá, por eso si lo veo lo mato”. “Nunca me quiso”.	<ul style="list-style-type: none"> • Colera 10/10 • Tristeza 10/10 • Evita el contacto físico con su padre.
Cuando discute con su madre, pareja actual u otra persona	“Consumir ayuda a resolver mis problemas”, “Esto me alivia un rato hasta que pase el efecto”	<ul style="list-style-type: none"> • Vergüenza 6/10 • Ira 7/10 • Acude a la pampa cerca a su casa y consume marihuana
Cuando se encuentra en su casa sin hacer nada	“Necesito consumir para sentirme chévere”, “Quiero estar pasado”	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad 10/10 • Placer 10/10 • Compra la marihuana.
Cuando observaba a su mama vender pasta básica de cocaína	“Que se sentirá ese polvo blanco” “Eso te da vitalidad para las actividades”	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo 8/10 • Asombro 10/10 • Evita no comentarle nada a su mama.
Al recordar la muerte de su hermano a causa de la tuberculosis	“Porque las personas buenas conmigo se van de mi vida”	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza 10/10 • Preocupación 8/10 • Se encierra en su cuarto y no sale.
Al enterarse de su diagnóstico médico de la tuberculosis	“Me voy a morir”, “Las personas me tendrán asco”, “Que será de mi vida”, “Nadie se preocupa por mí”.	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza 10/10 • Temor 10/10 • Evita el contacto con su propia familia para no contagiarlos.
Al recordar cuando estaba en el mundo del sicariato y robo.	“No todas las personas tienen los pantalones para hacerlo” “Si yo mato a alguien es porque detrás de ello hay dinero” “Me sentía bien después de cumplir con el trabajo”, “Estando en este mundo nadie me cambiara”, “El miedo es para los cobardes”	<ul style="list-style-type: none"> • Placer 7/10 • Miedo 6/10 • Mira a todos lados por el miedo a ser perseguido.
Cuando discute con su pareja actual o al recordar sus anteriores parejas.	“Me costó mucho enamorarme ahora”, “El amor me ha pagado mucho sufrimiento”, “Porque las mujeres son tan complicadas”	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza 8/10 • Temor 7/10 • Convive con su pareja actual.

Tabla 10*Criterios según el DSM V para el Trastorno por consumo de sustancia*

CRITERIOS DSM V		Presentes en la paciente
A	El consumo provoca problemas.	<ul style="list-style-type: none"> Su consumo le trajo problemas con su familia, con la policía, amigos y su pareja.
B	Existe un patrón de consumo. La repetición de este consumo forma un hábito con patrón predecible.	<ul style="list-style-type: none"> Empezó a consumir 2 veces a la semana y actualmente todos los días.
C	El consumo genera malestar o disfunción. Esto indica que el consumo de sustancia debe tener intensidad suficiente para interferir de alguna manera con la vida del paciente	<ul style="list-style-type: none"> Al consumir manifiesta que ha perdido la concentración en sus actividades y problemas físicos.
D	La interferencia con la vida del paciente debe demostrarse con por lo menos dos síntomas a partir de un listado:	
D.1	Más consumo que el que se pretende	<ul style="list-style-type: none"> Llego a consumir 4 paquetitos de marihuana por día.
D.2	Esfuerzos por reducir el consumo	<ul style="list-style-type: none"> Intento muchas veces alejarse de la droga, incluso estuvo internado, pero no pudo.
D.3	Inversión de mucho tiempo para conseguir o consumir la sustancia	<ul style="list-style-type: none"> Consume marihuana casi todos los días, invirtiendo 2 horas por día de consumo.
D.4	Comportamiento de búsqueda (craving)	<ul style="list-style-type: none"> Busca a sus amigos que le inviten o compra la marihuana cuando piensa en ella.
D.5	Descuido de responsabilidades y disminución de actividades	<ul style="list-style-type: none"> Descuido de actividades académicas, laborales y en el hogar.
D.6	Problemas sociales	<ul style="list-style-type: none"> Robo con arma, delincuencia, ha estado en el mundo del sicariato.
D.7	Consumo a pesar de existir riesgo físico	<ul style="list-style-type: none"> Consumo persistente a pesar que está en tratamiento de tbc, no midiendo las consecuencias del consumo.
D.8	Tolerancia y síntomas de abstinencia.	<ul style="list-style-type: none"> Cuando deja de consumir por 2 días presenta síntomas como: irritabilidad, cansancio, problemas de sueño, sudoración.

2.6. Intervención

2.6.1. Plan de Intervención

El plan de intervención tiene relación entre el objetivo del programa relacionados con el diagnóstico, intervención y evaluación de resultados con los objetivos de las sesiones, así mismo se presentaron las sesiones terapéuticas, trabajadas bajo el modelo cognitivo conductual, entre ellas se consideró las respuestas del análisis funcional en relación de las manifestaciones del usuario, para ello se identificó las técnicas y procedimientos que atendieran a las necesidades, señalados en la Tabla 01 adaptadas al caso clínico abordado. Así mismo se describieron cada uno de los instrumentos, con sus respectivas fichas técnicas, de evaluación pertinentes utilizados en el estudio. El tratamiento se prolongó a lo largo de 25 sesiones, cada una en un rango de 60 minutos de duración, previstas inicialmente con una periodicidad de una vez por semana, sin embargo si ocurriera una contingencia se añadiría una sesión a la semana pertinente (se tuvo en consideración las normas de salud vigentes en el contexto COVID-19) así como del estado de emergencia sanitaria. La terapia tuvo una duración aproximada de siete meses. Las sesiones estuvieron divididas entre la evaluación pretratamiento, el proceso de evaluación propiamente dicho (Historia psicológica, problema actual, desarrollo cronológico del problema, historia personal, evaluación psicométrica y diagnóstico en sus diversas modalidades), intervención, evaluación y seguimiento.

2.6.2. Programa de intervención

A continuación, se va señalar sesión por sesión trabajado con el usuario:

Tabla 11

Primera sesión – psicoeducación sobre la tuberculosis y consumo de drogas.

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Presentación y bienvenida	“saludo y presentación”		<ul style="list-style-type: none"> • se le dio la bienvenida a la primera sesión. 		5'	
	“Revisión del protocolo de visita domiciliaria”.		<ul style="list-style-type: none"> • Se acude con el usuario a su domicilio. • Se aplica las preguntas de la hoja de visita (Ver anexo) • Se realiza el cuestionario de riesgos ambientales. (Ver anexo) • Se le brinda las pautas de salubridad en el hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> • hojas de formatos impresos • lapiceros 	10'	Se firmó las hojas de la visita domiciliaria y el compromiso con la familia.
Desarrollo central	Explicación sobre la enfermedad de la tuberculosis y sobre las drogas.	Reforzar la empatía y fomentar la adherencia al tratamiento a través de la psicoeducación.	<ul style="list-style-type: none"> • se fomentó a la familia la información de las tuberculosis: ¿Qué es?, forma de contagio, tipos de esquemas de TBC, modos de prevención, alimentación saludable, tratamiento farmacológico, y el soporte familiar. • se conversó sobre el tema del consumo de drogas: ¿Qué son las drogas?, tipos, consecuencias perjudiciales a la salud, etapas de adicción, consumo de droga/ TBC, y la adherencia al tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rotafolio de la tuberculosis • Trípticos informativos de las drogas. • Tríptico del esquema de la tuberculosis. 	30'	
Desarrollo central	Explicación del tratamiento bajo el enfoque cognitivo conductual	Verificar si el paciente vive dentro de la jurisdicción y evaluar las condiciones ambientales y familiares.	<ul style="list-style-type: none"> • se enfatizó sobre los pensamientos y como estos influyen directamente en su forma de actuar, sobre las emociones y síntomas físicos y la importancia del tratamiento cognitivo conductual. • Se explico sobre la importancia de la interconsulta con el médico psiquiatra que llevara 1 vez al mes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trípticos sobre la terapia cognitivo conductual. • Imágenes impresas 	10'	Se observo la participación de la familia y el compromiso de la pareja.
Final	Resumen		Preguntas sencillas y cortas sobre lo conversado en la sesión.	<ul style="list-style-type: none"> • Pelota de tela. 	5'	

Tabla 12

Segunda sesión – Entrenamiento en el modelo cognitivo conductual.

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Bienvenida y repaso	Breve resumen de la importancia de la visita domiciliaria y de los conceptos de la tuberculosis y consumo de sustancias.		<ul style="list-style-type: none"> Se felicita al usuario por la asistencia a la segunda sesión y se le hicieron preguntas concretas sobre el modo de transmisión de la tuberculosis, que alimento saludable debe consumir, que tipo de terapia psicológica usaremos durante todas estas sesiones y la importancia de continuar con el tratamiento farmacológico para el consumo de sustancias psicoactivas. 	<ul style="list-style-type: none"> Ruleta de preguntas. Papel lapicero 	5'	
Estructura de las sesiones	Acuerdos	Recoger información empleando la historia clínica cognitivo conductual, elaboración de la línea base a través de las pruebas psicológicas.	<ul style="list-style-type: none"> se fijaron los días Lunes para las sesiones. hora acordada 9am Traer un folder y hojas bond. cumplir con las tareas y ejercicios que se dejan para la casa. Acudir al establecimiento de salud a tomar su tratamiento para la tuberculosis. Acudir a las interconsultas por psiquiatría. 	<ul style="list-style-type: none"> Papel bond. lapicero 	5'	Se firmó el contrato conductual y el consentimiento informado para las terapias psicológicas.
Desarrollo central	Evaluación	Lograr el entendimiento del modelo cognitivo conductual.	<ul style="list-style-type: none"> se le realiza la ficha de intervención psicológica indagando diferentes áreas como lo emocional, sueño, alimentación, carácter, aspecto socio familiar, aspectos de socialización, conductas de consumo, aspecto laboral, académico, personalidad, y responsabilidad frente a su enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> Formato impreso lapicero 	20'	
Desarrollo central	Entrenamiento del modelo cognitivo conductual		<ul style="list-style-type: none"> Se le entrena al usuario mediante el modelo cognitivo conductual a través de un cuadro (ver anexo) sobre la relación entre nuestros pensamientos, emociones y conductas, explicándole que el comportamiento humano cuenta principalmente con tres componentes: Lo que hacemos, lo que sentimos (emociones) y lo que pensamos. 	<ul style="list-style-type: none"> Formato impreso cognitivo conductual. Lápiz Borrador 	25'	Se le observo participativo durante las ejemplificaciones en conjunto.
Final	Asignación de tarea		<ul style="list-style-type: none"> Se le asigna una tarea para la casa en donde va a identificar 3 situaciones diferentes, que piensas, que sientes y que acciones hace, trayéndolo para la próxima sesión, y si tienes alguna pregunta anotarlas en una hoja para ayudarte a aclararlas 	<ul style="list-style-type: none"> Formato impreso de tarea para casa. 	5'	

Tabla 13

Tercera y Cuarta sesión – Entrenamiento en respiración diafragmática.

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Repaso	Breve dialogo sobre la tarea que se dejó para la casa.		<ul style="list-style-type: none"> • Se hicieron preguntas abiertas sobre algunos inconvenientes sobre la tarea para la casa. • Se procedió a leer cada uno de los ejemplos desarrollando la actividad con el usuario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Papel impreso. • Lápiz • Borrador • Pizarra • Plumón para pizarra. • Mota. 	10´	El usuario cumplió y entrego con el registro de la tarea asignada.
Desarrollo central	Psicoeducación		<ul style="list-style-type: none"> • Se le entrego una infografía impresa sobre el objetivo de la técnica, y los pasos a realizar. (Ver anexo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato impreso • Pizarra y plumón. 	5´	
Desarrollo central	Técnica de respiración diafragmática	Evaluar a través del cuestionario de personalidad Eysenck & Eysenck forma B.	<ul style="list-style-type: none"> • Se trabajo los pasos a seguir diciéndole que se siente en la silla y tome una posición cómoda, colocando las manos sobre el pecho y el abdomen, inhalando por la nariz aguantando la respiración 5 segundos y luego expulsando el aire lentamente con los labios juntos Practique esta técnica de respiración durante 5 a 10 minutos al principio y trate de hacerlo de 2 a 4 veces al día. Luego aumente la cantidad de tiempo y la frecuencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Parlante con bluetooth • Música 	20´	El usuario se mostró participativo y colaborador cumpliendo con el objetivo.
Desarrollo central	Asignación de tarea	Enseñar al usuario la técnica de respiración diafragmática disminuyendo su nivel de ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Se le asigno la tarea en donde el usuario anotara en un formato el día, hora, facilidad para respirar, concentración durante el ejercicio, y la relajación al terminar por una semana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato impreso 	5´	
Final	Aplicación del cuestionario de personalidad Eysenck & Eysenck forma B.		<ul style="list-style-type: none"> • Se aplica el cuestionario de personalidad Eysenck & Eysenck forma B evaluando Introversión, Extroversión, Estabilidad "N" e Inestabilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato impreso. • Lápiz • Borrador • Tajador 	20´	El usuario se mostró colaborador ente las preguntas.

Tabla 14

Quinta y sexta sesión – Entrenamiento en la técnica de tensión y relajación de Jacobson.

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Repaso	Breve dialogo sobre la tarea que se dejó para la casa.		<ul style="list-style-type: none"> • Se hicieron preguntas abiertas sobre algunos inconvenientes sobre la tarea para la casa. • Se procedió a leer y a identificar los días, hora, facilidad para respirar, la concentración durante el ejercicio y la relación del terminar la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Papel impreso. • Lápiz • Borrador • Pizarra • Plumón para pizarra. • Mota. 	5´	El usuario cumplió y entrego con el registro de la tarea asignada.
Desarrollo central	Psicoeducación	Evaluar indicadores de trastorno de personalidad, ansiedad y dependencia a sustancias a través del Inventario clínico multiaxial de Millon III.	<ul style="list-style-type: none"> • Se le entrego una infografía impresa sobre el objetivo de la técnica, el trabajo con cada uno de las partes de del cuerpo junto con la respiración. (Ver anexo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato impreso • Pizarra y plumón. 	5´	
Desarrollo central	Técnica de relajación de Jacobson		<ul style="list-style-type: none"> • Se trabajó la tensión y relajación con una de las partes del cuerpo como: manos, bíceps, antebrazos, frente, parte superior de la mejilla, cuello, pecho, hombros, espaldas, abdomen, piernas, muslo, pantorrilla, pie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Parlante con bluetooth • Música 	25´	El usuario se mostró participativo y colaborador cumpliendo con el objetivo.
Desarrollo central	Asignación de tarea	Enseñar al usuario la técnica de tensión y relajación de Jacobson identificando las respuestas fisiológicas y somáticas de la ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Se le asigna una tarea para la casa en donde el usuario pondrá en práctica por una semana la técnica aprendida teniendo una hoja de autorregistro en donde anotará su nivel de tensión y al final su nivel de relajación por cada parte de su cuerpo trabajado por una semana. (Ver anexo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato impreso del autorregistro para la casa. 	5´	
Final	Aplicación del Inventario clínico multiaxial de Millon III.		<ul style="list-style-type: none"> • Se aplica el inventario clínico multiaxial de Millon III evaluando los patrones clínicos de la personalidad, patología severa de la personalidad, síndromes clínicos y síndromes clínicos graves. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato impreso. • Lápiz • Borrador • Tajador 	20´	El usuario se mostró colaborador ente las preguntas.

Tabla 15*Séptima sesión – Entrenamiento de los mecanismos psicológicos de la adicción.*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Repaso	Breve dialogo sobre la tarea que se dejó para la casa.		<ul style="list-style-type: none"> • Se hicieron preguntas abiertas sobre algunos inconvenientes sobre la tarea para la casa. • Se procedió a leer los registros de relajación pre y post de indicadores (SUD) 	<ul style="list-style-type: none"> • Papel impreso. • Lápiz • Borrador • Pizarra 	5´	El usuario cumplió y entrego con el registro de la tarea asignada.
Desarrollo central	Psicoeducación	Evaluar los indicadores de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias.	<ul style="list-style-type: none"> • Se le entrego un material psicoeducativo sobre los mecanismos de defensa de la adicción explicándole sobre la definición de los mecanismos de defensa frente un consumo, y los principales mecanismos de adicción como: negación, minimización, racionalización y soberbia. (Ver anexo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato impreso • Pizarra. • plumón. • Mota 	10´	
Desarrollo central	Mecanismos de defensa de la adicción.	Entrenar al usuario sobre los mecanismos psicológicos de la adicción.	<ul style="list-style-type: none"> • Después de haber enseñado la parte informativa de los mecanismos psicológicos cuando una persona está consumiendo alguna sustancia, se le realiza la siguiente pregunta ¿tus sabias que los seres humanos emitimos respuestas para ocultar o defendernos inconscientemente ante algunas situaciones? • Junto con el usuario se establece ejemplos de su vida diaria identificando los 4 mecanismos de defensa frente a su consumo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato impreso • Lápiz • Borrador 	25´	El usuario se mostró participativo y colaborador cumpliendo con el objetivo.
Desarrollo central	Asignación de tarea		<ul style="list-style-type: none"> • Se le asigna una tarea para la casa en donde el usuario se llevará una hoja impresa de autorregistro en dónde colocará el mecanismo, el tipo, nivel de convicción 0-10 y la retribución. (Ver anexo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato impreso para llenar los mecanismos de defensas de la adicción. 	5´	
Final	Aplicación de la prueba de detección para alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).		<ul style="list-style-type: none"> • Se aplica la prueba de detección para alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) realizando preguntas como ¿Algunas ves en su vida a consumido cannabis? ¿En los últimos tres meses con qué frecuencia a consumido? 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato impreso. • Lápiz • Borrador • Tajador 	15´	El usuario se mostró colaborador ente las preguntas.

Tabla 16*Octava y Novena sesión – Restructuración cognitiva.*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Repaso	Breve dialogo sobre la tarea que se dejó para la casa.		<ul style="list-style-type: none"> • Se hicieron preguntas abiertas sobre algunos inconvenientes sobre la tarea para la casa. • Se procedió a leer los mecanismos de defensas que utiliza diariamente el paciente para posteriormente identificarlos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Papel impreso. • Lápiz • Borrador • Pizarra 	5'	El usuario cumplió y entrego con el registro de la tarea asignada.
Desarrollo central	Psicoeducación	Evaluar los esquemas disfuncionales temprano del usuario.	<ul style="list-style-type: none"> • Se le entrego un material psicoeducativo sobre un cuadro donde explica la situación que te ha llevado a pensar así, el pensamiento negativo distorsionado, como te hace sentir ese pensamiento, la discusión cognitiva, otra manera de pensar y como te siente con esta forma de pensar. (Ver anexo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato impreso • Pizarra. • plumón. • Mota • Lápiz • Borrador 	10'	
Desarrollo central	Restructuración cognitiva	Identificar los pensamientos distorsionados y restructuración de creencias adictivas mediante el entrenamiento en restructuración cognitiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Después de haber enseñado la parte informativa con el paciente se realiza algunos ejercicios para modificar algunos pensamientos que tiene actualmente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato impreso • Lápiz • Borrador 	25'	El usuario se mostró participativo y colaborador cumpliendo con el objetivo.
Desarrollo central	Asignación de tarea		<ul style="list-style-type: none"> • Se le asigna una tarea para la casa en donde el usuario se llevará una hoja impresa en donde colocará la situación y pensamiento negativo y como modificarlo. (Ver anexo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuadro impreso vacío 	5'	
Final	Aplicación del cuestionario de esquemas disfuncionales temprano de Young		<ul style="list-style-type: none"> • Se aplica la prueba evaluando la deprivación emocional, desconfianza abuso, dependencia, subyugación y grandiosidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato impreso. • Lápiz • Borrador • Tajador 	15'	El usuario se mostró colaborador.

Tabla 17*Decima y onceava sesión – Terapia Racional Emotiva Conductual*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Repaso	Breve dialogo sobre la tarea que se dejó para la casa.		<ul style="list-style-type: none"> • Se hicieron preguntas abiertas sobre algunos inconvenientes sobre la tarea para la casa. • Se procedió a leer los ejemplos que escribió el paciente, 	<ul style="list-style-type: none"> • Papel impreso. • Lápiz • Borrador • Pizarra 	5´	El usuario cumplió y entrego con el registro de la tarea asignada.
Desarrollo central	Psicoeducación	Evaluar el riesgo de recaída de sustancias.	<ul style="list-style-type: none"> • Se le entrego un material psicoeducativo sobre un cuadro donde explica el acontecimiento activador, pensamientos y creencias, las consecuencia emocionales y conductuales, el debate, evaluar efectividad de la creencia. (Ver anexo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato impreso • Pizarra. • plumón. • Mota • Lápiz • Borrador 	10´	
Desarrollo central	Terapia Racional emotiva conductual	Enseñar al usuario el TREC en drogodependencias.	<ul style="list-style-type: none"> • Después de haber enseñado la parte informativa con el paciente se realiza algunos ejercicios para modificar algunos pensamientos que tiene actualmente de consumo 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato impreso • Lápiz • Borrador 	25´	El usuario se mostró participativo y colaborador
Desarrollo central	Asignación de tarea		<ul style="list-style-type: none"> • Se le asigna una tarea para la casa en donde el usuario se llevará una hoja impresa en donde colocará la situación, pensamiento, respuestas y su debate de ellos para luego evaluarlos. (Ver anexo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuadro vacío impreso 	5´	colaborador cumpliendo con el objetivo.
Final	Aplicación del cuestionario de riesgo de recaídas Aware 3.0		<ul style="list-style-type: none"> • Se aplica la prueba evaluando el riesgo de recaída y los pensamientos recurrentes de consumo actuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato impreso. • Lápiz • Borrador • Tajador 	15´	El usuario se mostró colaborador.

Tabla 18*Decima segunda sesión – Técnica en solución de problemas*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Repaso	Breve dialogo sobre la tarea que se dejó para la casa.		<ul style="list-style-type: none"> • Se hicieron preguntas abiertas sobre algunos inconvenientes sobre la tarea para la casa. • Se procedió a leer los ejemplos que escribió el paciente, 	<ul style="list-style-type: none"> • Papel impreso. • Lápiz • Borrador • Pizarra 	5´	El usuario cumplió y entrego con el registro de la tarea asignada.
Desarrollo central	Psicoeducación	Evaluar el estado de cambio actual del consumo de marihuana.	<ul style="list-style-type: none"> • Se le entrego un material psicoeducativo sobre los pasos de la búsqueda de solución de problemas como: la identificación del problema, describir el problema, analizar la causa y establecer las posibles soluciones, ver la pro y contra de casa solución, la toma de decisión y evaluación. (Ver anexo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato impreso • Pizarra. • plumón. • Mota • Lápiz • Borrador 	10´	
Desarrollo central	Técnica en solución de problemas	Enseñar al usuario los 5 pasos de la técnica en solución de problemas.	<ul style="list-style-type: none"> • Después de haber enseñado la parte informativa con el paciente se realiza algunos ejercicios para la busca de alternativas de solución de su vida cotidiana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato impreso • Lápiz • Borrador • Tajador 	25´	El usuario se mostró participativo y colaborador cumpliendo con el objetivo.
Desarrollo central	Asignación de tarea		<ul style="list-style-type: none"> • Se le asigna una tarea para la casa en donde el usuario se llevará una hoja impresa en donde colocará una dificultad que este pasando y buscará las alternativas de solución siguiendo los pasos aprendidos. (Ver anexo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato impreso 	5´	
Final	Aplicación de la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island. (URICA).		<ul style="list-style-type: none"> • Se aplica la prueba evaluando el estadio de cambio pre contemplativo, contemplación, acción y mantenimiento del consumo de marihuana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato impreso. • Lápiz • Borrador • Tajador 	15´	El usuario se mostró colaborador.

Tabla 19*Decima tercera sesión – Entrenamiento asertivo*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Repaso	Breve dialogo sobre la tarea que se dejó para la casa.		<ul style="list-style-type: none"> • Se hicieron preguntas abiertas sobre algunos inconvenientes sobre la tarea para la casa. • Se procedió a leer la dificultad y las posibles soluciones ejecutándolo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Papel impreso. • Lápiz • Borrador • Pizarra 	5´	El usuario cumplió y entrego con el registro de la tarea asignada.
Desarrollo central	Psicoeducación	Entrenar al usuario los tipos de comunicación (estilo agresivo, pasivo y asertivo) a través del juego de roles.	<ul style="list-style-type: none"> • Se le entrego un material psicoeducativo sobre los estilos básicos de la conducta distinguiendo entre cada uno de ellos, reconociendo la mejor forma de actuar con el estilo asertivo. (Ver anexo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato impreso • Pizarra. • plumón. • Mota • Lápiz • Borrador 	20´	
Desarrollo central	Técnica en entrenamiento asertivo.		<ul style="list-style-type: none"> • Después de haber enseñado la parte informativa con el paciente se realiza algunos ejercicios reconociendo la mejor forma de actuar en un futuro, identificando sus pensamientos negativos y el objetivo que quiere conseguir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato impreso • Lápiz • Borrador • Tajador 	30´	El usuario se mostró participativo y colaborador cumpliendo con el objetivo.
Desarrollo Final	Asignación de tarea		<ul style="list-style-type: none"> • Se le asigna una tarea para la casa en donde el usuario se llevará una hoja impresa en donde colocará situaciones problemáticas, el grado de emoción que le genera y la conducta asertiva que emplea frente a esa situación. (Ver anexo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato impreso 	5´	

Tabla 20*Decima cuarta sesión – Entrenamiento de la Técnica de autocontrol del semáforo.*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Repaso	Breve dialogo sobre la tarea que se dejó para la casa.		<ul style="list-style-type: none"> • Se hicieron preguntas abiertas sobre algunos inconvenientes sobre la tarea para la casa. • Se procedió a leer el cuadro de las situaciones, emoción y de la conducta asertiva a emplear. 	<ul style="list-style-type: none"> • Papel impreso. • Lápiz • Borrador • Pizarra 	5'	El usuario cumplió y entrego con el registro de la tarea asignada.
Desarrollo central	Psicoeducación	Identificar las emociones básicas para el autocontrol de las emociones negativas: ira, impulsividad, agresividad, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Se le entrego un material psicoeducativo sobre las emociones básicas y las emociones negativas causados por situaciones así mismos sus posibles consecuencias. (Ver anexo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato impreso • Pizarra. • plumón. • Mota • Lápiz • Borrador 	20'	
Desarrollo central	Técnica de autocontrol del semáforo.		<ul style="list-style-type: none"> • Después de haber enseñado la parte informativa con el paciente, se le entrega 3 colores del semáforo. Rojo: pararse: cuando no podemos controlar una emoción, Amarillo: Pensar: después de detenerse es el momento de pensar y darse cuenta del problema que se está planteando y de lo que se está sintiendo, Verde: Solucionarlo: Si uno se da tiempo de pensar pueden surgir alternativas o soluciones al conflicto o problema. Es la hora de elegir la mejor solución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Papeles lustre • Goma • Cartulina • Tijera • Lápiz • Borrador • Tajador • Plumones 	30'	El usuario se mostró participativo y colaborador cumpliendo con el objetivo.
Desarrollo Final	Asignación de tarea		<ul style="list-style-type: none"> • Se le asigna una tarea para la casa en donde el usuario colocara situaciones de su vida generando algunas emociones clasificándolo por colores identificando la emoción más saludable. (Ver anexo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato impreso 	5'	

Tabla 21*Décimo quinta sesión – Condicionamiento aversivo al sabor con imaginería (CASI).*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Repaso	Breve dialogo sobre la tarea que se dejó para la casa.		<ul style="list-style-type: none"> • Se hicieron preguntas abiertas sobre algunos inconvenientes sobre la tarea para la casa. • Se procedió a leer las situaciones clasificando su emoción por colores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Papel impreso. • Lápiz • Borrador • Pizarra 	5´	El usuario cumplió y entrego con el registro de la tarea asignada.
Desarrollo central	Psicoeducación	Condicionar el estímulo alimentario (marihuana) por un estímulo aversivo (rechazo).	<ul style="list-style-type: none"> • Se le brinda la información acerca de la asociación entre un estímulo alimentario y una sensación de malestar produce una aversión alimentaria, procedimiento denominado condicionamiento aversivo a sabores (CAS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pizarra. • plumón. • Mota • Lápiz • Borrador 	20´	
Desarrollo central	Técnica de condicionamiento aversivo al sabor con imaginería (CASI).		<ul style="list-style-type: none"> • Después de haber enseñado la parte informativa con el paciente, se le pregunta que sabores le causan mucha amargura y nauseas, mostrándole 2 sabores en diferentes recipientes como la sábila y el concentrado de magnesio en polvo, por el cual el concentrado de magnesio le causo mucha amargura y nauseas queriendo arrojar, posteriormente se le dijo que imagine cuando tenía las ansias de consumo de la marihuana sin embargo le echaría el polvo de magnesio, preguntándole a que sabía, su respuesta fue un rechazo de inmediato. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vaso de vidrio • Sábila • Magnesio en polvo. 	30´	El usuario cumplió con el objetivo de la sesión.
Desarrollo Final	Asignación de tarea		<ul style="list-style-type: none"> • Se le asigna una tarea para la casa en donde el usuario colocara un autorregistro de pensamientos de consumo y que imagine el polvo de magnesio dentro del purrito de marihuana. (Ver anexo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato impreso 	5´	

Tabla 22*Vigésimo primera sesión – Prevención de recaídas*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Repaso	Breve dialogo sobre la tarea que se dejó para la casa.		<ul style="list-style-type: none"> • Se hicieron preguntas abiertas sobre algunos inconvenientes sobre la tarea para la casa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Papel impreso. • Lápiz • Borrador • Pizarra 	5'	El usuario cumplió y entregó con el registro de la tarea asignada.
Desarrollo central	Psicoeducación	Educar al usuario sobre la prevención de recaída e identificación de altos riesgos.	<ul style="list-style-type: none"> • Se le brinda la información acerca ¿Qué es una recaída? Diferentes modalidades de recaída Interacción entre inicio de consumo, cambio estilo de vida y desliz Diferencia entre desliz y recaída 	<ul style="list-style-type: none"> • Material impreso • Lapicero 	20'	
Desarrollo central	Prevención de recaídas		<ul style="list-style-type: none"> • Después de haber enseñado la parte informativa con el paciente, se plantea 3 puntos a tratar Asumir el compromiso que el usuario quiere mejorar Llevar a cabo el cambio Mantener el cambio logrado Para el terapeuta evaluar: situaciones de alto riesgo, estados de ánimos negativos, actitudes, pensamientos y sentimientos, conductas de recaída y otros factores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Material impreso • Pizarra • Mota 	30'	El usuario cumplió con el objetivo de la sesión.
Desarrollo Final	Asignación de tarea		<ul style="list-style-type: none"> • Se le asigna una tarea para la casa en donde el usuario aprenderá a responder y dar solución algunas situaciones de riesgo Ejemplo; aceptar una invitación a una fiesta en la que sabe que sus amigos van a consumir entre otros ejemplos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja bond 	5'	

Tabla 23*Vigésimo segunda sesión – Prevención de recaídas y proyecto de vida*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Repaso	Breve dialogo sobre la tarea que se dejó para la casa.		<ul style="list-style-type: none"> • Se hicieron preguntas abiertas sobre algunos inconvenientes sobre la tarea para la casa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Papel impreso. • Lápiz • Borrador • Pizarra 	5'	El usuario cumplió y entrego con el registro de la tarea asignada.
Desarrollo central	Psicoeducación	Establecer metas a corto, mediano y largo plazo favoreciendo la inserción social.	<ul style="list-style-type: none"> • Se le brinda la información acerca de un proyecto de vida respondiendo las siguientes preguntas: ¿Qué es un proyecto de vida? ¿Por qué realizar mi proyecto de vida? ¿Beneficios al establecer mi proyecto de vida? 	<ul style="list-style-type: none"> • Material impreso • Lapicero 	20'	
Desarrollo central	Proyecto de vida		<ul style="list-style-type: none"> • Después de haber enseñado la parte informativa con el paciente, se le pregunta ¿Quién soy yo? identificando sus fortalezas y limitaciones, su misión y visión de vida, estrategias de afrontamiento, ¿el para qué? ¿Cómo?, establecimiento de metas, plan de acción y la evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Material impreso • Pizarra • Mota 	30'	El usuario cumplió con el objetivo de la sesión.
Desarrollo Final	Asignación de tarea		<ul style="list-style-type: none"> • Se le asigna una tarea para la casa en donde el usuario establecerá metas corto plazo, mediano plazo y largo plazo realizando en una cartulina en donde sustentará la próxima sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de modelo 	5'	

Tabla 24*Vigésimo Tercera, vigésimo cuarta y vigésimo quinta sesión – Evaluación de Post test*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Repaso	Exposición		<ul style="list-style-type: none"> • El usuario sustento sus metas a corto, mediano y largo plazo. • Durante estas 3 últimas sesiones se realizó la aplicación de las siguientes pruebas psicológicas para evaluar la efectividad del programa de intervención. Se le indico al usuario que responda de manera sincera las siguientes preguntas de las encuestas: 	<ul style="list-style-type: none"> • Papel impreso. • Lápiz • Borrador • Pizarra 	5'	El usuario cumplió y entrego con el registro de la tarea asignada.
Desarrollo central	Aplicación de post test	Evaluar a través de las pruebas psicológicas después de intervención cognitivo conductual.	<p>23 sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicación del cuestionario de personalidad Eysenck & Eysenck forma B. - Aplicación del Inventario clínico multiaxial de Millon III <p>24 sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de la prueba de detección para alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). - Aplicación del cuestionario de esquemas disfuncionales temprano de Young. <p>25 sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicación del cuestionario de riesgo de recaídas Aware 3.0 - Aplicación de la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island. (URICA). 	<ul style="list-style-type: none"> • Material impreso • Lapicero • Lápiz 	55'	Se le observo participo a la hora de la aplicación de las pruebas psicológicas.

2.7. Procedimiento

Para la realización de este estudio primero se identificó al usuario mediante la captación de sintomático respiratorio de baciloscopia positiva de tuberculosis, y mediante la entrevista inicial se encontró en su historia personal conductas de consumo de marihuana coordinando las citas semanales revisando previamente la bibliografía y los objetivos de esta intervención terapéutica, posteriormente se le invito al usuario a participar de manera voluntaria con esta investigación durante su tratamiento de la tuberculosis. Así mismo se realizó la visita domiciliaria sensibilizando a la familia sobre la enfermedad siendo un soporte fundamental durante su tratamiento, posteriormente se estructuro las sesiones de intervención y se seleccionó diversos instrumentos psicológicos validados en nuestro país, finalmente se realizó la post evaluación y el seguimiento del caso.

2.8. Consideraciones éticas

La presente intervención se basa en los criterios éticos con el objetivo de asegurar la eficacia, objetividad y validación, según el Código de Ética y Deontología del colegio de psicólogos del Perú (2018) cumpliendo en el artículo 15 del capítulo I del ejercicio profesional se le explico al usuario al que se está tratando acerca de su situación de salud psicológica como resultado de la investigación.

El artículo 24 del capítulo III y el artículo 08 del capítulo III del código de ética de investigación de la universidad nacional Federico Villareal (2018) de la investigación se realizó el consentimiento informado (Anexo 01) en donde el usuario libremente accedió a la ayuda terapéutica voluntaria informándole sobre los procedimientos, objetivos y técnicas a utilizar durante los 7 meses de tratamiento, así mismo otro punto importante es la confidencialidad ya que en el artículo 58 del capítulo X las actividades que se realizó con el usuario en el consultorio no podían ser revelados sin su autorización.

III. RESULTADOS

3.1. Análisis de los resultados

A continuación, se detalla los resultados antes y después de la aplicación del programa permitiendo evaluar la intervención cognitivo conductual en un caso de trastorno del comportamiento por consumo de cannabinoide.

Tabla 25

Línea Base: Registro de conducta: frecuencia e intensidad

Conductas	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom	Total
Consumir 4 "toques" de cigarros de marihuana en un pampón cerca a su casa.	03	03		02	03	04	02	19
Placer al ingerir la marihuana.	10	10		10	10	10	10	10/10
Ansiedad de consumo de marihuana.	09	10	09	10	10	10	09	10/10
Sale a la calle a comprar la marihuana.	02	03		01	03	02	02	13
Camina de un lado a otro.	03	04	05	03	03	04	03	25
Cambio de humor repentino	04	05	04	03	04	05	03	28
Está atento observando con detalle teniendo miedo que lo maten.	04	03	06	04	05	07	03	32
Vergüenza al acudir al establecimiento de salud para su toma de tratamiento. (TBC)	05	06	05	04	03	03		05
Se vuelve lento en sus movimientos.	01		01	01			01	04
Perdida del sueño por las noches.	02	02	01	02	02	02	01	12
Evita trabajar o aceptar algún trabajo.	01		01			01		03
Miente con frecuencia.	02	01		02	01	03	01	10
Comportamientos de actos delictivos como robo	01		01			01		03
No participa en las actividades familiares			01	01	01		01	04

Figura 2

Frecuencia e Intensidad de las conductas de consumo de marihuana.

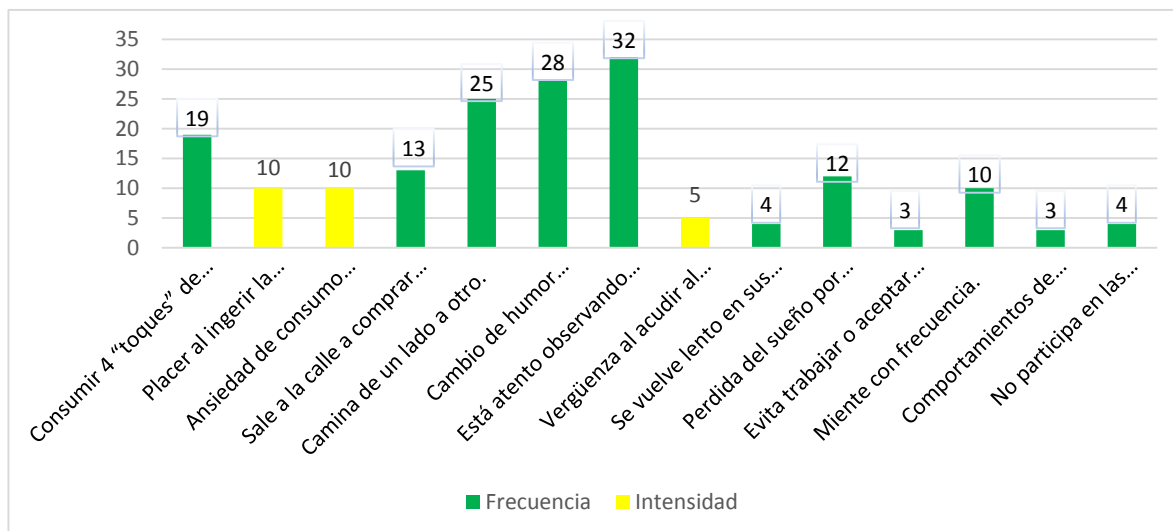
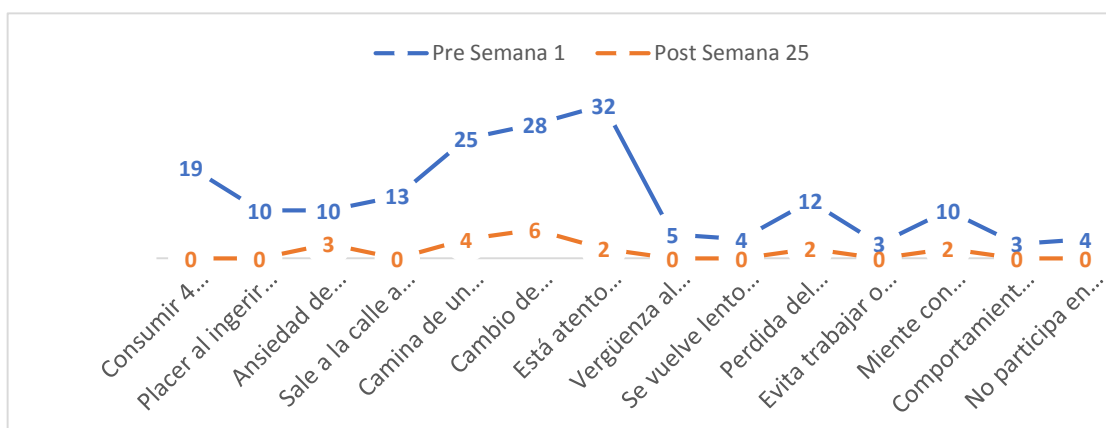


Tabla 26*Conducta / frecuencia e intensidad pre y post test*

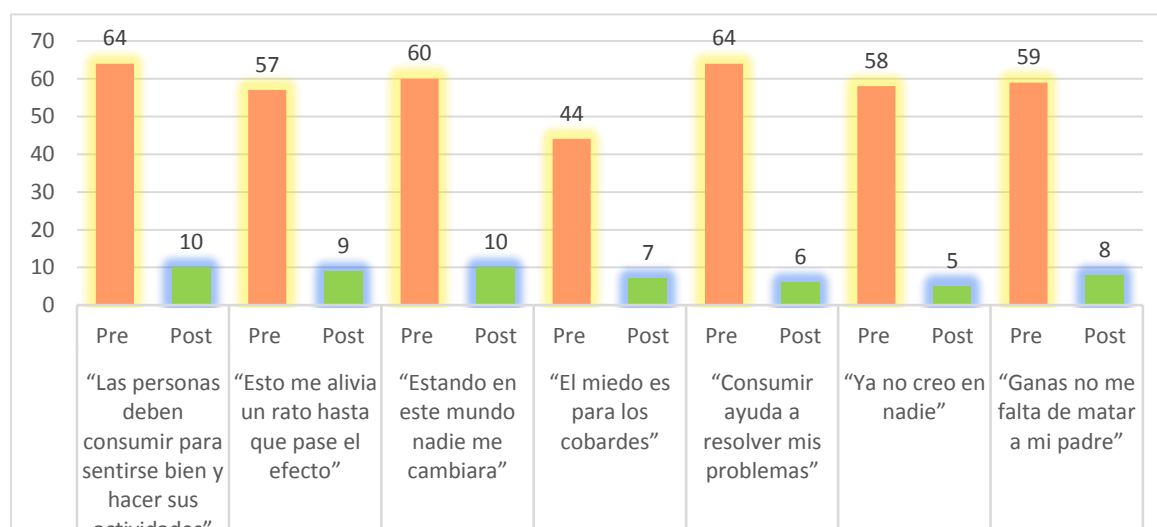
CONDUCTAS	Pre	Post
	Semana 1	Semana 25
Consumir 4 “toques” de cigarros de marihuana en un pampón cerca a su casa.	19	0
Placer al ingerir la marihuana.	10	0
Ansiedad de consumo de marihuana.	10	03
Sale a la calle a comprar la marihuana.	13	0
Camina de un lado a otro.	25	04
Cambio de humor repentino	28	06
Está atento observando con detalle teniendo miedo que lo maten	32	02
Vergüenza al acudir al establecimiento de salud para su toma de tratamiento.	05	0
Se vuelve lento en sus movimientos.	04	0
Perdida del sueño por las noches.	12	02
Evita trabajar o aceptar algún trabajo.	03	0
Miente con frecuencia.	10	02
Comportamientos de actos delictivos como robo	03	0
No participa en las actividades familiares	04	0

Figura 3*Resultados comparativos del grado de frecuencia e intensidad de las conductas por consumo de marihuana.*

Nota. En la tabla 26 se evidencia la disminución significativa de 08 conductas problemas con SUD de 0/10 de las 14 presentadas por el paciente al inicio del programa y 6 de ellas bajaron de un SUD de 10/10 a 3/10 y 2/10 (Figura 03).

Tabla 27*Registro de frecuencia de pensamientos del usuario pre y post*

Conducta / Problema	Period	Lu	Ma	Mier	Jue	Vie	Sab	Do	Tot
“Las personas deben consumir para sentirse bien y hacer sus actividades”	Pre	9	9	10	9	8	10	9	64
	Post	1	2	1	1	2	2	1	10
“Esto me alivia un rato hasta que pase el efecto”	Pre	7	6	8	10	8	9	9	57
	Post	2	2	2	1	0	1	1	09
“Estando en este mundo nadie me cambiara”	Pre	7	8	9	8	9	9	10	60
	Post	3	2	1	2	1	0	1	10
“El miedo es para los cobardes”	Pre	8	7	7	5	6	5	6	44
	Post	2	1	0	1	1	1	1	07
“Consumir ayuda a resolver mis problemas”	Pre	9	9	8	10	9	10	9	64
	Post	2	0	0	2	0	1	1	06
“Ya no creo en nadie”	Pre	8	6	7	7	8	9	6	58
	Post	1	1	0	0	1	1	1	05
“Ganas no me falta de matar a mi padre”	Pre	8	9	10	7	8	9	8	59
	Post	2	2	1	0	0	2	1	08

Figura 4*Resultados comparativos de frecuencia de pensamientos del usuario pre y post*

Nota. En la Tabla 27 muestra el registro de pensamientos, en donde hay una disminución del pensamiento “Las personas deben consumir para sentirse bien y hacer sus actividades” de 64 a 10, “Esto me alivia un rato hasta que pase el efecto” de 57 a 9, “Estando en este mundo nadie me cambiara” de 60 a 10, “El miedo es para los cobardes” de 44 a 7, “Consumir ayuda a resolver mis problemas” de 64 a 6, “Ya no creo en nadie” de 58 a 5 y “Ganas no me falta de matar a mi padre” de 59 a 8.

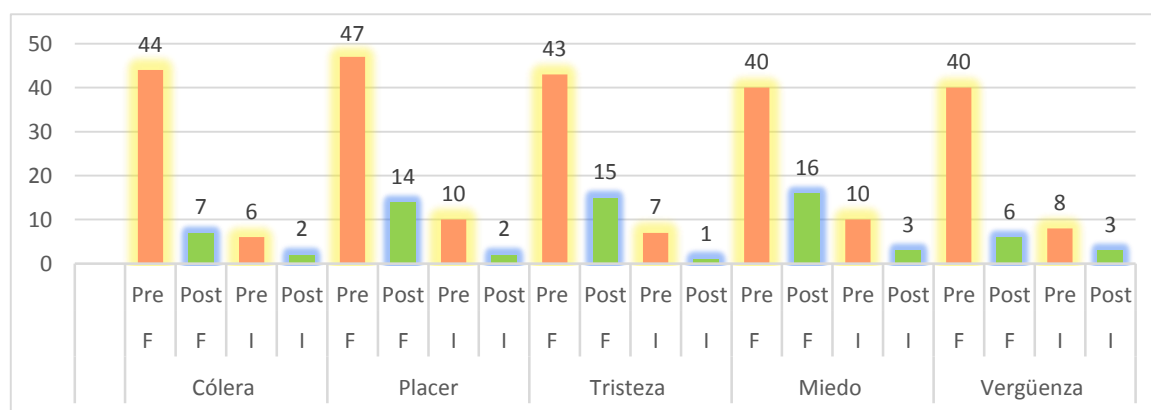
Tabla 28

Registro de frecuencia e intensidad de emociones del usuario pre y post test

Conducta Problema	Frec/ Inten	Period	Lun	Ma	Mie	Juev	Vie	Sab	Dom	Total Prom
Cólera (0-10)	F	Pre	4	6	7	7	5	7	8	44
	F	Post	2	2	1	0	1	0	1	07
	I	Pre	7	6	5	6	8	7	6	06
	I	Post	3	2	3	1	2	3	2	02
Placer (0-10)	F	Pre	9	8	9	8	9	8	10	47
	F	Post	3	2	2	2	2	1	2	14
	I	Pre	10	9	10	10	10	10	10	10
	I	Post	2	3	3	3	2	1	2	02
Tristeza (0-10)	F	Pre	5	5	6	7	5	7	8	43
	F	Post	2	2	3	2	2	1	3	15
	I	Pre	8	9	5	7	7	6	5	07
	I	Post	2	1	0	1	0	0	1	01
Miedo (0-10)	F	Pre Post	5	7	7	6	5	6	4	40
	F	Pre	2	2	3	2	2	3	2	16
	I	Post	10	9	10	10	10	9	9	10
	I	Post	3	4	3	2	2	3	3	03
Vergüenza (0-10)	F	Pre	5	6	5	5	7	6	6	40
	F	Post	2	2	1	0	0	1	0	06
	I	Pre	8	8	9	7	8	9	7	08
	I	Post	4	3	2	3	3	2	2	03

Figura 5

Resultados semanales de frecuencia e intensidad de emociones pre test y post test

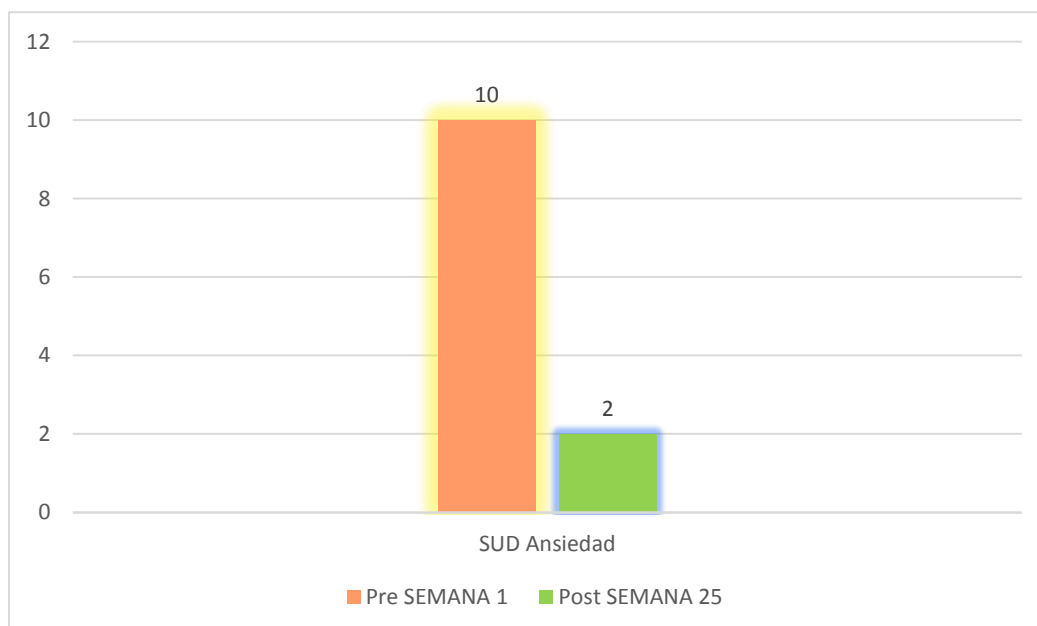


Nota. Como observamos en la Tabla 28 existe una disminución de la frecuencia e intensidad de la cólera durante la semana (pre=44 y post=7) así como en la intensidad ((pre=6 y post=2), respecto al placer de consumo también se aprecia un descenso en la frecuencia (pre=47 y post=14) y en su intensidad (pre=10 y post=2), la tristeza baja de frecuencia (pre= 43 y post=15) y en intensidad (pre=7 y post=1) y la miedo una disminución en la frecuencia (pre=40 y post=16) y en la intensidad (pre=10 y post=3) y vergüenza también en la frecuencia (pre=40 y post=6) y en la intensidad (pre=8 y post=3)

Resultados comparativos del SUD de ansiedad

Tabla 29*SUD de Ansiedad*

	Pre SEMANA 1	Post SEMANA 25
SUD Ansiedad	10	2

Figura 6*Resultados comparativos del test SUD de ansiedad*

Nota. Según los resultados en esta tabla 29 hay una disminución del nivel de ansiedad comparando la semana 1 en donde el SUD de ansiedad inicial era de 10/10 y la semana 25 en la que el SUD baja a 2/10.

Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0

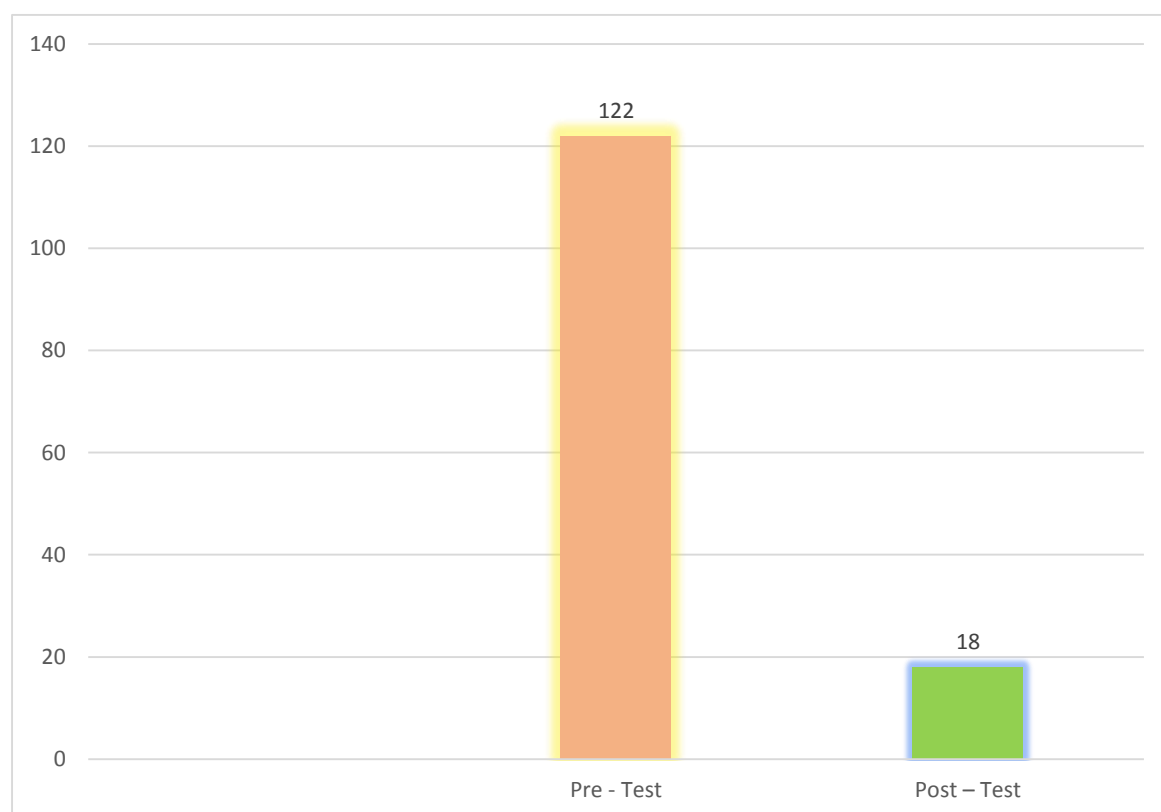
Tabla 30

Resultados comparativos del cuestionario de riesgo de recaída AWARE 3.0 pre y post test

Evaluación	Resultados
Pre - Test	122
Post – Test	18

Figura 7

Resultados comparativos del cuestionario de riesgo de recaída AWARE 3.0 pre y post test



Nota. Podemos apreciar los resultados del post test indican una disminución de 18 correspondiente al riesgo de recaída del consumo como se observa en la Tabla 30.

Escala de evaluación del cambio de la universidad Rhode Island-Urica

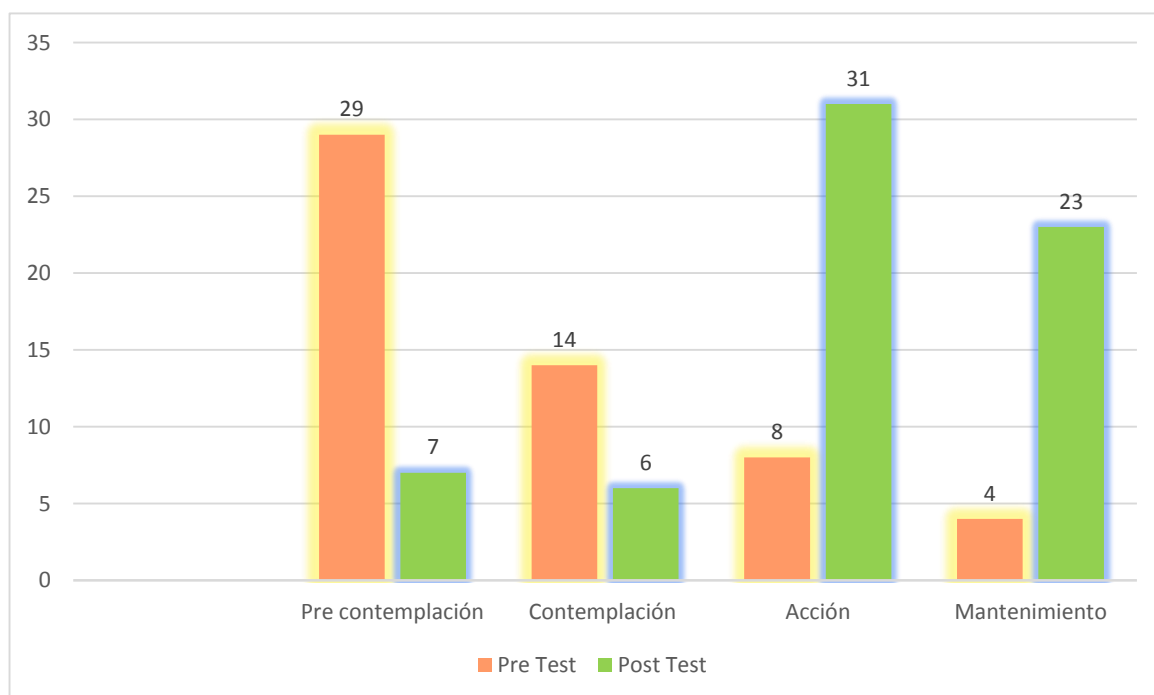
Tabla 31

Resultados comparativos de la escala de evaluación del cambio de la universidad Rhode Island-Urica pre y post test.

Evaluación	Pre Test	Post Test
Pre contemplación	29	7
Contemplación	14	6
Acción	08	31
Mantenimiento	04	23

Figura 8

Resultados comparativos de la escala de evaluación del cambio de la universidad Rhode Island-Urica



Nota. En la Tabla 31 vemos los resultados del post test los que indican una disminución en el estadio de cambio Pre contemplación de 29 a 7 y contemplación de 14 a 6 así mismo en el estadio de acción hay un aumento significativo de 8 a 31 y mantenimiento de 4 a 23.

ASSIST (prueba de detección para alcohol, tabaco y sustancias)

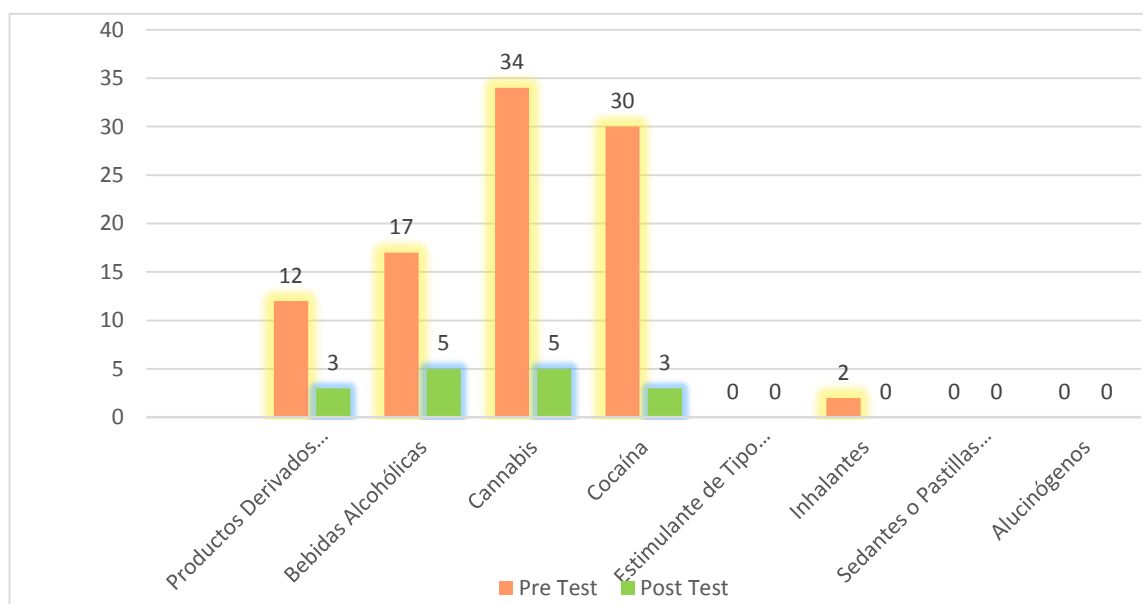
Tabla 32

Resultados comparativos del ASSIST (prueba de detección para alcohol, tabaco y sustancias) pre y post test.

Evaluación	Pre Test	Post Test
Productos Derivados del Tabaco	12	3
Bebidas Alcohólicas	17	5
Cannabis	34	5
Cocaína	30	3
Estimulante de Tipo Anfetamínico	0	0
Inhalantes	2	0
Sedantes o Pastillas para Dormir	0	0
Alucinógenos	0	0

Figura 9

Resultados comparativos del ASSIST (prueba de detección para alcohol, tabaco y sustancias) pre y post test.



Nota. En la Tabla 32 vemos los resultados del post test los que indican una disminución del consumo de productos derivados del tabaco de 12 a 3, disminución del consumo de bebidas alcohólicas de 17 a 5 así como también una disminución significativa del consumo de cannabis de 34 a 5 y cocaína de 30 a 3.

MCM-III Inventario clínico multiaxial de Millon III

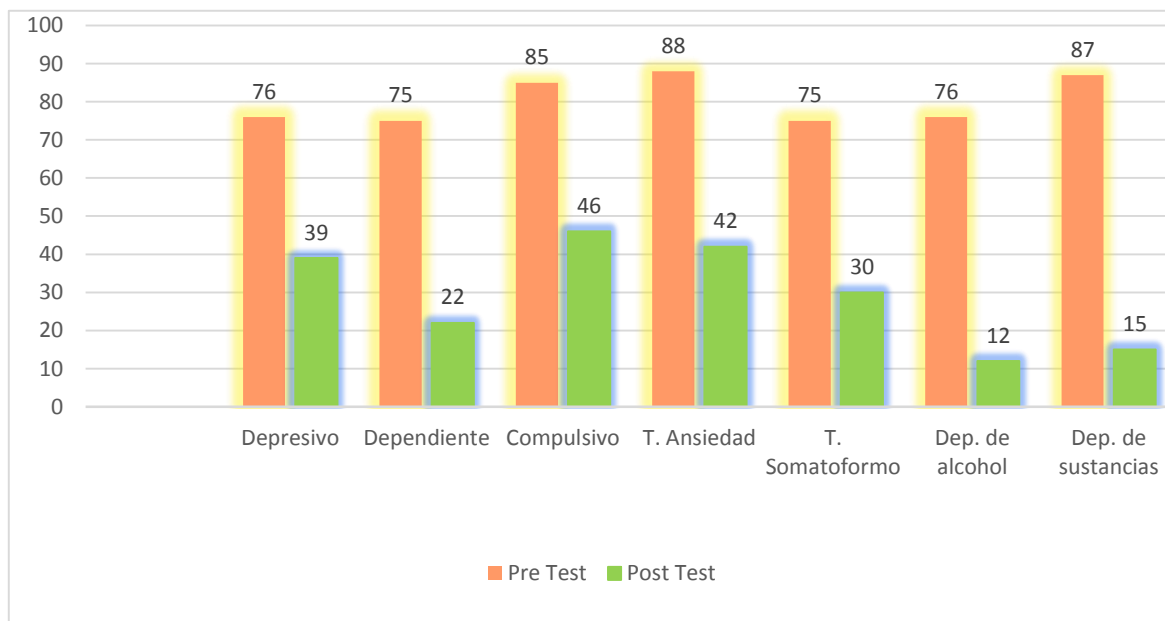
Tabla 33

Resultados comparativos del MCM-III Inventario clínico multiaxial de Millon III pre y post test

Evaluación	Pre Test	Post Test
Depresivo	76	39
Dependiente	75	22
Compulsivo	85	46
T. Ansiedad	88	42
T. Somatoformo	75	30
Dep. de alcohol	76	12
Dep. de sustancias	87	15

Figura 10

Resultados comparativos del MCM-III Inventario clínico multiaxial de Millon III pre y post test esta palabra es parte del título de la figura, no debe ir separada.



Nota. En la Tabla 33 se puede apreciar los resultados del post test los que evidencian una disminución de la escala depresivo de 76 a 39, con respecto a la escala dependiente de 75 a 22, en la escala compulsivo de 85 a 46, así como también en la escala de ansiedad de 88 a 42, en relación a la escala de dependencia de alcohol de 76 a 12 y finalmente una disminución significativa en dependencia de sustancia de 87 a 15.

Test de cuestionario de personalidad de Eysenck forma B (adultos).

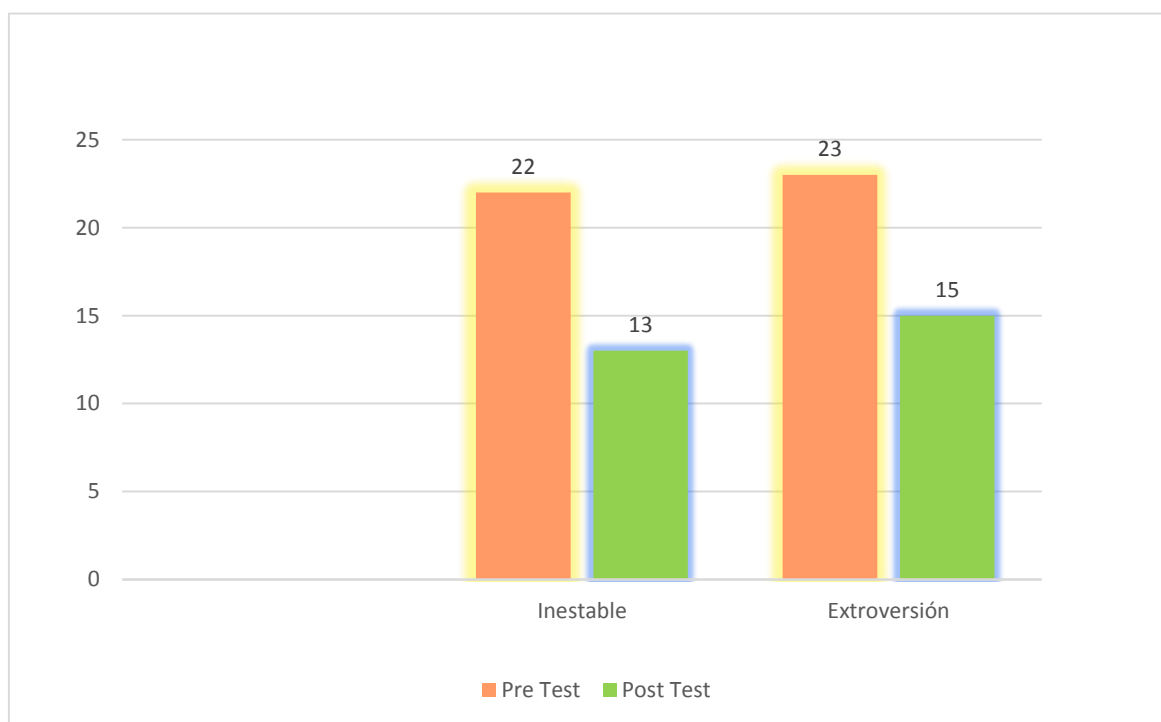
Tabla 34

Resultados comparativos del test de cuestionario de personalidad de Eysenck forma B (adultos) pre y post test.

Evaluación	Pre Test	Post Test
Inestable	22	13
Extroversión	23	15

Figura 11

Resultados comparativos del test de cuestionario de personalidad de Eysenck forma B (adultos) pre y post test.



Nota. En la Tabla 34 se presenta el puntaje del pre test y post test, el examinado en el test de personalidad obtuvo antes de iniciar el tratamiento un puntaje de 22 en inestabilidad y 23 de extroversión con temperamento altamente colérico, y al finalizar la intervención cognitivo conductual disminuyó obteniendo un puntaje de 13 en inestabilidad y 15 de extroversión con tendencia.

Prueba de Esquemas Disfuncionales Tempranos

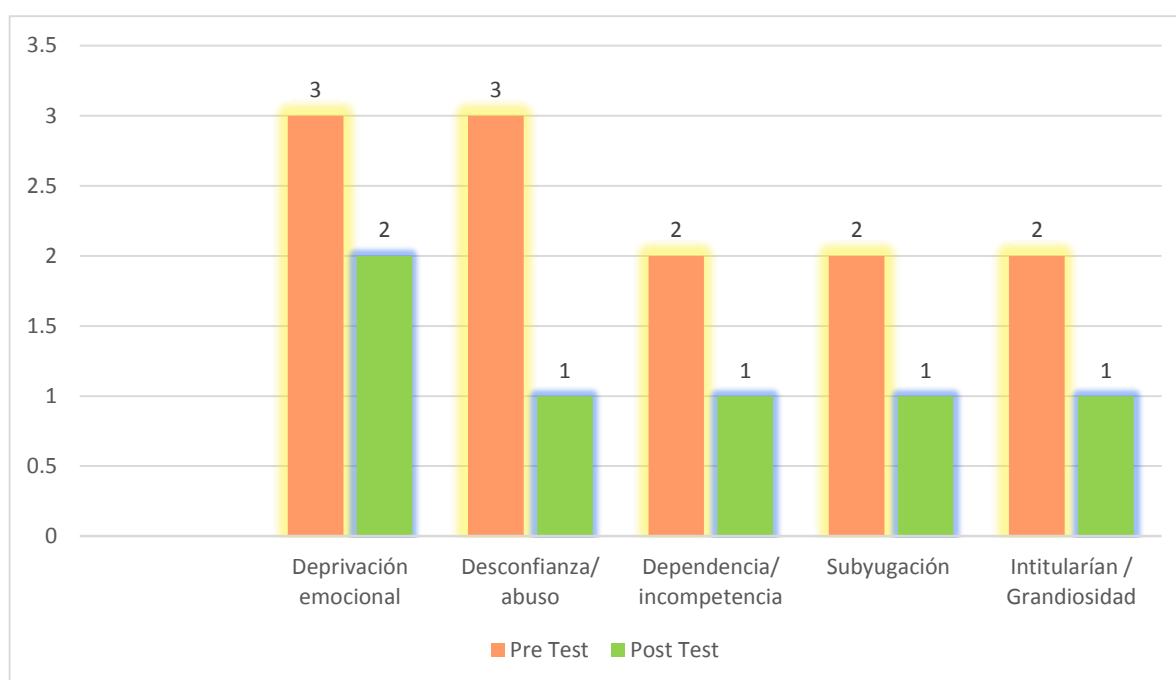
Tabla 35

Resultados comparativos de la Prueba de Esquemas Disfuncionales Tempranos pre y post test.

Evaluación	Pre Test	Post Test
Deprivación emocional	3	2
Desconfianza/ abuso	3	1
Dependencia/ incompetencia	2	1
Subyugación	2	1
Intitularían / Grandiosidad	2	1

Figura 12

Resultados comparativos de la Prueba de Esquemas Disfuncionales Tempranos pre y post test



Nota. En la Tabla 35 se presenta el puntaje del pre test y al terminar el programa de intervención se obtuvo una disminución de los siguientes esquemas disfuncionales como depresión emocional y desconfianza/abuso, Muy alta con una puntuación de 3 a moderadamente 2 y baja 1, así mismo la dependencia, subyugación y grandiosidad de moderadamente alta con un puntaje de 2 a baja con un puntaje de 1.

3.2. Discusión de los resultados

En la actualidad el consumo de marihuana ha ido en aumento desde los 15 a 65 años oscilando entre el 2.8% y el 5% a nivel mundial ya que 180.6 millones de personas consumieron esta droga al menos una vez y el Perú un millón 189 mil peruanos han probado esta droga y se calcula que hay más de 100 mil adictos nuevos revelando un incremento sostenido, pues pasó de 5.6% de consumidores en 2010 a 8.1% en 2017 así mismo investigar acerca de las intervenciones psicológicas que tratan esta adicción son de gran urgencia para así poder generar la evidencia empírica suficiente que nos lleve a resultados oficiosos. (Oficina de la Naciones Unidas contra la Droga y el delito, 2016).

Es justamente en esa línea que se realiza el presente estudio, cuyo objetivo general fue modificar el comportamiento, las cogniciones y emociones en un paciente con adicción a la marihuana empleando una intervención cognitivo conductual y al analizar los hallazgos se aprecia una disminución significativa de 19 de frecuencia a la semana de consumo y al finalizar el tratamiento se observa que disminuyó esta frecuencia a 0, así mismo las emociones presentadas desde un inicio por el usuario como la vergüenza, el placer de consumo y ansiedad disminuyeron también significativamente de 10 a 0, estos resultados coinciden con lo señalado por Iraurgi (2017) quien afirma que el tratamiento cognitivo conductual pretende incrementar la capacidad del adicto para minimizar el riesgo de comportamientos de consumo, con terapias que disminuyan las demandas de sus capacidades de procesamiento controlado, por este motivo pueden manejar adecuadamente sus emociones y el estrés para su rehabilitación permanente, con gran ayuda de las actividades recreativas y productivas, mostrando en sus resultados una disminución significativa de 45 % de sus síntomas emocionales, cognitivos después de la intervención cognitivo conductual. De la misma manera Arias (2019) quien a través de la terapia cognitivo conductual encontró cambios positivos en los pacientes con adicción a la marihuana, explicando que este modelo la dependencia se entiende como una conducta

desadaptativa, siendo el objetivo de la terapia cognitivo conductual modular la forma en que el paciente siente, piensa y actúa ayudando al paciente a reestructurar los pensamientos y sentimientos disfuncionales, explorando el contexto que precede al consumo, y la situación posterior también evidenciados en los resultados cuantitativos establecidos en la línea base disminuyendo de 10 conductas de consumo a 1 y 8 pensamientos distorsionados a 0.

Solano (2018), Valdiglesias (2019), Story (2018), Aznaran (2017), Gonzales (2017), Cerna (2016) a nivel nacional, igualmente señalan la efectividad de las técnicas cognitivo conductuales, ya que favorecen el desarrollo de pensamientos racionales y conductas adaptativas en un usuario por consumo de marihuana, siendo los resultados todos eficaces del tratamiento en la modificación del comportamiento adictivo.

En relación a los objetivos específicos, el primer objetivo y segundo fueron incrementar la comprensión y conciencia del problema de la adicción a sustancias psicoactivas, así como mejorar la adherencia al tratamiento de la tuberculosis a través de la psicoeducación integral no solo con el usuario si no también con la familia, brindándole la información sobre la enfermedad de la tuberculosis y la marihuana, empleando materiales educativos como rotafolios, trípticos, laminas, etc., permitiendo al usuario tener conciencia de la enfermedad y adherencia al tratamiento. El pre test evidenció que el usuario se encontró en el estadio de cambio de pre contemplación con un puntaje de 29, y al finalizar el tratamiento post test arrojó un puntaje 7, queriendo decir que el paciente está más orientado a la acción, teniendo un puntaje de 31, aceptando y teniendo una conciencia de su adicción, al respecto el autor Hoffman-Fruzzetti et al. (2017) quienes afirman que la psicoeducación es una estrategia que tiene como objetivo atender debidamente a cuestiones de naturaleza, etiología, curso, consecuencias eventuales, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, enseñando habilidades de afrontamiento y habilidades familiares para manejar la adicción y sus efectos, y minimizar la discapacidad y maximizar el funcionamiento.

El tercer objetivo a trabajar fue reducir el nivel de ansiedad del consumo de marihuana, para ello se aplicó el cuestionario SUD de ansiedad de consumo, en el pre test obtuvo un puntaje de 10 y el post test disminuyó a 3, para ello se utilizó las técnicas de control de estímulos y las técnicas de respiración y relajación, en relación a ello Ortega (2016) nos explica que esta técnica consiste en un entrenamiento de relajación ayudando a prevenir las recaídas mejorando aquellas situaciones que actúan como disparadores del consumo, así mismo se podría obtener de ella una serie de sensaciones agradables, las cuales podrían sustituir a aquellas producidas por las drogas, como también al respecto el autor Beltrán (2017) en su programa de intervención cognitivo conductual en un caso de marihuana los resultados cuantitativos de post test evidenciaron una disminución significativa de 9 a 2 al aplicar las técnicas de respiración y relajación.

El cuarto objetivo fue reestructurar las creencias irracionales asociadas a la adicción a la marihuana por pensamientos más racionales, evidenciando una reducción en la frecuencia en los resultados de los pensamientos mal adaptativos constatando la eficacia de las técnicas de reestructuración cognitiva, la terapia racional emotiva, la técnica en solución en problemas, el bloqueo de pensamientos y los autorregistros. Sobre lo dicho Caballo (2011) menciona la importancia de trabajar los pensamientos y creencias, ya que a menudo influyen en las emociones y conductas, estos pensamientos acostumbran a ser distorsiones cognitivas de la realidad provocando malestar y ansiedad produciéndose de forma automática, por lo que es un objetivo básico identificarlos y buscar alternativas racionales, de igual manera en la investigación realizada en Lima por Solano (2018) los resultados mostraron al inicio de la intervención un puntaje de 58 y al terminar un puntaje de 39 evidenciando una flexibilidad en las creencias irracionales del usuario por consumo de marihuana.

El quinto objetivo fue condicionar el placer del consumo a elementos aversivos cuyos resultados evidenciaron que el consumo de la marihuana en el pre test fue de 34 y el post test

fue de 5, utilizando el condicionamiento aversivo al sabor con imaginería (CASI) en donde se estableció una lista de sabores que le desagradan al usuario como por ejemplo magnesio en polvo sin saborizante no causando daño al organismo al usuario, pero si provocando rechazo de inmediato y nauseas. Confirmando con lo que nos manifiesta Pérez-Rodríguez et al. (2007) en que la asociación entre un estímulo alimentario y una sensación de malestar produce una aversión alimentaria una sustancia, estímulo incondicionado (EI), que produce malestar físico, en tanto respuesta incondicionada (RI), se asocia a un alimento consumido habitualmente. Después de algunos ensayos, este alimento ahora estímulo condicionado (EC) es rechazado por el sujeto, produciendo una respuesta condicionada (RC), a partir de la asociación del alimento con la sensación de malestar. Con respecto a estos resultados coincide con la investigación realizado por Gasalla (2016) quien en su investigación en un usuario por consumo de cocaína en un inicio arrojó 60% de consumo semanal y después a la exposición de la aversión al sabor hubo una reducción de consumo siendo eficaz extinguiendo la conducta.

El sexto objetivo fue fortalecer estrategias de afrontamiento para el rechazo del consumo de marihuana manejando las demandas internas y externas aliviando situaciones estresantes, afirmando con lo que nos dice Lazarus y Folkman (1986) que estas estrategias de afrontamiento ayudan a identificar los elementos que intervienen en la relación que surge entre las situaciones estresantes de vida y los síntomas de enfermedad, así mismo el afrontamiento además actúa como regulador de la perturbación emocional; si es efectivo no se presentará dicho malestar; en caso contrario, podría verse afectada la salud de forma negativa, aumentando así el riesgo de mortalidad y morbilidad.

El séptimo objetivo fue incorporar comportamientos para la preparación de recaídas y seguimiento, focalizando más los aspectos positivos y menos en las áreas deficientes del paciente evaluando los procesos vinculados a las recaídas para reconocer situaciones y estrategias de afrontamiento, cuyos resultados antes de empezar el tratamiento en el nivel de

riesgo de recaída fue de 122 teniendo una disminución a 8, en donde se utilizó diversas técnicas como los autorregistros, informes autobiográficos de recaída, cuestionarios y autoinformes, fantasías de recaídas. Concordando con Marlatt (1980) en donde nos explica que esta última consiste en que el paciente imagine como cree que podría ocurrir al hábito de consumo de drogas permitiendo al terapeuta evaluar las situaciones de riesgo a través de como el paciente percibe la posibilidad de una recaída y como cree que sentiría y se comportaría.

El octavo objetivo fue de identificar los signos asociados o reacciones fisiológicas, en donde se puede evidenciar los resultados antes de comenzar el tratamiento en la etapa de cambio del mantenimiento obteniendo un puntaje de 04 y al finalizar aumento en 23, implementando estrategias para el manejo del síndrome de abstinencia en donde se utilizó técnicas de relajación, técnicas de distracción, y las interconsultas con el médico psiquiátrico. Confirmando con lo que nos dice Robles (2018) manifiesta que un entrenamiento en técnicas de relajación ayuda a prevenir las recaídas y a saber tratar mejor con aquellas situaciones que actúan como disparadores del consumo. Se podría obtener de ella una serie de sensaciones agradables, las cuales podrían sustituir a aquellas producidas por las drogas. Dicho de otra forma, lo ideal sería que el adicto “se enganchara” a su propia respiración, bien ejecutada.

Los objetivos de tratamientos fueron corroborados con las pruebas aplicadas como Prueba de detección para alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), el cuestionario de personalidad Eysenck & Eysenck forma B, cuestionario señales de alerta de recaída 3.0 (AWERE), escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island. (URICA), inventario clínico multiaxial de Millon – III, cuestionario de esquemas de Young, los autorregistros y examen de orina para la detección de consumo de marihuana comprobando la abstinencia del paciente, así mismo algunas dificultades que se encontraron fue el factor económico por parte del paciente al acudir al establecimiento de salud todos los días sin

embargo se solucionó apoyándolo para que el paciente lleve sus medicinas a casa y poder asistir a sus terapias psicológicas.

3.3. Seguimiento

Al finalizar la intervención se le realizó un seguimiento al usuario y a la familia una vez por mes por un periodo de 6 meses con la finalidad que siga el tratamiento farmacológico por prescripción del médico psiquiatra y así como también evitar las recaídas, motivándolo siempre para que continúe con su periodo de abstinencia estableciendo una agenda telefónica en donde el usuario se mantendrá en contacto si necesita alguna ayuda en cualquier momento. Dentro del seguimiento se realizará el establecimiento de la línea base identificando algún tipo de consumo desde su alta en el establecimiento de salud cumpliendo con el objetivo de una posible recaída.

IV. CONCLUSIONES

- Los resultados obtenidos en cuanto a su objetivo principal se modificó el comportamiento, las cogniciones y emociones en un paciente con adicción a la marihuana.
- Se logró incrementar la comprensión y conciencia del problema de la adicción a sustancias psicoactivas a través de la sensibilización al usuario y la familia.
- Se logró mejorar la adherencia al tratamiento de la tuberculosis a través de la psicoeducación como la toma de tratamiento diario, sus controles de baciloscopia e interconsultas por las distintas especialidades.
- Se redujo los niveles de ansiedad del consumo a través de técnicas de respiración y relajación.
- Se reestructuró las creencias irracionales asociadas a la adicción a la marihuana por pensamientos más racionales y flexibles acerca de sí mismo, de las personas con quienes se relaciona, permitiendo presentar emociones más positivas.
- Se logró condicionar el placer del consumo de la marihuana a elementos aversivos como el magnesio en polvo provocando un rechazo de inmediato.
- Se fortaleció las estrategias de afrontamiento para el rechazo del consumo de marihuana aliviando las situaciones estresantes, incrementando la motivación hacia el cambio y enseñándole técnicas en solución en problemas.
- Se incorporó nuevos comportamientos para la preparación de recaídas empleando la técnica cognitiva la fantasía de recaídas tomando una conciencia de las posibles consecuencias.
- Se identificó los signos asociados o reacciones fisiológicas, implementando estrategias para el manejo del síndrome de abstinencia utilizando las técnicas como la relajación, técnicas de distracción, y las interconsultas con el médico psiquiatra.

V. RECOMENDACIONES

- Reforzar los cambios logrados a través de un programa de seguimiento con un abordaje multidisciplinario para el control de su consumo de marihuana.
- Continuar con las visitas domiciliarias por el personal asistencial para un seguimiento del apoyo familiar y sensibilización a la familia así mismo realizar capacitaciones al personal asistencial que trabaja en la estrategia de prevención y control de la tuberculosis de los diferentes establecimientos de salud para un abordaje integral de los pacientes por consumo de drogas.
- Continuar con la psicoeducación y supervisar al usuario en su tratamiento por psiquiatría así mismo motivar a dejar mensual su control de baciloscopia para el seguimiento de la tuberculosis.
- Seguir poniendo en práctica las técnicas de relajación y respiración 3 veces por semana como mínimo para el control de su ansiedad.
- Poner en práctica los cuadros y ejercicios de reestructuración cognitiva.
- Revisar la normativa de la estrategia de prevención y control de la tuberculosis de la Diris Lima Norte e incluir protocolos de intervención psicológica dirigidos a usuarios por consumo de marihuana.
- Continuar practicando la técnica en solución de problemas y estrategias de afrontamiento.
- Seguimiento mensual y anual a través de exámenes toxicológicos evaluando las posibles recaídas e incorporar al paciente a terapia de grupo cognitivo conductual para fomentar las habilidades sociales.
- Incluir al usuario en los programas sociales y de bolsa laboral trabajando en conjunto con la municipalidad y continuar con el tratamiento farmacológico siguiendo las indicaciones del médico psiquiatra así mismo realizar otras investigaciones empleando esta terapia.

VI. REFERENCIAS

- Aguedo, A (2015). *Grado de malestar psicológico en pacientes con tuberculosis de tres centros de salud de Lima, 2014*. [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Anibarro, L., Lires, A., Iglesias, F., Vilariño, C. y Baloria, A. (2016). Factores sociales de riesgo para la falta de cumplimiento terapéutico en pacientes con tuberculosis en Pontevedra. *Gac Sanit*, 8(1), 58-72.
- Arias, F. (2019). Hacia una perspectiva clínica psicodinámica de la intervención de las adicciones. *Ago (Colombia)*, 25(2), 3-24.
<http://revistas.usb.edu.co/index.php/Agora/article/viewFile/2262/1983>
- Becoña, E. y Cols, M. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. (3er ed.). Arcade.
- Beck, A. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Paidós.
- Beltran, P. (2017). *Factores de riesgo asociados a recaídas por tuberculosis pulmonar en pacientes atendidos en el hospital regional docente de Trujillo*. [Tesis de doctorado; Universidad Nacional de Trujillo]. Repositorio Institucional UNT.
<http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/5493/TESIS%20DOCTORADO%20-%20ROCIO%20AZNAR%C3%81N.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Caballo, V. (2011). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conductas*. Pirámide.
- Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE]. (2013). *Las adicciones no relacionadas a sustancias, un primer paso hacia la inclusión de las adicciones conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes*. (4ta ed.). Neuropsiquiatría.

- Colegio de psicólogos del Perú (2018). *Código de ética y deontología*.
http://api.cpsp.io/public/documents/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (2019). Programa presupuestal de prevención y tratamiento del consumo de drogas. *Sin drogas (Lima)*, 22(2), 86-105.
<https://www.devida.gob.pe/documents/20182/343542/PTCD+2019.pdf>
- Congreso de la república del Perú (2019). *Ley de la salud mental*.
<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-salud-mental-ley-n-30947-1772004-1/>
- Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte (14 Junio de 2018). Diagnóstico de tuberculosis. <https://www.dirislimanorte.gob.pe/diagnostico-de-tuberculosis/>
- Encuesta Nacional del Consumo de Drogas. (27 de Marzo de 2018). *Consumo de drogas*.
https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/
- Ennett, S., Foshee, V., Bauman, K., Hussong Cai, L. y McNaughton, H. (2016). The social ecology of adolescent alcohol misuse. Texas, Estados Unidos. *Child Development*, 5(2),22-38.
- Fernández, A. (2016). *Evaluación de la eficacia de un programa de intervención psicológica para el tratamiento del consumo de drogas en menores infractores y su influencia en la reincidencia delictiva* [Tesis de posgrado, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio Institucional UCM. <https://eprints.ucm.es/37602/1/T37230.pdf>
- Froxan, P. (Ed.). (2021). *Análisis funcional de la conducta humana*. Universitaria.
- Gallasa, P. (2016). *Aprendizaje de aversión al sabor*. [Tesis de posgrado, Universidad de Oviendo]. Repertorio Institucional UDO.

https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/29214/TD_PatriciaGasallaCano.pdf?sequence=1&isAllowed=y

García, E. (2008). *Manual de Entrenamiento en Respiración*.
<https://www.researchgate.net/publication/37911206>

Gavino, M. (2006). *Revisión del tratamiento psicológico de la adicción al cannabis*.
Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
<http://www.redalyc.org/html/839/83949782002/>

González, C. y Lopez, A. (2017). Revisión del tratamiento psicológico de la adicción al cannabis. *Health and Addictions*. <http://www.redalyc.org/html/839/83949782002/>

González, I. (2009). Estrategias cognitivo conductuales para el manejo del craving. Madrid, España, 25(3), 52-79. <https://www.cat-barcelona.com/pdfret/ret57-2.pdf>.

Hernandez, R., Fernández, C. y Baptista, P (2014). *Metodología de la investigación*. (4ta ed).
Mc Graw.

Hoffman, P. y Fruzzetti, A. (Ed.). (2017). *Psicoeducación*. Bender

Instituto Nacional de Salud Mental. (2012). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao, Lima, Perú, 4(1), 11-28.

Instituto Central de Gestión de la Investigación UNFV (2018). Código de ética para la investigación en UNFV.
http://www.unfv.edu.pe/vrin/Images/VRIN_DOCUMENTOS_DE_GESTION/ICGINV/Codigo_de_Etica.pdf

Iraurgi, I. (2017). Módulo de Asistencia Psicosocial en drogodependencias. Universidad de Madrid. <https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&sou>

Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica* (3ª ed.). Pearson Educación.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.

Lorenzo, P., Ladero, J., Lezar, J. y Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias. Farmacología, patología, psicología, legislación*. Panamericana.

Llorente, J. (2017). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabituación de drogas. *Clínica* (Uruguay), 25(1), 44-86. <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-tratamiento-cognitivo-conductual-aplicado-deshabituacion-13131181>

Marlatt, G. (1980). *La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo conductual*. (2da ed.). Neurociencias.

Martínez, I. (2016). *Propuesta de Intervención en un caso de adicción a marihuana*. [Tesis de pregrado, Universidad Miguel Hernández]. Repositorio Institucional UMH <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3007/1/TFG.%20Mart%C3%ADnez%20Relid%20Irene%20.pdf>

National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2016). Marijuana abuse. <https://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/marijuana>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2016). *Problemática de las drogas y prevención del uso indebido de las drogas*. https://www.unodc.org/documents/bolivia/Prev_Problematica_de_las_drogas.pdf

Olivos, J. (2016). *Efectos de un Programa Terapéutico Cognitivo- Conductual en pacientes con problemas de abuso del alcohol*. [Tesis de posgrado, Universidad Nacional de Trujillo]. Repositorio Institucional UNT. <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/7838/Tesis%20Maestr%C3%AD>

ADaX%20%20Omar%20D.%20Cerna%20Mu%C3%B1oz.pdf?sequence=1&isAllowed=y 011. 970 p.

Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (CIE-10). Meditor.

Organización Mundial de la Salud (27 de Octubre de 2004). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancia psicoactivas. Ginebra.http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000897cnt2016-10_neurociencia-consumo-dependencia-sustanciaspsicoactivas_resumen.pdf

Organización Mundial de la salud (18 de Abril de 2020). Bienestar social y drogas. [https://www.coruna.gal/corunasindrogas/es/sustancias/que-son las drogas?arg Idioma=es](https://www.coruna.gal/corunasindrogas/es/sustancias/que-son-las-drogas?arg Idioma=es)

Organización Panamericana de la Salud (2018). Tuberculosis. <https://bit.ly/2QmqTNC>

Organización Panamericana de la Salud (2018). *La salud en las Américas*. Edición de 2002. Washington, DC: OPS 2002. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2005.v17n4/271-278/>

Ortega, J. (2016). *Control de estímulos y componente del tratamiento en la ludopatía*. <http://atej.org/wp/control-de-estimulos-componente-del-tratamiento-en-las>

Observatorio Español sobre Drogas. (2015). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España 2013/2014. *Servicio de sanidad (España)*, 17(3), 103-136. [.https://www.llaurantlallum.com/estudios-adicciones/intervencion-cocaina/](https://www.llaurantlallum.com/estudios-adicciones/intervencion-cocaina/)

Oetting, R. y Beauvais, F. (1987). Peer clusters theory; Socialization characteristics and adolescent drug use, a path analysis, 4(3), 205-213.

Pedrero, C. (2018). Nonadherence in tuberculosis treatment: predictors and consequences. *The American journal of medicine*, 7(2), 164-70

Paniagua, H., García, S., Castellano, G., Serrallé, R. y Redondo, C. (2018). Consumo de tabaco, alcohol y drogas no legales entre adolescentes y relación con los hábitos de vida y el entorno. 3(2), 58-66.

Pedrero, E., Fernandez, J., Casete, L., Bernejo, M., Secades, R. y Tomás, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Socidrogalcohol.

Pérez, A., Rodríguez, A. y Vargas, M. (2008). Pionero de los modelos mediacionales de intervención en Psicología Conductual. *Psiquis (México)*, 16, (2), 341-348.
https://www.researchgate.net/publication/240613860_Albert_Ellis_19132007_pionero_de_los_modelos_mediacionales_de_intervencion

Prochaska, J. O y Prochaska J. M. (1993). Modelo transteorético de cambio para conductas adictivas en recaída y prevención de recaídas. *Neurociencias*

Purificación, M. (2019). *Programa de Intervención cognitivo conductual dirigido a adolescentes adictos al cannabis*. [Tesis de posgrado, Universidad de Madrid España]
Repositorio Institucional UNM.
http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/9789/1/TFG_Mara_Purificacin_Cano_Garcia_TFG_Psicologa.si.pdf.

Requena, M. (2019). *Salud mental como predictor de egreso en pacientes con tuberculosis atendidos en centros de alta incidencia*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Trujillo].
Repositorio Institucional UNT.
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182019000600723

- Robles, E. (2018). *La relajación en las adicciones*. <https://frommbienestar.es/sirve-la-relajacion-como-tratamiento-de-adicciones/>
- Rodríguez, E. (2016). *Terapia cognitivo conductual integral en adicciones*. Tecog
- Rúa, D. (2019). *Comorbilidad de trastornos de la personalidad en individuos con trastornos por uso de sustancias*. [Tesis de pregrado]. Universidad Católica de Colombia.
- Salas, L. (2016). *Efectividad de una intervención motivacional breve para procesos de cambio en jóvenes colombianos consumidores de marihuana*. [Tesis de posgrado, Universidad Católica de Colombia]. Repositorio institucional UCC. https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/3123/4/TFM_DEFINITIVA_LUIS_SALINAS.pdf
- Schippers, G. (Ed). (1991). *Contributions to the psychology of addiction*. Swets y Zeitlinger. Tea.
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA] (2016). Estudio Nacional de Drogas en Población General. El censo (Chile) 8(6),145-169. http://www.senda.gob.cl/media/estudios/PG/2016_EstudioDrogas_Poblacion_General.pdf.
- Silber, J. (2015). *Manual de medicina de la adolescencia*. Copyright
- Skinner, M. y Aubin, H. (2010). Craving's place in addiction theory: Contributions of the major models. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 34, 606 – 623.
- Solano, C. (2018). *Intervención cognitivo conductual en adicción a marihuana en un adolescente infractor*. [Tesis de posgrado]. Universidad Nacional Federico Villareal
- Stone, A. (2018). *Crack Cocaine and Infectious Tuberculosis*. (2°ed.). Ediquit

- Llorens, N. (2004). *Factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis en Adicciones*. Universidad de Valencia.
<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/391>.
- Martinez, J. (2010). Creencias básicas adictivas y craving. *Adicciones*, 23(1), 45-52.
<http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=289122829006>.
- Molero, A. (2007). Aprendizaje aversivo gustativo: Características, paradigma y mecanismos cerebrales. *Anales de Psicología*, (Lima), 23(1), 57-64.
- Vallejos, M., Orbegoso, C. y Capa, W. (2007). Escala de evaluación del cambio de la universidad de Rhode Island (URICA): Validez y confiabilidad en drogodependientes. *Revista de Psicología*, 9(1), 52-59. <https://goo.gl/qefYXW>
- Valdiglesias, D. (2019). *Intervención Cognitivo Conductual en un paciente con drogodependencia*. [Tesis de posgrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos].
Repositorio Institucional UNMSM.
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/11414/Valdiglesias_sd.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Tecsa

VII. ANEXOS

Anexo A

FICHA DE VISITA DOMICILIARIA A LA PERSONA AFECTADA CON TBC SERVICIO DE PSICOLOGÍA

I. DATOS PERSONALES:

Nombres y apellidos: _____ Edad: _____

Fecha de Nac.: _____ NHCI: _____ Telef. _____

Dirección: _____

Referencia: _____

II. MOTIVO:

- Violencia familiar
- Intento de suicidio
- Consumo de sustancias
- Trastorno en salud mental
- Abandono de tratamiento
- Dificultades en la adherencia al tratamiento anti TB
- Dinámica familiar
- Otros: _____

III. OBJETIVOS:

- Cita a consulta
- Consejería y orientación psicológica
- Seguimiento del caso
- Promover actitudes y estilos de vida saludable
- Otros: _____

IV. RESULTADOS DE LA VISITA:

- Visita efectuada
- Visita no efectuada: _____

Datos relevantes:

Acuerdos:

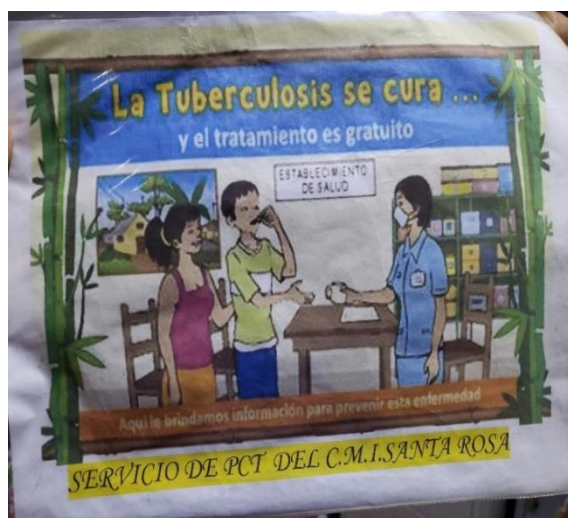
DATOS DE LA PERSONA ENTREVISTADA:

Nombres y apellidos: _____

DNI: _____

Anexo B

MATERIAL PSICOEDUCATIVO DE LA TUBERCULOSIS



Anexo C

Material psicoeducativo de las drogas



Anexo D
Consentimiento Informado



CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL
SANTA ROSA

[El Perú Siempre]

HISTORIA CLÍNICA N° 35356

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Acos Danny Valle Uchita identificado con DNI N° 75723024
domiciliado actualmente en H2 K Lt. 9 Asa. Poblado 20 con teléfono N° 929664495
libre y voluntariamente AUTORIZO al personal del servicio de Psicología del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa
para la atención especializada en Salud Mental, en función de la información dada por el personal responsable de la atención con
finis de tratamiento Psicoterapéutico y de investigación.

Así mismo, declaro haber comprendido y estar conforme con la información recibida.

Puerto Pieta, 08 de Marzo del 2024

Firma del paciente o apoderado

Nombre y Apellidos :

N° DNI :

75723024



Anexo E
Contrato terapéutico

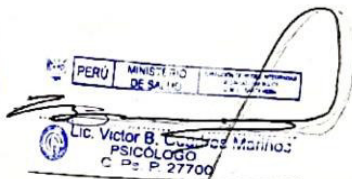
(ANEXO 04)
CONTRATO TERAPÉUTICO

.....10.02.20.....del 2021

yo, Doxor Danny Valle Velita, acepto voluntariamente iniciar mi proceso evaluación y proceso terapéutico psicológico, comprometiéndome a seguir las indicaciones y normas expuestas a continuación.

1. Dado que asisto voluntariamente a la evaluación psicológica y psicoterapia para mí o nuestro beneficio, me comprometo a llevar a cabo las tareas o indicaciones establecidas por el terapeuta.
2. Me comprometo a asistir de manera puntual a mis sesiones terapéuticas; si por algún motivo no podré asistir a la sesión, avisaré previamente a mi terapeuta asignado.
3. Tengo derecho a solicitar información sobre mi proceso terapéutico.
4. En caso de no asistir a dos sesiones consecutivas sin previo aviso, acepto que perderé el derecho de mi horario y tendré que solicitar una nueva cita.
5. Se me explicó que todo proceso terapéutico es particular en cada caso y, por lo tanto, la duración del mismo será variable.
6. El presente contrato estará vigente hasta que el terapeuta me dé el alta o de manera personal yo decida terminar el proceso terapéutico.
7. Las sesiones llevadas en el tópic municipal será de carácter confidencial.

Firman de común acuerdo:


Lic. Victor B. Torres Marinos
PSICÓLOGO
C. P. 27700

firma y sello del terapeuta


Nombre y firma del paciente

Anexo F

Entrevista psicológica

Ficha de intervención psicológica en personas afectadas con tuberculosis

Nombres y apellidos: _____ Edad: _____ Sexo: (F)
Fecha de Nac.: _____ Lugar de Nac: _____ Tiempo de resid: _____
Grado de Inst: _____ Ocupac: _____ Religión: _____
Estado Civil: _____ Fecha: _____ Dirección: _____

CONSULTA PSICOLÓGICA

1ra vez () Continuador () Reingreso () Referido () Otro: _____

1. CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD

a. ¿Qué sabe Ud. sobre la enfermedad?

b. ¿Qué sabe Ud. de la posibilidad de recuperarse a través del tratamiento?

c. ¿Qué pasaría si no recibe tratamiento?

d. ¿Cómo cree que se contagió de la enfermedad?

2. ASPECTO AFECTIVO:

a. ¿Al tener conocimiento de su enfermedad, como se sintió Ud.?

b. ¿A raíz de la enfermedad ha observado cambios en su persona?

- Carácter: _____
- Alimentación: _____
- Sueño: _____
- Vida sexual: _____
- Otros: _____

3. ASPECTO SOCIO FAMILIAR

a. ¿Con quién vive? _____

b. ¿Cómo reaccionó su familia frente a su enfermedad? _____

c. ¿Cuenta con el apoyo de su familia? SI () NO () _____

d. ¿Quién lo ayuda? _____

e. ¿En qué consiste la ayuda? _____

4. ASPECTO DE SOCIALIZACIÓN:

a. ¿Otras personas (fuera de la familia) tienen conocimiento de su enfermedad? SI () N

b. ¿Cuál es la reacción que Ud. ha observado en ellos? _____

- c. ¿Cómo se sintió frente a esta reacción? _____
- d. ¿Cree usted que ha cambiado su relación con los demás? _____

5. HÁBITOS Y COSTUMBRES

- a. ¿Alguna vez ha fumado? SI () NO () con qué frecuencia: _____
- b. ¿Fuma actualmente? SI () NO () con qué frecuencia: _____
- c. ¿Has consumido bebidas alcohólicas? SI () NO () con qué frecuencia: _____
- d. ¿Actualmente bebe o consume drogas? SI () NO ()
- ¿Con qué frecuencia? _____
 - ¿Qué consume? _____
 - ¿Con quién lo hace? _____
- e. ¿Qué hace usted en su tiempo libre? _____

6. ASPECTO LABORAL – ESTUDIOS

Trabaja () estudia () Ambos () Ninguno ()

- a. ¿Están informados en su centro de trabajo/estudios, sobre su enfermedad? SI () NO
- b. Si saben de su enfermedad ¿Cómo se enteraron?

- c. ¿Cómo reaccionaron sus compañeros?

- d. ¿Cómo reaccionaron sus jefes/profesores?

7. RESPONSABILIDAD FRENTE A SU ENFERMEDAD

- a. ¿Cuán importante es para usted el cumplimiento de su tratamiento?

- b. ¿Está usted comprometido a seguir con su tratamiento? SI () NO ()
- c. ¿Cuáles son las dificultades que tiene para seguir el tratamiento?

8. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

9. SUGERENCIAS Y/O RECOMENDACIONES



Anexo G

MATERIAL PSICOEDUCATIVO COGNITIVO CONDUCTUAL

Reconoceremos a continuación la relación que existe entre lo que pensamos, que emoción presentamos brindándole una puntuación de 0 a 10 y que haces frente a esto.



Ejemplo	Ahora hazlo tu
<p>✓ Pensamiento</p> <p>“Nada me sale bien”</p> <p>✓ Emoción</p> <p>Tristeza (8/10)</p> <p>✓ Conducta</p> <p>No hago nada</p>	<p>✓ Pensamiento</p> <p>Pienso mucho en mi hermano que falleció de TBC.</p> <p>✓ Emoción</p> <p>Tristeza (8/10) Preocupación (9/10)</p> <p>✓ Conducta</p> <p>Tengo que ir al centro a tomar medicación.</p>



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 paso?	Pensamientos ¿Qué pienso de lo que paso?	Emociones ¿Cómo me siento actualmente?	Consecuencias ¿Qué es lo que hago?
<p><u>Ejemplo:</u> Mi mama me dice que vaya al mercado a comprar algunos productos.</p>	<p>“Que aburrido” “Como molesta” “Porque me lo dice a mi”</p>	<p>Enojo (7/10) Desgano (8/10)</p>	<p>No le respondo y me voy a mi cuarto</p>
<p><u>Ahora hazlo tu:</u> Mi enamorada se molesta a cada rato</p>	<p>“Algo le está pasando” “Que le habrán contado de mi” “No quiere que siga consumiendo”</p>	<p>Preocupación (8/10) Colera (6/10)</p>	<p>La dejo que reniegue sola.</p>



Anexo H

**TU
PUEDES**

HOJA DE AUTORREGISTRO

Pongo en práctica lo que aprendí

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



Recuerda que si tienes alguna duda anótalo para resolverlo en la sesión de terapia, tu terapeuta te monitoreará por llamada telefónica.

Anexo I

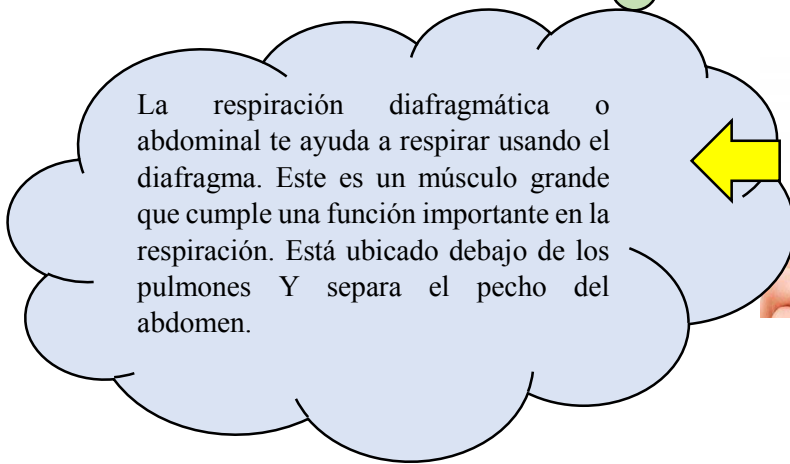
MATERIAL PSICOEDUCATIVO

técnica de respiración diafragmática



La respiración diafragmática te ayuda en:

- Respirar con mayor facilidad
- Inspirar más aire
- Relajarse
- Hacer ejercicio o estar más activo



La respiración diafragmática o abdominal te ayuda a respirar usando el diafragma. Este es un músculo grande que cumple una función importante en la respiración. Está ubicado debajo de los pulmones Y separa el pecho del abdomen.



¿Qué pasos debemos seguir?



1. Siéntese en una silla cómoda o acuéstese boca arriba con una almohada debajo de la cabeza. Asegúrese de que la espalda esté apoyada.

2. Coloque una de las manos sobre el pecho y la otra sobre el abdomen.

3. Inhale lentamente por la nariz. Cuente hasta 2. A medida que inhale, el abdomen debe empujar la mano. El pecho debe permanecer quieto.

4. Expulse el aire lentamente con los labios juntos (casi cerrados). Cuente hasta 4. A medida que expulsa el aire, debe sentir que el estómago se hunde.

5. Observe que al inhalar cuenta hasta 2 y que cuando expulsa el aire cuenta hasta 4. Esto lo ayuda a mantener su respiración lenta y pareja.

6. Practique esta técnica de respiración durante 5 a 10 minutos al principio. Trate de hacerlo de 2 a 4 veces al día. Luego aumente la cantidad de tiempo y la frecuencia.



Anexo J

MATERIAL PSICOEDUCATIVO, TECNICA DE RELAJACION DE JACOBSON



Es percibir la presencia de tensiones innecesarias y reducirlas, manteniendo normales los niveles de tensión del resto de músculos.

Ejercicios de tensión-relajación

1. Mano y antebrazo dominantes: cierra el puño y apriétalo fuerte. Siente cómo tu mano, tus dedos y tu antebrazo se tensan. Mantén la tensión un momento y luego abre la mano poco a poco mientras sueltas la tensión.

2. Bíceps dominante: empuja el codo contra el brazo del sillón y siente la tensión en el músculo. Manténla durante unos segundos y comienza a aflojarlo suavemente.

3. Mano y antebrazo no dominantes: (igual que con la mano y antebrazo dominantes).

4. Bíceps no dominante: (igual que con el bíceps dominante).

5. Frente: arruga la frente subiéndola hacia arriba (subiendo las cejas). Nota la tensión sobre el puente de la nariz y alrededor de cada ceja

6. Parte superior de las mejillas y nariz: arruga la nariz y siente la tensión en las mejillas, en el puente y en los orificios de la nariz. Ve relajando gradualmente.

7. Parte superior de las mejillas y mandíbula: aprieta los dientes como si estuvieras mordiendo algo con mucha fuerza y siente la tensión de los músculos.

8. Cuello: empuja la barbilla hacia abajo, como si quisieras tocar el pecho con ella. Aprieta y tensa el cuello y después ve relajando poco a poco mientras notas la sensación.

9. Pecho, hombros y espalda: haz una inspiración profunda y mantenla al mismo tiempo que echas los hombros hacia atrás (como intentando que los omóplatos se junten). comienza a relajar despacio.

10. Abdomen: inspira profundamente y tensa el estómago, poniéndolo tan duro como puedas. Imagina que te estás preparando para recibir un golpe. Ahora espira y deja que los músculos se vayan relajando.

11. Parte superior de la pierna y muslo dominantes: inspira profundamente y pon el músculo largo de encima de la pierna en contraposición con los de la parte de atrás. Intenta levantarte del asiento, pero sin llegar a conseguirlo.

12. Pantorrilla dominante: inspira profundamente y haz que los dedos del pie miren hacia arriba. Debes sentir la tensión y después haz volver el pie a su posición original.

13. Pie dominante: inspira y estira la punta del pie, girándolo hacia dentro y curvando al mismo tiempo los dedos. A continuación, relaja los músculos y nota la ausencia de tensión.

14. Parte superior de la pierna y muslo no dominantes: (igual que con los dominantes).





Anexo K

HOJA DE AUTORREGISTRO RESPIRACION DIAFRAGMATICA

Registro mi nivel de relajación

1. Practica la respiración diafragmática lenta, tal y como hemos practicado en terapia, en lugar cómodo, silencioso y con temperatura agradable.
2. A terminar, anote el día y la hora en que has hecho el ejercicio y llena el resto de casillas, evaluando los resultados de cada practica entre 0 (nada) y 10 (Máxima).

DIA /HORA	FACILIDAD PARA RESPIRAR	CONCENTRACION DURANTE EL EJER	RELAJACION AL TERMINAR
Lunes /			
Martes /			
Miércoles /			
Jueves /			
Viernes /			
Sábado /			
Domingo /			



Anexo L HOJA DE AUTORREGISTRO RELAJACION DE JACOBSON

Registro mi nivel de tensión y relajación

A continuación, te presento una tabla en donde marcaras con un (X) tu grado de tensión antes de iniciar la técnica de relajación y después de ponerlo en práctica, Utilizamos una escala de 1-5, siendo 1 de tensión y 5 mucha tensión.



GRUPO MUSCULAR	NIVEL DE TENSION PRE					NIVEL DE TENSION P					OTROS
Mano y brazo dominante	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Bíceps dominante	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Mano y antebrazo no dominante	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Bíceps no dominante	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Frente	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Mejilla y nariz	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Mandíbula	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Cuello y garganta	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Pechos, hombros y parte superior de la espalda	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Región abdominal	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Muslo dominante	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Pantorrilla dominante	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Pie dominante	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Muslo no dominante	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Pantorrilla no dominante	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Pie no dominante	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	



Anexo M

Utilizamos una escala de 1 – 5 identificando tu nivel de tensión y relajación por varias sesiones

	Sesión 1		Sesión 2		Sesión 3		Sesión 4		Sesión 5		Sesión 6		Sesión 7	
GRUPO MUSCULAR	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Mano y brazo dominante	4	2	3	2	5	1	3	1						
Dificultades:														
Bíceps dominante														
Dificultades														
Mano y antebrazo no domi														
Dificultades														
Bíceps no dominante														
Dificultades														
Frente														
Dificultades														
Mejilla y nariz														
Dificultades														
Mandíbula														
Dificultades														
Cuello y garganta														
Dificultades														
Pechos, hombros y espalda														
Dificultades														
Región abdominal														
Dificultades														
Muslo dominante														
Dificultades														
Pantorrilla dominante														
Dificultades														
Pie dominante														
Dificultades														
Muslo no dominante														
Dificultades														

Anexo N
MATERIAL PSICOEDUCATIVO DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA
PSICOLOGICO DE LA ADICCION

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.



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 enfrasca 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.



Anexo O

HOJA DE AUTORREGISTRO DE MECANISMOS DE DEFENSAS PSICOLOGICAS

Registro mis mecanismos de defensa

MECANISMOS	TIPO	NIVEL DE CONVICCION (0-10)	RETRIBUCION	NIVEL DE CONVICCION (0-10)