



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD

Carrera de Psicología

**“INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL
ORIENTADA A DISMINUIR LAS ANSIAS DE CONSUMO EN UN
PACIENTE QUE PRESENTA TRASTORNO POR CONSUMO DE
CANNABIS EN UNA RESIDENCIA TERAPEUTICA, 2024”**

Trabajo de suficiencia profesional para optar al título profesional de:

Licenciado en Psicología

Autor:

Edwin Gerardo Ochoa Mendez

Asesor:

Mtro. José Fernando Vega Luján

<https://orcid.org/0000-0003-4752-1551>

Lima - Perú

2024

INFORME DE SIMILITUD



Página 2 of 95 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega trn:oid::1:3114516112




9% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía

Fuentes principales

- 8%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 4%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.




Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



Página 3 of 95 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega trn:oid::1:3114516112

Fuentes principales

- 8%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 4%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	
	repositorio.cedro.org.pe	1%
2	Trabajos del estudiante	
	Universidad Privada del Norte	1%
3	Trabajos del estudiante	
	UNIBA	0%
4	Internet	
	www.scribd.com	0%

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a aquellas personas que han sido participe directa e indirectamente en este camino de estudiar esta carrera profesional, con ello deseo no solo hacer mención a mi familia quienes significan mucho para mí, pues también, deseo hacer referencia a distintos profesores, profesionales y expertos de distintas materias que llegué a conocer, puesto que, para mí es totalmente grato afirmar que aquellas personas reforzaron la pasión y aquella vocación que he desarrollado en mi trayecto profesional.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi total agradecimiento a mis padres, mi Madre Rosa y mi Padre Nicomedes, a su amor incondicional y forma de ser que forjaron mi esencia como persona, a mi hermana Elizabeth, persona quien con su sola imagen y forma de ser me ha inculcado valores y me ha motivado a realizarme de manera profesional, también, quiero manifestar mi agradecimiento a todas las personas que conocí y logré compartir en este proceso de estudiar y graduarme, llevo en mí los recuerdos y concluyo con la sensación gratificante de haber vivido aquello.

TABLA DE CONTENIDO

INFORME DE SIMILITUD	2
DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
ÍNDICE DE TABLAS	6
ÍNDICE DE FIGURAS	7
RESUMEN EJECUTIVO	8
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	27
CAPÍTULO III. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA	45
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	60
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	66
REFERENCIAS	69
ANEXOS	74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Sesión 1 Rapport y Afronte a la Abstinencia / Atención de Seguimiento.....	47
Tabla 2 Sesión 2 Afronte de la Abstinencia / Atención de Consejería (Entrevista Motivacional).	48
Tabla 3 Sesión 3 Afronte a la abstinencia / Atención de Consejería (Entrevista Motivacional)....	49
Tabla 4 <i>Sesión 4 Conciencia de Enfermedad / Atención de Consejería</i>	50
Tabla 5 Sesión 5 Conciencia de Enfermedad / Atención de control y Consejería	51
Tabla 6 Sesión Conciencia de Enfermedad / Atención de control y Consejería	52
Tabla 7 Sesión 7 Conciencia de Enfermedad / Atención de control y Consejería	52
Tabla 8 Sesión 8 Conciencia de Enfermedad / Atención de control y Consejería	53
Tabla 9 Sesión 9 Conciencia de Enfermedad / Atención de control y Consejería	54
Tabla 10 Sesión 10 Motivación al cambio / Atención de control y Consejería.....	56
Tabla 11 Sesión 11 Motivación al cambio / Atención de control y Consejería.....	57
Tabla 12 Sesión 12 Motivación al cambio / Atención de control y Consejería.....	58
Tabla 13 Sesión 13 Motivación al cambio / Atención de control y Consejería.....	59
Tabla 14 Registros Frecuencias de las ansias de consumo	60
Tabla 15 Registros de intensidad percibida de las ansias de consumo	61
Tabla 16 Resultados pre y post test de la escala de evaluación del cambio de la universidad Rhode Island-Urica.....	63
Tabla 17 Resultados pre test y post test del ASSIST	64
Tabla 18 Resultados pre test y post test del apartado síndromes clínicos del MCM-III pre y post test.....	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Organigrama de la Residencia Terapéutica P. de E.	13
Figura 2 Registros Frecuencias de las ansias de consumo.....	61
Figura 3 Registros de intensidad percibida de las ansias de consumo.....	62
Figura 4 Resultados pre y post test de la escala de evaluación del cambio de la universidad Rhode Island-Urica.....	63
Figura 5 Resultados pre test y post test del ASSIST	64
Figura 6 Resultados pre test y post test del apartado síndromes clínicos del MCM-III pre y post test.....	65

RESUMEN EJECUTIVO

La experiencia profesional se dio en las instalaciones de una residencia terapéutica que presta servicio de atención a problemas asociados con trastornos adictivos. Asimismo, el estudio de caso tuvo el objetivo de disminuir las ansias de consumo que presenta trastorno por consumo de cannabis bajo el modelo cognitivo conductual en la modalidad de internamiento residencial. El proceso de atención estuvo conformado por 13 sesiones en un tiempo determinado de 3 meses, para ello se estableció una adaptación con el plan terapéutico de la institución en sus etapas de evaluación y atención. Los instrumentos psicométricos que se utilizaron fueron el Inventario Multiaxial de Millon III, la Escala de Evaluación del Cambio Universidad de Rhode Island, la prueba de detección de consumo ASSIST y escalas SUDS que evaluaron las ansias de consumo. Los resultados se obtuvieron de las evaluaciones pre-test y post-test las cuales arrojaron una reducción evidente en las ansias de consumo de Cannabis, manifestación notable de la conciencia de enfermedad, capacidad de afronte para hacer frente a la abstinencia y un avance en la motivación al cambio.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes de la entidad

1.1.1. Contextualización de la experiencia profesional

Llevo laborando en el centro de rehabilitación P. de E. desde el 15 de febrero del 2022 en el área de adicciones, dentro del periodo inicial que duró seis meses, mi labor específica estuvo orientada a pasar por un proceso de inducción, proceso estructurado que se imparte a los nuevos colaboradores de la entidad, de tal modo que mi presencia se mantuvo a estar como acompañante y apoyo en las diversas actividades que cumple el psicólogo de esta área.

Posterior a aquel plazo de tiempo, de manera gradual hasta la actual fecha y bajo supervisión de un profesional especializado en el rubro de adicciones me asignaron más funciones las cuales están orientadas a la asistencia psicológica de manera individual y grupal con los usuarios. Así mismo, esto incluye, atención psicológica con la familia de los usuarios, aplicación de pruebas psicométricas, redacción de informes, registros de las carpetas de cada usuario, coordinación del tratamiento integral de cada usuario con el área de Psiquiatría y Medicina general, abordaje psicológico bajo la modalidad ambulatoria, clínica de día e internamientos en la residencia terapéutica, elaboración de planes de tratamiento, elaboración, adaptación y aplicación de módulos terapéuticos y coordinador con el área de dirección en la logística, tratamiento integral y gestión de la residencia. Por otro lado, dentro de la experiencia en el tratamiento y seguimiento en los abordajes individuales

se me han asignado pacientes que presentan trastornos asociados con sustancias psicoactivas, patrones comportamentales y algunos pacientes que cuentan con más de un trastorno.

1.1.2. Descripción de la entidad

P. de E. es un centro de rehabilitación y residencia de salud mental que cuenta con varios años en el campo, su actuación se encuentra conformada por profesionales especialistas para un abordaje integral. Esta entidad, brinda un programa terapéutico estructurado basado en un enfoque Biopsicosocial-espiritual el cual va dirigido a la persona involucrada y sus familiares.

El plan de tratamiento profesional es multidisciplinario y está conformado por; enfermeros, psiquiatras, médico general, nutricionista y consejeros espirituales. Asimismo, el objetivo general del programa se orienta a la rehabilitación de las aquellas personas que tienen problemas con el abuso, dependencia a alguna sustancia psicoactiva y otros trastornos asociados, el fin de la labor es brindarles un nuevo estilo de vida funcional que permita al usuario lograr sus metas de vida en su contexto actual.

1.1.3. Servicios que brinda la entidad

- Programa de desintoxicación

El Programa de Desintoxicación de P. de E., está dirigido a personas con cuadros relacionados al consumo de Drogas, los cuales deciden por un programa de corta estancia por motivos de trabajo u otras responsabilidades, que opten por una

desconexión importante para empezar la deshabitación de hábitos dañinos, la duración de la estancia es de 2 a 3 meses. Al finalizar esta primera fase, se brinda a la persona otras modalidades de tratamiento donde pueda continuar con su proceso de recuperación de forma externa sin alterar sus actividades diarias.

– **Programa residencial de internamiento**

El programa brinda una modalidad de 12 meses, el cual se encuentra dividido en 6 etapas donde se abordan los siguientes elementos; la desintoxicación, deshabitación y reinserción. Además, cada fase cuenta con objetivos, donde el residente va progresando a su ritmo y capacidades dentro del programa.

– **Programa residencia de día**

Es un programa adaptado a las necesidades de cada usuario en torno a una comunidad terapéutica. Dirigido a personas adictas a sustancias psicoactivas, adicciones comportamentales y trastornos asociados.

En este programa el usuario realiza las actividades dentro de la residencia, mediante el día teniendo acceso a nuestras instalaciones y servicios como, psiquiatría, psicología, consejería en adicciones, nutrición entre otros. Se estructura por periodos de tiempo con el fin de no perjudicar el área laboral y/o académica del usuario, este tratamiento es flexible y exclusivo para cada caso. Por ejemplo, universitarios, padres de familia, trabajadores, empresarios, profesionales y otros que no dispongan de tiempo para un tratamiento integral (Programa residencial).

– **Programa ambulatorio**

En esta modalidad el usuario y familiar recibe asistencia sin ningún tipo de actividad residencial. Este tratamiento busca atender los problemas de adicciones y otros trastornos asociados, la finalidad del tratamiento ambulatorio es reconducir los desórdenes específicos que presenta el consultante. Se lleva a cabo mediante el incremento de la competencia psicosocial y la aplicación de principios de un reaprendizaje cognitivo, conductual y motivacional.

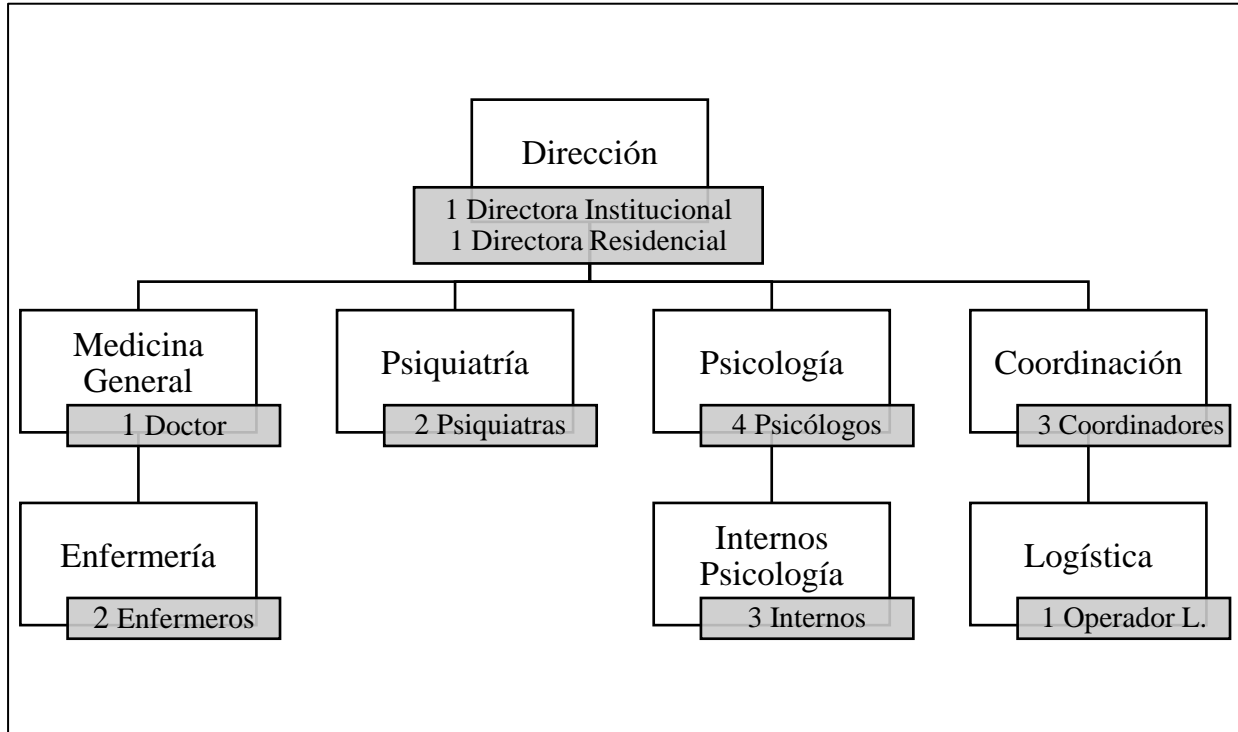
1.1.4. Cultura organizacional

- **Visión:** Crear un espacio de apoyo mutuo y de encuentro en nuestras residencias que aporten compromiso y pertenencia a un fin común (la rehabilitación). Con el fin de desarrollar servicios de calidad para las personas que lo requieran. Asimismo, desarrollar un óptimo programa que conste de una efectiva reinserción socio laboral y/o académica, tratamiento e investigación basados en un modelo biopsicosocial - espiritual.
- **Misión:** Brindar servicios de atención profesional ante la problemática de las drogas en la prevención, tratamiento y rehabilitación bajo un modelo de interacción comunitaria.
- **Valores:**
 - Humanismo
 - Responsabilidad
 - Solidaridad
 - Transparencia
 - Motivación
 - Trabajo en equipo
 - Empatía
 - Honestidad
 - Respeto
 - Profesionalismo

Organigrama

Figura 1

Organigrama de la Residencia Terapéutica P. de E.



- Ubicación de la entidad

- País : Perú
- Departamento : Lima
- Provincia : Lima
- Sede Residencial : Cieneguilla
- Sede Ambulatorio : Lima

2.1. Caso de estudio

2.1.1. Datos

Usuario de 21 años, género masculino, nació en Lima, su estado civil es soltero, hijo mayor de dos hermanos y cuenta con estudios superiores inconclusos. Tuvo una residencia de dos años en EEUU, al retornar a Lima por motivo de visita se instala y reside en el domicilio de su madre y hermano, los padres se encuentran separados por más de 5 años y el motivo de consulta se establece por el uso que tiene con el cannabis.

2.1.2. Detalle del ingreso a la residencia

El usuario ingresa a la institución de manera involuntaria bajo la modalidad residencial de internamiento dirigida en primera instancia en la desintoxicación el 02 mayo de 2024 en compañía de sus padres, quienes lo llevaron en estado de intoxicación por consumo de cannabis.

Al respecto, la familia comenta sentirse preocupada por el consumo de cannabis y el comportamiento que estaba presentando en aquel plazo de tiempo que los llevaba visitando. Así mismo, mencionan que el comportamiento de su hijo se caracterizaba por mostrarse irritado, impaciente, apático, distante, disperso, desorientado cuando estaba intoxicado, despreocupado por su aspecto e inquietud. Además, agregan que ante la preocupación y el rechazo que mostraban con el consumo el usuario se mostraba más alterado y evasivo.

2.1.3. Problema actual

El usuario refiere que hace aproximadamente 1 año experimentó con el uso de cannabis y ha continuado hasta el día de hoy, respecto a aquello, reconoce que su consumo se

ha incrementado y que en la actualidad se ha establecido entre 1 o 2 cigarros de cannabis que consume en el transcurso del día y que se da de manera diaria, además, ante eventos asociados a reuniones, momentos de tensión, tiempos libres u otros el consumo se desarrolla con mayor cantidad. Por último, dentro del patrón de consumo manifiesta haberse sentido atraído por el estado de relajación y la aprobación que percibía.

Los deseos de consumir cannabis se manifiestan por las mañanas al levantarse, por las tardes después de almorzar, antes de dormir, al ver actos de consumo de cannabis, interactuar con personas con quienes consume, al sentir preocupación y para lograr estar calmado ante algunos eventos.

Al consumir cannabis manifiesta pensamientos como: “esto es agradable”, “nada me preocupa”, “estar relajado es lo mejor”, “todo está bien”, “consumir calma el malestar”, evoca la sensación de placer (8/10), relajación (8/10) y nota una disminución del malestar que percibía.

En los momentos donde no puede concretar el acto de consumir se muestra inquieto, preocupado e irritado.

2.1.4. Desarrollo cronológico del consumo de cannabis

Antes de concretarse el primer acercamiento con el cannabis el usuario mantenía una postura de rechazo con aquella sustancia, consideraba que era perjudicial, calificaba como “débiles o mediocres” a aquellas personas que consumían aquella sustancia, asumía que si el consumía alguna sustancia las personas lo verían con rechazo y desprecio.

Dentro del orden cronológico de su patrón de consumo manifiesta que este comenzó

en EEUU a sus 18 años de edad, específicamente inicia en una actividad social con algunos compañeros y conocidos, ante la experiencia mostró apertura al uso de cannabis. Esto último, fue motivado tanto por la presión grupal, estado de relajación y la percepción de diversión que sentía. Con lo cual, en un inicio acompaña el consumo de cannabis con bebidas alcohólicas, sin embargo, por los efectos de mareo y náuseas decide en dejar aquel patrón.

Posterior a estos eventos decide mantener un consumo social con un grupo cerrado de personas. Luego, a los meses de haber desarrollado aquel ciclo, reconoce que en el último año antes de retornar a Perú mantuvo un consumo habitual que era diario y lo hacía solo, puesto que ya no sentía la necesidad de que el acto de consumo debería solo darse con otras personas. Respecto a este periodo de tiempo, donde mantuvo un consumo habitual, la cantidad que utilizaba era de uno a dos cigarrillos de cannabis por día, en actividades como fiestas o tiempos libres como en sus descansos llegaba a consumir tres cigarrillos de cannabis. Por último, agrega que en momentos donde se sentía tenso, desmotivado, cansado, ansioso, triste o decepcionado también recurría a buscar el uso de cannabis.

En la actualidad, durante el mes que se ha quedado con su familia el usuario mantuvo un consumo diario de 1 o 2 cigarrillos de cannabis, el cual se daba en distintos momentos del día, este consumo se daba de manera solitaria en su cuarto y en compañía. Respecto a su entorno social creó nuevos contactos con algunas personas de su vecindario con quienes consumía.

2.2. Actitud del usuario frente al tratamiento

Posterior a unos días en la primera entrevista el usuario manifiesta sentirse confundido y reacio a reconocer que cuenta con algún problema, normaliza por medio de expresiones verbales que el patrón de consumo que había desarrollado utiliza argumentos orientados a la cultura del país y el uso recreativo que le dan a nivel social como justificación.

No obstante, la actitud inicial que tomó el usuario con su internamiento se centró al hecho de desintoxicarse por presión de su familia, ante esta decisión manifestó sentirse preocupado por el desafío de lidiar con las ansias producidas por la abstinencia inicial, pues reconocía que desde su llegada notaba un deseo intenso de querer consumir, el cual se mantenía presente por la mayor parte del día y asumía que no iba a poder controlarlo. Asimismo, refiere que, ante episodios anteriores, donde no podía concretar su patrón de consumo se mostraba irritable, impaciente, ansioso, inquieto, apático, hacía movimientos repetitivos como especie de temblores, presentaba insomnio si pasaban algunos días, notaba mayor sudoración y escalofríos y el contenido de sus pensamientos se orientaban bajo la negatividad o volver a sentir el placer del cannabis.

2.3. Historia Clínica - Datos relevantes

2.3.1. Área laboral

La primera experiencia laboral se dio bajo la dirección de su padre en un trabajo familiar. El cargo que tuvo fue de apoyo de cocina y repartidor, el ciclo de labor duró unos 4 meses, tiempo en el cual su desempeño lo identifica como “regular” debido a la dificultad que percibía por tener que interactuar de manera más continua con su padre y lidiar con problemas que trae la rutina diaria. Esta experiencia laboral, culmina de manera abrupta producto de un conflicto donde el usuario decide dejar lo que estaba haciendo, caer en

diálogo con su padre e irse a su casa.

La segunda experiencia laboral se dio en EE. UU., en el estado de Kansas en una industria de producción. El cargo que tuvo fue de operario, el tiempo de trabajo que tuvo fue de 6 meses, el consultante identifica su desempeño como “bueno”. Siendo la interacción social con sus compañeros en gran parte se veía orientada al uso de cannabis. Para este tiempo ya se encontraba creando una rutina de consumo que iniciaba antes y después de la jornada laboral diaria. Por otro lado, el usuario reconoce que en las últimas semanas mostraba desinterés e incumplimiento con su jornada laboral. Asimismo, refiere que llegó a sentirse aburrido por la rutina y que por aquel motivo optó por renunciar, decisión que tomó unos días previo a su renuncia.

El tercer y último trabajo que tuvo fue en otro estado de EE. UU., el puesto a cargo fue de operario Logístico en un almacén de grandes escalas. El tiempo de labor que tuvo fue de 7 meses. A nivel social refiere haberse sentido bien, sin embargo, respecto a su desempeño comenta que le costaba mantener el ritmo de trabajo, que su constancia con el pasar del tiempo bajaba y para el cuarto mes comenzó a ausentarse cada cierto tiempo para quedar se en casa o juntarse con algunos conocidos y consumir cannabis. Finalmente, luego de algunas amonestaciones por sus faltas y tardanzas, abandona el trabajo.

Ante la autonomía con la solvencia económica, las faltas que tuvo con sus últimos empleos llevaron a que el usuario presente problemas con el pago de la renta del espacio alquilado, vender algunas de sus pertenencias, recurrir a solicitar préstamos y tener que realizar trabajos adicionales.

2.3.2 Área Social

A la edad de 18 años y ante su llegada a EE. UU. el usuario fue a vivir en la casa de sus tíos. En relación a esto, su vida social se orientó a mantener contacto con un grupo pequeño de personas, los cuales llega a conocer gracias al contacto que tuvo con sus primos. A los meses en su instancia experimenta con el uso de cannabis en algunas actividades sociales, de aquel tiempo, manifestando que el uso de cannabis es muy común y aceptado. Con lo cual, gracias al interés que mantiene luego de la experimentación y con el pasar del tiempo, busca variedad en el tipo de cannabis y forma de consumo.

Posterior a los siete meses percibe que en sus actividades recreativas se encontraba presente el uso de cannabis, y que para el tiempo posterior las actividades recreativas fueron reemplazadas por el acto de consumo.

Ante la llegada a Perú, en el tiempo de su instancia que fueron unos meses, la vida del usuario se vio envuelta a relacionarse con personas que no había conocido antes, o conocía poco, pero compartían el uso de cannabis, de estas personas no identifica a alguien significativo como amigo o persona cercana, considera que solo recurría a ellos para buscar sustancia, tener un consumo compartido o adquirir la sustancia para consumir de manera solitaria.

2.3.3. Área académica

El usuario culminó sus estudios primarios y secundarios con un rendimiento académico intermedio. Además de no tener cursos desaprobados, tampoco se observan registros de amonestaciones por el comportamiento desarrollado. Podemos decir lo mismo

respecto a su asistencia y participación en clases debido a la motivación e interés que mostraba.

Al estudiar a nivel superior con una carrera universitaria, en un inicio se vio motivado. No obstante, su desempeño fue bajando, de aquello el usuario identifica que la carrera elegida no llegó a ser totalmente de su agrado. Además, mantenía la idea que estudiar una carrera conllevaba a destinar mucho tiempo, tiempo que podría utilizar para trabajar y generar ingresos de otra manera. Al acabar el ciclo académico y ver los resultados que tuvo acepta la propuesta de viajar a EE. UU. para trabajar que le dio su Madre.

2.3.4. Área familiar

Padre: Cuenta con 49 años, natural de Lima, grado de instrucción profesional concluida, en la actualidad no labora, estado civil separado, el usuario describe a su padre como una persona arrogante, autoritario, ofensivo, radical, responsable y machista, asimismo, identifica que el vínculo con su padre se caracteriza por ser distante y conflictivo, la comunicación entre ambos es mínima, ante el modo de corregirlo en su crianza, como medida de castigo el padre recurría a alzar la voz utilizando palabras ofensivas, a ello, identifica que era usual ver discusiones y peleas físicas entre sus padres hasta que se separaron. Ante el problema manifiesto con el cannabis, el padre mostró rechazo y preocupación.

Madre: Cuenta con 47 años, natural de Lima, grado de instrucción profesional concluida, en la actualidad ya no labora, estado civil separado, el tipo de vínculo con el usuario es cercano donde existe una comunicación abierta, además, describe a la madre

como una persona alegre, preocupada, atenta, amorosa, insegura, sumisa, optimista y paciente, respecto al tipo de crianza, la madre es quien se muestra mas presente en acompañarlo. Ante el problema del consumo de cannabis la madre muestra preocupación y rechazo.

Hermano: Cuenta con 19 años, natural de Lima, grado de instrucción profesional en curso, ocupación estudiante, el tipo de vínculo que mantiene con el usuario es cercano, guardan una comunicación abierta, además, describe a su hermano como una persona alegre, comprensible, preocupada, optimista, responsable y sociable. Ante el problema manifiesta con el cannabis el hermano desaprueba este consumo por los problemas que trae.

La separación de los padres sucedió cuando el usuario era adolescente. En la actualidad, los padres se encuentran intentando retomar su relación.

2.3.5. Antecedentes policiales y legales

Como producto de la posesión de cannabis, en el retorno a Perú, a inicios del año, tuvo una intervención policial debido a que se encontraba estacionado en compañía de un amigo fumando cannabis, producto de ello no tuvo sanción alguna, solo concluyó como intervenciones dando avisos puntuales.

2.3.6. Evaluación psicométrica

- Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island
- Prueba De Detección Para Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST)
- Inventario clínico multiaxial de Millon-III
- Escala de Unidades Subjetivas / Registros (Ansias de consumo)

2.3.7. Diagnostico psiquiatría

- F12 - Trastorno por consumo de cannabis – DSM-V-TR

2.4. Formulación del problema

2.4.1. Problema General

- ¿Puede la intervención cognitiva conductual disminuir las ansias de consumo en un paciente que presenta por consumo de cannabis en una residencia terapéutica, 2024?

2.4.2. Problemas específicos

- ¿Se puede desarrollar conciencia de enfermedad sobre el trastorno por consumo de drogas en un paciente con trastorno por consumo de cannabis en una residencia terapéutica, 2024?
- ¿Se podrá afrontar el cuadro de síndrome abstinencia producido por el trastorno por consumo de drogas en un paciente con trastorno por consumo de cannabis en una residencia terapéutica, 2024?
- ¿Se puede desarrollar una motivación al cambio en un paciente que presenta por consumo de cannabis en una residencia terapéutica, 2024?

2.5. Justificación

A nivel global el consumo de drogas y específicamente el Cannabis ha representado ser un problema creciente que afecta a distintas personas sin diferenciar las edades y estratos sociales, esto se puede evidenciar en los reportes internacionales de algunas entidades como

la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (UNODC) que en sus informes ponen en manifiesto esta problemática.

La UNODC (2023) en el informe mundial sobre las drogas de aquel año se expuso lo siguiente:

- El consumo de drogas aún sigue siendo alto en el mundo.
- En el año 2021, a nivel mundial, 1 de cada 17 personas entre 15 a 64 años consumió alguna droga en el año anterior.
- La cantidad de personas que consumen drogas se incrementó de 240 millones en el año 2011 a 296 millones en el año 2021 (esto representa el 5,8 % de la población mundial en el rango 15 a 64 años de edad).
- En 2021, 219 millones de personas consumían cannabis, lo que equivale al 4,3% de la población adulta mundial. El cannabis sigue siendo la sustancia más consumida.
- Se demostró que el cannabis y los opioides están asociados con la mayoría de los problemas de consumo de drogas.
- El cannabis ocupó el primer lugar en el 46% de los países que clasificaron las drogas que causan trastornos por consumo de drogas, y en el 31% de esos países, el mayor porcentaje de drogas que causan problemas por consumo de drogas. Los opioides, principalmente la heroína, ocuparon el primer lugar; los estimulantes de tipo anfetamínico representaron el 13% de los países.

Respecto a la prevalencia de los trastornos generados por el consumo de Cannabis, en

un artículo publicado por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos (2019) se evidenció lo siguiente:

- El consumo de marihuana puede generar un trastorno.
- Existe un rango de probabilidad entre el 9% y 30% de las personas consumidoras de marihuana en presentar algún trastorno por consumo de cannabis.
- Las personas que consumen marihuana antes de los 18 años, presentarían entre cuatro y siete veces más probabilidad a comparación con la población adulta en llegar a manifestarse algún trastorno por consumo de marihuana.

Debido a los efectos perjudiciales del consumo de cannabis, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2013) definió las siguientes categorías de trastornos relacionados con el cannabis en el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición (DSM-5): trastorno por consumo de cannabis, intoxicación por cannabis, abstinencia de cannabis, otros trastornos inducidos por el cannabis y trastornos no especificados relacionados con el cannabis. Asimismo, como indicadores comunes se encuentra la compulsión hacia el consumo de la sustancia, alteración del nivel de tolerancia, abstinencia, deficiencia en el apartado social, reemplazo o abandono de actividades y exposición a situaciones de riesgo. Finalmente, existen otros trastornos inducidos por cannabis como; trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad y trastornos del sueño-vigilia

La población en general y las personas que consumen cannabis desconocen los

efectos derivados del uso continuado de esta sustancia, incluso, Algunas personas creen que no existen consecuencias adversas por consumir alguna SPA. (Bobes & Calafat, 2000). Sin embargo, la evidencia demuestra que el consumo de cannabis trae de por sí múltiples consecuencias perjudiciales, ya sean físicas o psicológicas, a corto o largo plazo (Quiroga, 2000).

Ante la problemática presente, el abordaje cognitivo conductual se ha visto considerada como una alternativa, la cual en algunas investigaciones ha logrado demostrar su eficacia, en adelante se expondrán dos antecedentes de los antecedentes que cuentan con algún abordaje cognitivo conductual para el uso de cannabis.

Budney et al. (2006) en un ensayo controlado aleatorio que realizaron en Estados Unidos se seleccionaron a 90 adultos quienes recibieron tratamiento cognitivo conductual para abordar el uso de cannabis que presentaban, dichos participantes fueron compensados con unos vales por el tiempo de abstinencia logrado y asistencia con las sesiones, las sesiones estuvieron estructuradas considerando la entrevista motivacional, terapia cognitivo conductual, habilidades de afronte ante la abstinencia y terapia de resolución de problemas, los resultados arrojaron que la terapia cognitivo conductual mejoró el mantenimiento posterior al tratamiento del efecto logrado con los vales y la abstinencia lograda.

Hoch et al. (2012) en un ensayo controlado donde participaron 122 personas que cuentan con el diagnostico de trastorno de dependencia al cannabis, quienes fueron tratados bajo el programa de tratamiento CANDIS, el cual se encuentra estructurado con

fundamentos de la Entrevista Motivacional, Terapia Cognitivo Conductual y terapia de Resolución de Problemas. En los resultados se obtuvo que el programa fue eficiente en la reducción del consumo de cannabis el alcance y mantenimiento de la abstinencia.

El presente trabajo busca demostrar el impacto del enfoque cognitivo conductual en la intervención para disminuir las ansias de consumo en un paciente con trastorno por consumo de cannabis, para ello se recurrió a aplicar el módulo de atención que se encuentra estructurado con módulos para trabajar la conciencia de enfermedad, habilidad de afronte ante la abstinencia y motivación al cambio con la entrevista motivacional en un caso dentro de la residencia terapéutica bajo la modalidad de internamiento en un periodo de 3 meses.

2.6. Objetivo General

- Lograr disminuir las ansias de consumo en un paciente con trastorno por consumo de cannabis en una residencia terapéutica, 2024.

2.6.1. Objetivos específicos

- Desarrollar conciencia de enfermedad sobre el trastorno por consumo de cannabis en un paciente con trastorno por consumo de cannabis en una residencia terapéutica, 2024
- Facilitar el afronte ante el cuadro de síndrome abstinencia producido por el trastorno por consumo de cannabis en un paciente con trastorno por consumo de cannabis en una residencia terapéutica, 2024.
- Implementar una motivación al cambio en un paciente que presenta trastorno por consumo de cannabis en una residencia terapéutica, 2024.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Fundamentación teórica

2.1.1. Conciencia de enfermedad

Stuss & Benson (1984, 1986) definen la autoconciencia como una cualidad que permite la toma de conciencia de uno mismo y la comprensión de la posición de uno mismo en el ámbito social.

Ambrosio et al. (2011) mencionan que en el contexto de la adicción, la "falta de conciencia" se refiere tanto al conocimiento y la identificación de tener la enfermedad como a la comprensión de los déficits cognitivos relacionados con el consumo de drogas.. Del modo que esta respuesta se presentaría como mecanismo de defensa o autoprotección con el fin de evitar las consecuencias que traería la aceptación de ser un individuo que se encuentra afectado por alguna patología.

Los aspectos por tratar en el desarrollo de conciencia y la respuesta de negación relacionados con la adicción, podrían representar un relevante impacto para el tratamiento y la rehabilitación de las personas que consumen drogas. Durante el consumo, la ausencia de conciencia podría estar relacionada con alteraciones en la percepción ante la necesidad de buscar ayuda, por ejemplo, permanecer en la situación de sobreestimar la capacidad de regular la ingesta sin necesidad de terapia (Rinn et al., 2002).

En el proceso de rehabilitación, la falta de conocimiento sobre los trastornos por uso de sustancias psicoactivas puede estar relacionada con una disminución de la motivación para el proceso de tratamiento. Esto podría manifestarse como una alta sensación de control sobre

la participación en conductas de riesgo y el uso de drogas, o como una falta de participación en la realización de las tareas necesarias para cumplir los objetivos de la intervención (Rinn et al., 2002; Verdejo, et al., 2004; Goverover, Chiaravalloti, & DeLuca, 2005)

2.1.2. Craving

APA (2023) define craving como un deseo, impulso o anhelo incesante hacia la droga. Además, este entra dentro de la categoría de síntomas utilizados para diagnosticar el cannabis y otros trastornos por consumo de sustancias.

2.1.2.1. Modelo neuroadaptativo

Chesa et al. (2004) el craving bajo este modelo hace referencia al proceso progresivo y permanente de adaptación que tiene la función cerebral ante la presencia de alguna droga. En este proceso para sostener la homeostasis del cerebro, varias células adaptan su funcionamiento ante la presencia prolongada de los compuestos que tienen las drogas, este cambio se ve entendido como neuroadaptación o sensibilización y se asocia con la tolerancia y abstinencia, características que están presentes en los trastornos por consumo de drogas.

2.1.2.2. Modelos de condicionamiento

Chesa, et al. (2004) El ansia se define por los fundamentos teóricos del condicionamiento como una reacción a la exposición a señales o estímulos específicos que fomentan el uso de un SPA.

De tal modo, se puede entender el condicionamiento como la asociación de un estímulo neutro a alguna SPA, el estímulo neutro se puede entender como aquel elemento o evento que al presentarse de manera inicial no genera una respuesta

específica y la asociación es la exposición de algún otro estímulo dentro del patrón de consumo.

2.1.2.3. Modelos cognitivos

Chesa et al. (2004) consideran que el anhelo es más que un mero condicionamiento. Porque el escenario incluye una serie de ideas cognitivas, como anticipación favorable al uso de la droga, recuerdos de la sustancia, problemas de concentración, juicios sobre el consumo, atención a los estímulos, interpretaciones de las propias reacciones fisiológicas y comportamientos automáticos.

Dentro del marco cognitivo se identifican los siguientes modelos:

- Etiquetaje cognitivo: El craving aparece como una emoción notable después de la exposición a estímulos relacionados con las drogas. De manera similar, la activación cognitiva y la fisiológica son las dos variedades de respuesta que componen esta respuesta. A esto último se le llama deseo.
- Expectativas de resultado: Refiere que Después de estar expuesto a señales ambientales relacionadas con la droga, que podrían provocar o activar expectativas atractivas con los efectos de la droga, aparece el craving.
- Doble afecto: En el presente modelo el craving se encuentra relacionado con procesos más complejos, ya que intervienen en las respuestas fisiológicas, estado emocional y la conducta de obtención de la droga. Asimismo, se considera que el craving es el producto de un sistema

emocional negativo, como el síndrome de abstinencia, los eventos no agradables y los estados carentes de placer.

- Procesamiento cognitivo: El craving representa una respuesta no automática, distinta en comparación de otras conductas que se manifiestan en el patrón de consumo, las cuales se identifican por la repetición y el aprendizaje que se genera, esto se debe a la existencia de un esfuerzo cognitivo y que esta se encontraría limitada por la capacidad que presenta el individuo.

2.1.2.4. Tipos de craving

Así mismo, Sánchez, et al. (2001) recopilan los siguientes tipos de craving:

- Respuesta a los síntomas de abstinencia. Los sujetos con una frecuencia y tasa elevada de consumo, ante el cese o disminución del consumo tienden a presentar una reducción en el grado de satisfacción que hallan en comparación al que obtienen con el uso de la droga, bajo este modelo se entiende la percepción que se presenta ante un aumento de la sensación de malestar cuando la persona deja de consumir la droga.
- Respuesta a la falta de placer. Se manifiesta en momentos donde los las personas consumidoras de drogas buscan cambiar su ánimo de la manera más rápida e intensa que se pueda dar, específicamente, estos intentos se dan en aquellas situaciones donde el sujeto se encuentra aburrido, desanimado o no cuenta con la habilidad para afrontar distintas actividades.

- Reacción condicionada a señales relacionadas con sustancias. Las personas que han abusado de alguna droga, han desarrollado un aprendizaje donde se asocian ciertos estímulos que en un inicio eran considerados como neutros, con la fuerte recompensa que trae el consumo.
- Respuesta a los deseos hedónicos. Las personas que consumen drogas en algunas ocasiones experimentan este tipo de craving cuando desean aumentar la sensación que trae una experiencia interpretada como positiva. Dentro de la historia del patrón de consumo, las personas desarrollan comportamientos con un alto nivel de satisfacción, de tal modo que crea la probabilidad de repetir las experiencias que se dan en este fenómeno.

2.1.3. Droga

Por otro lado, Becoña (2002) define como droga a los elementos que, ingerido en el organismo, este puede cambiar sus funciones de tal modo que logra alterar los pensamientos, percepciones, emociones y conductas en una orientación que incite a ser deseable volver a repetir la experiencia, creando la probabilidad de provocar mecanismos de tolerancia, abstinencia y dependencia.

2.1.4. Sustancia psicoactiva

La Organización Mundial de la Salud (2024) define como sustancia psicoactiva a las sustancias que pueden generar una acción directa sobre el sistema nervioso central y que

cuenta con la capacidad de modificar su funcionamiento alterando su nivel de funcionalidad. por lo tanto, tiene el potencial de repercutir en el autocontrol y el comportamiento.

2.1.5. Drogadicción

El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2022) en su apartado virtual define a la drogadicción como una enfermedad el cual se distingue por la necesidad, búsqueda y el uso irrefrenable de la droga, a pesar de los efectos perjudiciales que esta genera.

2.1.6. Comunidad terapéutica

De Leon (1994) define a la comunidad terapéutica como un entorno residencial libre de sustancias psicoactivas donde se asiste a personas dependientes de drogas y sus respectivas familias, este programa utiliza en su abordaje un sistema que cuenta con una estructura de tratamiento establecido en etapas y principios orientados a alcanzar los objetivos a tratar. Además, en esta modalidad de tratamiento se utiliza la influencia que pueda haber en la convivencia entre usuarios y dinámica creada para alcanzar cambios terapéuticos.

2.1.7. Trastorno por consumo de cannabis

En el DSM V (2013) describe el trastorno por consumo de cannabis como una condición en la que dos o más de los siguientes síntomas ocurren durante un período determinado de 12 meses y el consumo de cannabis resulta en un empeoramiento o condición grave:

1. El individuo consume frecuentemente cannabis en exceso o durante más tiempo del previsto.

2. Hay un deseo constante o intentos infructuosos de gestionar o dejar de consumir cannabis.
3. Se dedica una cantidad importante de tiempo a actividades que implican adquirir cannabis, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Se manifiestan ansias una fuerte necesidad de consumir cannabis.
5. Las frecuentes manifestaciones del consumo de cannabis resultan en la incapacidad de realizar tareas pertinentes en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. A pesar de los problemas sociales o las dificultades interpersonales continuas o persistentes provocadas o empeoradas por los efectos de la droga, el consumo de cannabis persiste.
7. El consumo de cannabis conlleva la reducción o el cese de actividades sociales, profesionales o recreativas pertinentes.
8. El consumo se mantiene a pesar de las situaciones en las que se podría generar un riesgo en la salud.
9. El consumo de cannabis continúa aun pese a que la persona sabe que sufre un problema físico o psicológico constante o persistente posiblemente causado o intensificado por el mismo.
10. Tolerancia, la cual se define por lo siguiente:
 - a. Se requieren dosis cada vez mayores de cannabis para producir los efectos o la condición deseada.
 - b. Un impacto disminuido que ocurre después de tomar la misma cantidad de cannabis de manera constante.

11. Abstinencia, expresada por los siguientes signos:

a. Manifestación del síndrome de abstinencia del cannabis:

- Rabia, agresividad o irritabilidad
- Ansiedad
- Dificultad para dormir (insomnio o presencia de pesadillas)
- Pérdida de peso o disminución del apetito
- Intranquilidad
- Estado de ánimo decaído
- Presencia de uno o más de los siguientes síntomas físicos que simboliza alguna incomodidad relevante: dolor abdominal, sudoración, espasmos fiebre, escalofríos, temblores o cefalea.

b. Para evitar, disminuir o eliminar los síntomas de abstinencia, las personas consumen cannabis o una droga comparable.

La gravedad del trastorno se especifica bajo lo siguiente:

- Leve: 2 o 3 indicadores.
- Moderado: 4 o 5 indicadores.
- Grave: 6 o más indicadores.

2.1.8. Entrevista Motivacional

Miller & Rollnick (2013) conceptualiza la entrevista motivacional como un modo de conversación colaborativo el cual tiene el propósito de fortalecer el compromiso y la motivación del proceso de cambio en la persona.

2.1.8.1. Aspectos esenciales de la entrevista motivacional

Miller & Rollnick (2013) dentro del espíritu de la entrevista motivacional exponen cuatro componentes, cada uno cuenta con componentes conductuales y experienciales que el profesional debe considerar en su labor.

- a) **La colaboración:** Hace mención a la forma de relación que se busca crear entre el profesional y el paciente, la cual busca, que haya una interacción activa entre “expertos”; lo cual significa que el terapeuta tome como un referente en su propia vida al paciente; entonces, el rol del terapeuta será de acompañar, y en sus funciones tendrá que explorar, brindar apoyo y crear un clima favorable que beneficie el cambio.
- b) **La aceptación:** Está muy relacionada al elemento de Colaboración, esta hace mención de la postura que los terapeutas deben crear hacia el paciente y se logra con el cumplimiento de las siguientes características:
 - Reconocer el valor de cada persona: Conlleva en identificar y ver en la otra persona un individuo único y diferente.
 - Empatía: Es el interés autentico por entender la perspectiva por la cual la persona ve al mundo y su problema.
 - Autonomía: Se entiende como la capacidad y derecho de cada paciente quien buscará orientar su vida hacia donde desee.
 - Afirmación: Implica buscar y reconocer las fortalezas y esfuerzos realizados por el individuo orientados al cambio.
- c) **La compasión:** Ser compasivo implica incentivar activamente la sensación

de bienestar del usuario, concediendo prioridad sus necesidades.

- d) La evocación:** Se entiende como el enfoque donde el profesional incentiva la manifestación de ideas, pensamientos, reflexiones y opiniones del paciente antes que imponer alguna opinión respecto al tema tratado, creando este contenido se busca el replanteamiento de la postura y logre objetivos planteados en su proceso de cambio.

2.1.8.2. Principios clínicos de la entrevista motivacional

Miller y Rollnick (2013) definieron cinco principios esenciales y habilidades, los cuales deben estar presente en la intervención.

- Expresar Empatía: La expresión de este elemento conlleva a mantener una actitud comprensiva, libre de juicios de valor donde el profesional intente conocer la perspectiva del cliente.
- Introducir la discrepancia: Establecer y potenciar, en la cognición del usuario, una discrepancia, entre donde se encuentra y donde desea o debe estar.
- Trabajar con la resistencia: Radica en la evitación del incremento de la resistencia, ya que cuanta más resistencia tenga el paciente, menor será la probabilidad de que se manifieste un cambio.
- Evitar la discusión: Se debe adoptar una estrategia no confrontativa, ya que el fin de la EM es incrementar la conciencia de las dificultades y la búsqueda de actuar ante su problema.
- Fomentar confianza en las habilidades (Auto-eficacia): Este concepto de

auto-eficacia equivale a tener confianza en la propia habilidad para enfrentar alguna tarea o reto específico, para esto, es necesario desarrollar en el paciente la sensación de seguridad de las capacidades que posee para que logre alcanzar con éxito la realización de alguna tarea específica.

2.1.8.3. Los procesos en la entrevista motivacional

Miller y Rollnick (2013) sostienen que el cómo y el por qué los individuos logran cambiar, sucede mediante un proceso, en el que confluyen y se superponen cuatro procesos:

- Comprometiéndose: El primer proceso implica en orientar al paciente a crear una relación profesional colaborativa, buscando establecer una conexión favorable orientada al tratamiento.
- Enfocándose: Proceso mediante el cual el terapeuta desarrolla un curso determinado en la conversación en función del proceso de cambio, del modo que se busque clarificar sus objetivos.
- Evocando: En este proceso se promueve la motivación del paciente hacia su recuperación y cambio.
- Planeando: Proceso donde el profesional orienta al usuario a plantearse algún plan de acción específico para lograr el cambio que necesita.

2.1.9. Terapia Cognitivo Conductual en Adicciones

El Instituto de Investigación de Drogodependencias España (2017) realizó una revisión de 24 artículos donde se expusieron tratamientos psicológicos de la adicción al cannabis

con el fin de encontrar el tratamiento que presente mayor eficacia, donde se encontró que la entrevista motivacional, manejo de contingencias y terapia cognitivo conductual serían las mejores herramientas para abordar el problema. Específicamente, respecto al tratamientos cognitivo conductual, en las revisiones se obtuvo mayores tasas de abstinencia durante y tras el tratamiento.

Pedrero, E. et al. (2008) en su recopilación exponen que el enfoque terapéutico cognitivo conductual es eficaz en el tratamiento de trastornos de conductas adictivas ya que cuenta con mayor cantidad de estudios en el campo de las adicciones, presentan mayor efectividad que otras opciones psicoterapéuticas, y con respecto a la dimensión del tratamiento, es muy efectiva, ya sea bajo el formato grupal como en el abordaje individual, por último, A corto plazo, se ha descubierto que esta estrategia fortalece los vínculos familiares y reduce el consumo de drogas entre los jóvenes que tienen alguna psicopatología relacionada.

2.1.10. Modelo transteórico de cambio

Prochaska y Prochaska (1994) desarrollaron un esquema con la propuesta de buscar abordar el proceso de cambio, desde el inicio donde un individuo advierte la problemática con la adicción hasta que el problema concluye en no presentarse. El modelo tiene una connotación tridimensional, puesto que se estructura bajo procesos, niveles y estadios de cambio. Dentro del proceso de cambio los autores identificaron los siguientes estadios: precontemplación, contemplación, preparación, actuación y mantenimiento.

- Precontemplación: En este estadio las personas no conciben la idea o

necesidad de cambiar, esto podría darse porque no se encuentran informados, desconocen las consecuencias de su comportamiento, no consideran que sea un problema y otros individuos carecen de la capacidad de cambiar, no desean pensar en ello o caen en desmoralizarse.

- Contemplación: En este estadio los pacientes logran desarrollar conciencia de la existencia del problema y evalúan seriamente la posibilidad de cambiar, aún podrían manifestar ambivalencia, sin embargo, están abiertos a recibir información y evaluar desarrollar un compromiso de cambio.
- Preparación: La presente etapa se caracteriza por la manifestación de la decisión de comprometerse a realizar un cambio con su problemática, asimismo, aquí se pueden evidenciar algunos cambios mínimos, o intentos originados por la disposición de cambio que presentan.
- Acción: La modificación de la conducta problemática toma un papel relevante, en esta etapa el paciente se ve en la situación de extinguir patrones asociados a un riesgo y fortalecer o desarrollar habilidades, conocimientos y otros aspectos asociados a sus necesidades para hacer frente a su problema, para ello se traza un plan de acción, se requiere de un tiempo de trabajo y evaluar la evolución.
- Mantenimiento, En este estadio, el paciente intenta conservar y consolidar el trabajo realizado en las etapas anteriores, de tal modo, buscará prevenir algún desliz o recaída dentro del patrón de su comportamiento problema, por último, se busca que el individuo considere este tiempo como una

continuidad y mantener dentro de sus hábitos la noción de mantener actuar a favor de su autocuidado.

2.1.11. Técnicas cognitivas

Beck, Wright, Newman, & Liese (1999), definen las siguientes técnicas cognitivas:

- **El método socrático**

Mediante esta técnica los pacientes son orientados a pasar por un proceso de descubrimiento de los esquemas de sus pensamiento y patrones distorsionados. De tal modo, que el método socrático es desarrollado mediante reflexiones, análisis, comprensión e hipótesis, para poder examinar, suscitar y contrastar el contenido cognitivo que se ha desarrollado o se manifiesta en los individuos.

- **Reestructuración cognitiva**

Método en el cual se guarda un registro de pensamientos desadaptativos donde se logre identificar y profundizar aquellas distorsiones bajo alguna estructura para ser modificadas en función de un modelo más favorable.

- **Asignación de actividades entre sesiones**

Es la ejecución de actividades asociadas con técnicas o tareas psicoterapéuticas que van entre las sesiones de la terapia, para dicha labor se toma en cuenta los objetivos orientados al cambio. Finalmente, el terapeuta debe monitorear, evaluar la comprensión y verificar la correcta aplicación de dichas tareas.

- **Análisis de las ventajas y desventajas**

Este método requiere que el paciente reevalúe su problema identificando y reevaluando los beneficios y desventajas del uso del fármaco problemático.

– **Reatribución de responsabilidad**

Esta técnica busca modificar la atribución de la responsabilidad de uso de drogas con factores externos, el cual establece el paciente a modo de evasión de su problema con el fin de identificar y crear un campo de modificación de las conductas de abuso de sustancias.

– **Autoregistros**

Es una estrategia que consiste en guardar anotaciones bajo una estructura prediseñada con el fin de favorecer de identificar algún aspecto definido.

– **Distractores cognitivos**

El enfoque de esta técnica está orientado en cambiar el foco de atención de manera intencionada hacia otro estímulo, el fin es anular la respuesta a trabajar o facilitar la canalización de algún malestar percibido.

– **Análisis de casos**

Consiste en presentar al paciente información de casos o investigaciones reales relacionadas a la patología o aspecto a modificar, para ello se realiza un análisis, reflexión y orientación de afronte.

– **Análisis funcional**

Técnica orientada en estudiar el patrón de conducta del paciente, se toma en cuenta el contexto, antecedentes, pensamientos y creencias, se basa en

operacionalizar los comportamientos, comprender su estructura, para luego utilizar la presente información y modificarlas.

– **Role Playing**

Técnica conocida como dramatización o juego de roles. La finalidad de esta herramienta es lograr que el paciente simule encontrarse en diferentes situaciones simuladas, busque alternativas de respuesta frente al caso, y que logre ser más consciente de sus acciones.

– **Control y programación de actividades**

Consiste en la asignación, orientación y monitoreo de tareas que realizará el paciente, se toma en cuenta el nivel de dificultad y las necesidades que se requieren trabajar, de tal modo, que se crea un orden de jerarquía.

– **Tarjetas de apoyo**

Este esquema consiste en la elaboración de escritos bajo algún formato predeterminado y la utilización de estos recursos con el fin de regular la respuesta con el replanteamiento que se logre tener.

– **Psicoeducación**

Esta técnica busca desarrollar o fortalecer el conocimiento de la problemática que presenta el paciente y posterior a ello desarrollar habilidades. La utilización tiene una connotación relevante en toda la intervención, primero se busca brindar información sobre los diagnósticos y de las técnicas que se emplearán para que posterior ello se pueda hacer uso de estas herramientas y aplicarlas en la vida diaria (Ruiz, Díaz, & Villalobos, 2012).

– **Técnica de relajación muscular de Jacobson**

Se basa en bajar los niveles de tensión y se logra un estado de relajación mediante el descenso gradual, se busca que el usuario logre discriminar sus estados de tensión producidos por alguna emoción y logre reconocer el estado de relajación, la dinámica cuenta con distintas fases donde uno enfoca su atención en distintas partes del cuerpo para realizar el trabajo de relajación (Ruiz, Díaz, & Villalobos, 2012).

– **Resolución de problemas**

Nezu y Nezu (1991) elaboraron un esquema de esta estrategia, donde establecen en cinco etapas: Identificación del problema, definición y formulación, desarrollo de alternativas, elección de decisiones y la ejecución en práctica; el objetivo es que se logre afrontar los problemas de manera efectiva y se logre alcanzar los objetivos planteados.

2.1.12. Técnicas conductuales

Barraca (2014) recopila las siguientes técnicas conductuales:

– **Refuerzo Positivo**

Se entiende refuerzo positivo como la manifestación de un estímulo identificado como apetitivo o gratificante contingente a la emisión de una respuesta a manera de recompensa. La aparición de este estímulo buscará el mantenimiento, desarrollo o incremento de la conducta.

– **Refuerzo Negativo**

El refuerzo negativo se comprende como la supresión de un estímulo,

identificado como reforzador negativo o estímulo aversivo contingente a la emisión de una respuesta, de este modo, se busca que aumente la probabilidad de que el comportamiento se manifieste.

– **Castigo Positivo**

Se da ante la aparición de un estímulo, identificado como reforzador negativo o estímulo aversivo contingente a la emisión de una respuesta, con ello se busca minimizar la posibilidad de que la respuesta se repita o extinga.

– **Castigo Negativo**

Se da ante la desaparición de un estímulo, identificado como reforzador positivo o apetitivo contingente a la emisión de una respuesta, ante la aparición del estímulo y respuesta generada se disminuye la probabilidad de repetición de la conducta

– **Extinción**

Es el proceso de extinción se da ante la desaparición contingente de cualquier reforzador previamente relacionado a la manifestación de una respuesta.

– **Contrato de contingencias**

El contrato de contingencias o también llamado contrato conductual se define como un acuerdo negociado en el cual los implicados exponen qué conductas se expondrán a partir de un momento determinado, en qué circunstancias se desarrollarán y que consecuencias tendrá su cumplimiento o incumplimiento.

CAPÍTULO III. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

3.1. Plan de intervención

La estructura de la intervención estuvo bajo la modalidad de internamiento residencial por desintoxicación, en la cual se aplicó el protocolo para la programación de sesiones individuales y grupales bajo el abordaje dirigido por el departamento de psicología.

Dentro del proceso de intervención se estableció lo siguiente luego del ingreso del usuario a la residencia, posterior a establecerse en el espacio asignado en la residencia pasó por Medicina general y Psiquiatría, en relación a su estadía, en un inicio el usuario tuvo unas semanas libres donde se prioriza el proceso de adaptación y posterior a ello se integre con la dinámica residencial. Respecto a la asistencia psicológica se procedió con el cumplimiento de las sesiones priorizando los objetivos y necesidades que se fueron presentando.

Además, la intervención psicológica se estipuló por sesiones destinadas al acompañamiento, la aplicación de evaluaciones e intervención terapéutica en un periodo inicial de tres meses, posterior a dicha fecha se reevaluará al usuario para continuar el proceso de recuperación de acuerdo al avance logrado y nuevos objetivos que se planteen.

Las sesiones desarrolladas se estimaron en un número de 13 sesiones individuales, cada sesión tuvo una duración de 60 min y en algunas sesiones se asignaron tareas a realizar, estas actividades fueron de llenado de registros, análisis, recopilación de información y ejecución de actividades que se desglosan de cada sesión y su objetivo terapéutico.

Las sesiones de control, las cuales se dieron en cada semana, se realizaron a de carácter

obligatorio y a solicitud del usuario con el fin de realizar el acompañamiento y consejería, dentro de estas sesiones de control se realizó el seguimiento de los trabajos dejados y evaluaciones.

Las sesiones se dieron dentro de las instalaciones de la residencia terapéutica, específicamente se utilizaron los ambientes destinados como consultorios psicológicos y los ambientes más amplios como la sala de terapia, para ello se consideraron las recomendaciones básicas que debe contar estos espacios:

- Ambiente libre de distractores
- Ambiente cerrado donde pueda concretarse la confidencialidad terapéutica
- Contar con elementos y objetos necesarios para el abordaje en las sesiones
- Infraestructura correcta en cuestión de dimensiones, orden y limpieza

En cuanto al proceso evaluativo, se realizaron dos evaluaciones en dos momentos determinados, en un primer momento, luego de una semana del ingreso se evaluó bajo las pruebas que se mencionan en el apartado anterior a modo de pre-test, posterior a los 3 meses se aplicaron las pruebas post-test y se pasó a realizar el registro y análisis de los resultados.

3.2. Consideraciones éticas

La presente intervención se desarrolló de acuerdo a estándares éticos con el objetivo de garantizar el profesionalismo y objetividad, de tal modo que se tomó en consideración lo estipulado en el capítulo I del ejercicio profesional del Código de Ética y Deontología del colegio de psicólogos del Perú (2018).

3.3. Programa de intervención

Tabla 1

Sesión 1 Rapport y Afronte a la Abstinencia / Atención de Seguimiento

Estructura	Actividad	Objetivo	Desarrollo	Recursos	Tiempo	Observaciones
Inicio	Presentación	Iniciar la sesión	Se realiza la presentación de entrada, donde se da la bienvenida y se exponen las características que tendrán las atenciones psicológicas.	Historia clínica	15	Se llenó la hoja con los datos de filiación
		Iniciar el llenado de la Historia Clínica	Se realiza el llenado de datos de la historia clínica con los datos de filiación			Se recopila información a modo de anotaciones
Desarrollo	Introducción al tratamiento	Brindar información del programa	Se comparte información acerca del tipo de tratamiento que va a llevar, estructura del tratamiento, proceso de su estadía, detalles de las normas, los objetivos iniciales, la convivencia residencial y estructura del sistema.	Información Abstinencia Cannabis Hoja Objetivos terapéuticos Hoja de compromiso	30	Se da un reporte con el área de psicología, medicina y psiquiatría
	Psicoeducación Abstinencia	Orientar el afronte ante la abstinencia	Se realiza la introducción en conceptos y estrategias de afronte a la abstinencia del cannabis			Se entrega una lectura del tema manejo del craving
	Encuadre Terapéutico	Consolidar el compromiso terapéutico	Se realiza la explicación del compromiso terapéutico y se entrega el formato con información acerca de las sesiones a posterior y la dinámica			Se anexa la hoja en la historia clínica
Cierre	Resumen	Aclarar inquietudes y sintetizar el tema	Se hace un resumen y se da una orientación con la programación de sus actividades		10	Se hace un registro de la sesión en la ficha clínica
<i>Atención de control</i>	<i>Evaluación y seguimiento</i>	<i>Evaluar y orientar el afronte de la abstinencia</i>	<i>Se comparte y explica la estructura del cuadro de abstinencia presentado y se llena la hoja de control de abstinencia</i>	<i>Hoja Abstinencia</i>	40	<i>Se lleva un registro</i>

Tabla 2

Sesión 2 Afronte de la Abstinencia / Atención de Consejería (Entrevista Motivacional)

Estructura	Actividad	Objetivo	Desarrollo	Recursos	Tiempo	Observaciones
Inicio	Presentación	Iniciar la sesión	Se da la bienvenida y se continúa con el llenado de la Historia Clínica	Historia Clínica	15	Se continúa con el llenado de la historia clínica
Desarrollo	Abstinencia	Brindar psicoeducación	Se expone los siguientes temas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neurobiología y conceptualización de la abstinencia al cannabis ▪ Afronte a la abstinencia del cannabis ▪ Craving conceptualización y modelos explicativos ▪ Tipos y afronte del craving 	Laptop Separatas Pizarra Plumón Video del tema	35	Se guarda registro y se hace seguimiento a la evolución de las ansias de consumo
	Evaluación integral	Evaluar el estado del usuario	Se llena la hoja SUD acerca de las ansias de consumo y se explica la tarea que tendrá con los autoregistros	Hoja SUD		
Cierre	Resumen	Aclarar inquietudes y sintetizar el tema	Se sintetiza la sesión y se da una orientación con la programación de sus actividades		10	Se toman apuntes
Atención de control y Consejería	<i>Evaluación</i>	<i>Evaluar</i>	<i>Se aplica las evaluaciones bajo los estándares necesarios</i>		20	<i>Las evaluaciones se dieron en el transcurso de un día</i>
	<i>Alianza terapéutica</i>	<i>Fortalecer el vínculo terapéutico</i>	<i>Se da un espacio para que el usuario pueda compartir, en este espacio se muestra apoyo, optimismo, empatía, respeto y se dirige la comunicación a su recuperación</i>	<i>Pruebas; Rhode Island, Millon y ASSIST Historia clínica</i>		<i>Se hace un llenado de la evolución</i>
	<i>Motivación al cambio</i>	<i>Generar adherencia al tratamiento</i>	<i>Se realiza un preámbulo del módulo de entrevista motivacional (dirección del cambio)</i>	<i>Modulo Entrevista motivacional</i>	20	<i>Se asigna tareas de orientación hacia donde quiere estar y balanza decisional</i>

Tabla 3

Sesión 3 Afronte a la abstinencia / Atención de Consejería (Entrevista Motivacional)

Estructura	Actividad	Objetivo	Desarrollo	Recursos	Tiempo	Observaciones
Inicio	Presentación	Iniciar la sesión	Se da la bienvenida y se continúa con el llenado de la Historia Clínica	Historia Clínica	15	Se recopila información a modo de anotaciones
Desarrollo	Entrenamiento y aplicación	Dirigir y fortalecer el afronte a la abstinencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se complementa el conocimiento compartido en la segunda sesión ▪ Se ejemplifica y se pone en práctica las técnicas básicas de afronte ▪ Se crea estrategias de afronte a la abstinencia que presenta 	Manual Laptop Separatas Pizarra Plumón	20	
			Se llena la hoja SUD acerca de las ansias de consumo y la hoja de línea base	Hoja línea base Hoja SUD	10	Se anexa en la carpeta las hojas de registro
Cierre	Resumen	Aclarar inquietudes y sintetizar el tema	Se sintetiza la sesión y se da una orientación con la programación de sus actividades		10	Se hace un registro de la sesión en la ficha clínica
Atención de control y consejería	<i>Alianza terapéutica</i>	<i>Fortalecer el vínculo terapéutico</i>	<i>Se da un espacio para que el usuario pueda compartir, en este espacio se muestra apoyo, optimismo, empatía, respeto y se dirige la comunicación a su recuperación</i>	<i>Historia clínica</i>	20	<i>Se hace un llenado de la evolución</i>
	<i>Motivación al cambio</i>	<i>Generar adherencia al tratamiento</i>	<i>Se continúa el módulo de entrevista motivacional (Preparación para el cambio)</i>	<i>Modulo Entrevista motivacional</i>	20	<i>Se asigna tareas de reflexión y autoevaluación</i>

Tabla 4

Sesión 4 Conciencia de Enfermedad / Atención de Consejería

Estructura	Actividad	Objetivo	Desarrollo	Recursos	Tiempo	Observaciones
Inicio	Presentación	Iniciar la sesión	Se da la bienvenida y se finaliza con el llenado de la Historia Clínica	Historia Clínica	15	Se recopila información a modo de anotaciones
Desarrollo	Prevalencia del síndrome de abstinencia	Forjar conciencia de la estimulación del síndrome de abstinencia	Se comparte los siguientes temas: Sobreestimulación, disparadores y ambivalencia Situación actual y peligros del consumo de drogas	Laptop Separatas Pizarra Plumón Cuaderno de apuntes	25	Se da un reporte acerca de la evolución con el área de Medicina y psiquiatría
	Introducción psicoeducación sobre drogas	Crear interés y ampliar el conocimiento sobre las drogas	Se da una introducción sobre Psicoeducación en el tratamiento en adicciones y deshabituación psicológica	Hojas de tareas		Se asigna una actividad de síntesis, lectura y exposición
Cierre	Resumen	Aclarar inquietudes y sintetizar el tema	Se sintetiza la sesión y se da una orientación con la programación de sus actividades		10	Se hace un registro de la sesión en la ficha clínica
Atención de control y consejería	<i>Alianza terapéutica</i>	<i>Fortalecer el vínculo terapéutico</i>	<i>Se da un espacio para que el usuario pueda compartir, en este espacio se muestra apoyo, optimismo, empatía, respeto y se dirige la comunicación a su recuperación</i>	<i>Historia clínica</i>	20	<i>Se hace un registro de la evolución</i>
	<i>Motivación al cambio</i>	<i>Fortalece la adherencia al tratamiento</i>	<i>Se continúa el módulo de entrevista motivacional (Preparación para el cambio)</i>	<i>Modulo Entrevista motivacional</i>	20	<i>Se asigna tareas de análisis de las resistencias e identificación de los efectos que trae su problemática en las áreas de su vida</i>

Tabla 5

Sesión 5 Conciencia de Enfermedad / Atención de control y Consejería

Estructura	Actividad	Objetivo	Desarrollo	Recursos	Tiempo	Observaciones
Inicio	Presentación	Iniciar la sesión	Se da la bienvenida y se realiza un preámbulo del tema central		10	
Desarrollo	Psicoeducación sobre las drogas	<p>Evaluar el estado del usuario</p> <p>Compartir información acerca de la problemática</p>	<p>Se evalúa los saberes previos sobre su problemática</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se expone el tema de Psicoeducación sobre drogas, clasificación y efectos, criterios de diagnóstico y patrón de consumo ▪ Cultura de consumo del Cannabis ▪ Reportes de los trastornos asociados al consumo de cannabis 	<p>Lectura dejada en la Sesión 4</p> <p>Diapositivas</p> <p>Documentos de lectura</p> <p>Laptop</p>	35	<p>Se asigna una actividad de síntesis y el llenado de un cuadro con su patrón de consumo</p> <p>Se identifican y registra el cuadro de abstinencia</p>
Cierre	Resumen	Aclarar inquietudes y sintetizar el tema	Se sintetiza la sesión y se da una orientación con la programación de sus actividades		15	Se hace un registro de la sesión en la ficha clínica
Atención de control y Consejería	<i>Alianza terapéutica</i>	<i>Fortalecer el vínculo terapéutico</i>	<i>Se da un espacio para que el usuario pueda compartir, en este espacio se muestra apoyo, optimismo, empatía, respeto y se dirige la comunicación a su recuperación</i>	<i>Historia clínica</i>	20	<i>Se hace un registro</i>
	<i>Motivación al cambio</i>	<i>Fortalece la adherencia al tratamiento</i>	<i>Se finaliza el módulo de entrevista motivacional (El Plan hacia el Cambio)</i>	<i>Modulo Entrevista motivacional</i>	25	<i>Se consolida un compromiso mediante una planeación del proceso de su recuperación</i>

Tabla 6

Sesión Conciencia de Enfermedad / Atención de control y Consejería

Estructura	Actividad	Objetivo	Desarrollo	Recursos	Tiempo	Observaciones
Inicio	Presentación	Iniciar la sesión	Se da la bienvenida y se realiza un preámbulo del tema central		10	
Desarrollo	Psicoeducación	Compartir información acerca de la problemática	<p>Se presenta y trabaja los siguientes elementos de Psicoeducación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neurobiología de las adicciones (Estructura del cerebro, neurotransmisión, neurobiología de la conducta adictiva, anatomía de la adicción) ▪ Vulnerabilidad psicológica en la adicción ▪ Factores psicológicos en las adicciones (Desarrollo de la dependencia a sustancias, factores de riesgo y protección para las adicciones) 	<p>Diapositivas Laptop Documentos de lectura Hojas de actividades a realizar</p>	35	<p>Se asigna una actividad de síntesis – esquema gráfico</p> <p>Se registra la hoja de actividades</p>
Cierre	Resumen	Sintetizar la información tocada	Se hace un resumen de lo recepcionado en el inicio, se da orientación con alguna consulta final y se sintetiza lo trabajado en la sesión		10	<p>Se hace un registro de la sesión a modo de reporte en la ficha clínica</p> <p>Se deja el llenado de sus registros</p>
	Evaluación	Reforzar los conocimientos	Se revisa la actividad dejada			
<i>Atención de control y Consejería</i>	<i>Seguimiento</i>	<i>Evaluar el estado del usuario</i>	<i>Se hace una evaluación enfocada a su estado y otros aspectos</i>	<i>Hoja SUD</i>	25	<i>Se hace un registro</i>
			<i>Se da un espacio para identificar dificultades, inquietudes y se evalúa la aplicación de tareas de la sesión</i>	<i>Historia clínica</i>	20	

Tabla 7

Sesión 7 Conciencia de Enfermedad / Atención de control y Consejería

Estructura	Actividad	Objetivo	Desarrollo	Recursos	Tiempo	Observaciones
Inicio	Presentación	Iniciar la sesión	Se da la bienvenida y se realiza un preámbulo del tema central		10	
Desarrollo	Psicoeducación	Complementar el conocimiento del desarrollo de las adicciones	Se comparte la teoría explicativa de las drogodependencias bajo el modelo conductual (Condicionamiento clásico, condicionamiento operante y enfoque cognitivo) Se hace un preámbulo de la conceptualización del modelo en las adicciones	Diapositivas Laptop Hoja línea base	40	Se asigna una actividad de síntesis y aplicación
		Introducir al modelo e iniciar el entrenamiento del modelo cognitivo conductual	Se trabaja en la identificación y demostración de las relaciones entre las situaciones, cogniciones, afecto, craving, conducta y consumo de drogas bajo el enfoque cognitivo conductual <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manejo del craving ▪ Se realiza una introducción de las técnicas de la terapia cognitiva-conductual 			
Cierre	Resumen	Sintetizar la información tocada	Se hace un resumen de lo recepcionado en el inicio, se da orientación con alguna consulta final y se sintetiza lo trabajado en la sesión	Hoja de registro	10	Se hace un registro de la sesión a modo de reporte en la ficha clínica
	Evaluación	Reforzar los conocimientos	Se revisa la actividad dejada			Se deja el llenado de sus registros
Atención de control y Consejería	Seguimiento	<i>Evaluar el estado del usuario</i>	<i>Se hace una evaluación enfocada a su estado y otros aspectos</i>	<i>Hoja SUD</i>	<i>20</i>	
	Entrenamiento y aplicación	<i>Incorporar las habilidades</i>	<i>Se pone en práctica las técnicas con simulaciones, situaciones reales dentro de la convivencia y eventos pasados en la historia del usuario</i>	<i>Historia clínica</i> <i>Cartillas</i>	<i>20</i>	<i>Se hace un registro</i>

Tabla 8

Sesión 8 Conciencia de Enfermedad / Atención de control y Consejería

Estructura	Actividad	Objetivo	Desarrollo	Recursos	Tiempo	Observaciones
Inicio	Presentación	Iniciar la sesión	Se da la bienvenida y se realiza un preámbulo del tema central		10	
Desarrollo	Psicoeducación	Desarrollar el conocimiento y orientar el entrenamiento del modelo cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se instruye la utilidad y modo de uso de las técnicas de la terapia cognitiva ▪ Método socrático, análisis de las ventajas y desventajas, identificación y modificación de creencias asociadas con la droga, flechas descendentes, reatribución de responsabilidad, registro diario de pensamientos, imaginación, detención de pensamiento, autoinstrucciones y autoafirmaciones, resolución de problemas, biblioterapia, distracción y refocalización, tarjetas de apoyo, análisis funcional y psicodrama. 	Diapositivas Laptop Hoja análisis funcional	40	Se asigna una actividad de síntesis y aplicación
Cierre	Resumen	Sintetizar la información tocada	Se hace un resumen de lo recepcionado en el inicio, se da orientación con alguna consulta final y se sintetiza lo trabajado en la sesión		10	Se hace un registro de la sesión a modo de reporte en la ficha clínica
	Evaluación	Reforzar los conocimientos	Se revisa la actividad dejada			Se deja el llenado de sus registros
<i>Atención de control y Consejería</i>	<i>Seguimiento</i>	<i>Evaluar el estado del usuario</i>	<i>Se hace una evaluación enfocada a su estado y otros aspectos</i>	<i>Hoja SUD</i>	20	<i>Se hace un registro</i>
	<i>Entrenamiento y aplicación</i>	<i>Incorporar las habilidades</i>	<i>Se pone en práctica las técnicas de la sesión 8 con simulaciones, situaciones reales dentro de la convivencia y eventos pasados en la historia del usuario</i>	<i>Historia clínica Cuaderno de apuntes</i>	20	

Tabla 9

Sesión 9 Conciencia de Enfermedad / Atención de control y Consejería

Estructura	Actividad	Objetivo	Desarrollo	Recursos	Tiempo	Observaciones
Inicio	Sintetizar la información tocada	Sintetizar la información tocada	Sintetizar la información tocada		10	
Desarrollo	Psicoeducación	Desarrollar el conocimiento y orientar el entrenamiento del modelo conductual	<ul style="list-style-type: none"> Se instruye la utilidad y modo de uso de las técnicas de la terapia conductual Reforzadores positivos y negativos, castigo, economía de fichas, técnicas de relajación, Role playing, disco rayado, moldeamiento, encadenamiento, programación y control de actividades, control de estímulos, autocontrol, regulación emocional, activación conductual, solución de problemas y plan de contingencias. 	Diapositivas Laptop	30	Se asigna una actividad de síntesis y aplicación
Cierre	Resumen	Sintetizar la información tocada	Se hace un resumen de lo recepcionado en el inicio, se da orientación con alguna consulta final y se sintetiza lo trabajado en la sesión		15	Se hace un registro de la sesión a modo de reporte en la ficha clínica
	Evaluación	Reforzar los conocimientos	Se revisa la actividad dejada			Se deja el llenado de sus registros
Atención de control y Consejería	Seguimiento	<i>Evaluar el estado del usuario</i>	<i>Se hace una evaluación enfocada a su estado y otros aspectos</i>	<i>Hoja SUD</i>	20	
	Entrenamiento y aplicación	<i>Incorporar las habilidades</i>	<i>Se pone en práctica las técnicas de la sesión 9 con simulaciones, situaciones reales dentro de la convivencia y eventos pasados en la historia del usuario</i>	<i>Historia clínica Cuaderno de apuntes</i>	20	<i>Se hace un registro</i>

Tabla 10

Sesión 10 Motivación al cambio / Atención de control y Consejería

Estructura	Actividad	Objetivo	Desarrollo	Recursos	Tiempo	Observaciones
Inicio	Sintetizar la información tocada	Sintetizar la información tocada	Sintetizar la información tocada		10	
Desarrollo	Psicoeducación orientada a la aplicación	Consolidar el conocimiento y fortalecer el entrenamiento del modelo cognitivo - conductual	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se complementa el conocimiento compartido en la sesión 8 y 9 (técnicas) ▪ Se ejemplifica y se pone en práctica las técnicas presentadas ▪ Se crea una estrategia de aplicación en función a las necesidades que presenta ▪ Se comparte el tema de estadios de cambio y sus fases ▪ Se realiza una retroalimentación de las percepciones que trae el usuario con su problemática ▪ Se identifican los obstáculos concretos y emocionales del cliente para el cambio 	Diapositivas Laptop	30	Se asigna una actividad de síntesis gráfico de las aplicaciones Se realiza Rol-Plaing para identificar los motivos de internamiento y ver la preocupación externa
Cierre	Resumen	Sintetizar la información tocada	Se hace un resumen de lo recepcionado en el inicio, se da orientación con alguna consulta final y se sintetiza lo trabajado en la sesión		15	Se hace un registro de la sesión a modo de reporte en la ficha clínica
	Evaluación	Reforzar los conocimientos	Se revisa la actividad dejada			Se deja el llenado de sus registros
Atención de control y Consejería	Seguimiento	<i>Evaluar el estado del usuario</i>	<i>Se hace una evaluación enfocada a su estado y otros aspectos</i>	<i>Hoja SUD</i>	20	
	Entrenamiento y aplicación	<i>Incorporar las habilidades</i>	<i>Se integran las técnicas de la sesión 8 y 9 y se pone en práctica con simulaciones, situaciones reales dentro de la convivencia y eventos pasados en la historia del usuario</i>	<i>Historia clínica Cuaderno de apuntes</i>	20	<i>Se hace un registro</i>

Tabla 11

Sesión 11 Motivación al cambio / Atención de control y Consejería

Estructura	Actividad	Objetivo	Desarrollo	Recursos	Tiempo	Observaciones
Inicio	Sintetizar la información tocada	Sintetizar la información tocada	Sintetizar la información tocada		10	
Desarrollo	Motivación al cambio	Desarrollar motivación al cambio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se evalúa la opinión acerca de los riesgos y efectos de su problemática ▪ Se identifican pensamientos y creencias irracionales que se representan como resistencias y se reestructuran ▪ Se dirige la ambivalencia al propósito de cambio ▪ Se aplica balanza decisional orientada a su proceso al cambio ▪ Se proporciona retroalimentación de costos y beneficios asociados con su problemática ▪ Se utiliza la biblioterapia para ampliar su conocimiento acerca de la recuperación y el sentido que tiene ▪ Se identifican y validan las nuevas metas trazadas con su recuperación 	<ul style="list-style-type: none"> Diapositivas Laptop Hoja de análisis funcional Historia clínica 	30	<p>Se asigna la tarea de redactar razones para mantenerse en abstinencia</p> <p>Se asignan lecturas relacionadas al proceso de cambio</p>
Cierre	Resumen	Sintetizar la información tocada	Se hace un resumen de lo recepcionado en el inicio, se da orientación con alguna consulta final y se sintetiza lo trabajado en la sesión		15	Se hace un registro de la sesión a modo de reporte en la ficha clínica
	Evaluación	Reforzar los conocimientos	Se revisa la actividad dejada			Se deja el llenado de sus registros
Atención de control y Consejería	Seguimiento	Evaluar el estado del usuario	<p><i>Se hace una evaluación enfocada a su estado y otros aspectos</i></p> <p><i>Se da un espacio para identificar dificultades, inquietudes y se evalúa la aplicación de tareas</i></p>	<p><i>Se aplican las evaluaciones Post-Test</i></p> <p><i>Historia clínica</i></p>	20	<i>Se hace un registro de la documentación</i>

Tabla 12

Sesión 12 Motivación al cambio / Atención de control y Consejería

Estructura	Actividad	Objetivo	Desarrollo	Recursos	Tiempo	Observaciones
Inicio	Sintetizar la información tocada	Sintetizar la información tocada	Sintetizar la información tocada		10	
Desarrollo	Motivación al cambio	Desarrollar la motivación al cambio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se evalúa la opinión acerca de los riesgos y efectos de su problemática ▪ Se identifican pensamientos y creencias irracionales que se representan como resistencias ▪ Posterior a ello se aplica reestructuración cognitiva ▪ Se aplica balanza decisional orientada a su proceso al cambio ▪ Se proporciona retroalimentación de costos y beneficios asociados con su problemática ▪ Se utiliza la biblioterapia para ampliar su conocimiento acerca de la recuperación y el sentido que tiene ▪ Se identifican y validan las nuevas metas trazadas con su recuperación 	Manual de la institución Diapositivas Laptop Hoja de análisis funcional Historia clínica	30	Se asigna la tarea de redactar razones para mantenerse en abstinencia Se deja visualizar dos videos relacionas al proceso de cambio Lectura y casos de resiliencia
Cierre	Resumen	Sintetizar la información tocada	Se hace un resumen de lo recepcionado en el inicio, se da orientación con alguna consulta final y se sintetiza lo trabajado en la sesión		15	Se hace un registro de la sesión a modo de reporte en la ficha clínica
	Evaluación	Reforzar los conocimientos	Se revisa la actividad dejada			Se deja el llenado de sus registros
Atención de control y Consejería	Seguimiento	Evaluar el estado del usuario	<p><i>Se hace una evaluación enfocada a su estado y otros aspectos</i></p> <p><i>Se da un espacio para identificar dificultades, inquietudes y se evalúa la aplicación de tareas</i></p>	<p><i>Se aplican las evaluaciones Post-Test</i></p> <p><i>Historia clínica</i></p>	20	<i>Se hace un registro de la documentación</i>

Tabla 13

Sesión 13 Motivación al cambio / Atención de control y Consejería

Estructura	Actividad	Objetivo	Desarrollo	Recursos	Tiempo	Observaciones
Inicio	Sintetizar la información tocada	Sintetizar la información tocada	Sintetizar la información tocada		10	
Desarrollo	Motivación al cambio	Consolidar el conocimiento y fortalecer la motivación al cambio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se evalúa la opinión de los videos visualizados ▪ Se identifican los obstáculos de su escucha reflexiva ▪ Se realizan fichas escritas con sus motivaciones, beneficios que trae su recuperación y afirmaciones con propósitos ▪ Se orienta a forjar una determinación hacia el cambio con los beneficios y utilidad que trae su abstinencia ▪ Se orienta 	Manual de la institución Diapositivas Laptop Hoja de análisis funcional	30	Se asigna realizar un escrito a modo de compromiso personal con su recuperación donde identifica los pasos que debe realizar para alcanzar sus metas
Cierre	Resumen	Sintetizar la información tocada	Se hace un resumen de lo recepcionado en el inicio, se da orientación con alguna consulta final y se sintetiza lo trabajado en la sesión		15	Se hace un registro de la sesión a modo de reporte en la ficha clínica
	Evaluación	Reforzar los conocimientos	Se revisa la actividad dejada			Se deja el llenado de sus registros
<i>Atención de control y Consejería</i>	<i>Seguimiento</i>	<i>Evaluar el estado del usuario</i>	<p><i>Se hace una evaluación enfocada a su estado y otros aspectos</i></p> <p><i>Se da un espacio para identificar dificultades, inquietudes y se evalúa la aplicación de tareas de la sesión</i></p>	<p><i>Se aplican las evaluaciones Post-Test</i></p> <p><i>Historia clínica</i></p>	20	<i>Se hace un registro de la documentación</i>

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

En adelante, se presenta el análisis de los resultados obtenidos de las pruebas psicométricas, línea base, autorregistros y escalas SUD logrando evaluar la intervención cognitivo conductual en un caso donde se presenta el trastorno por consumo de cannabis.

Tabla 14

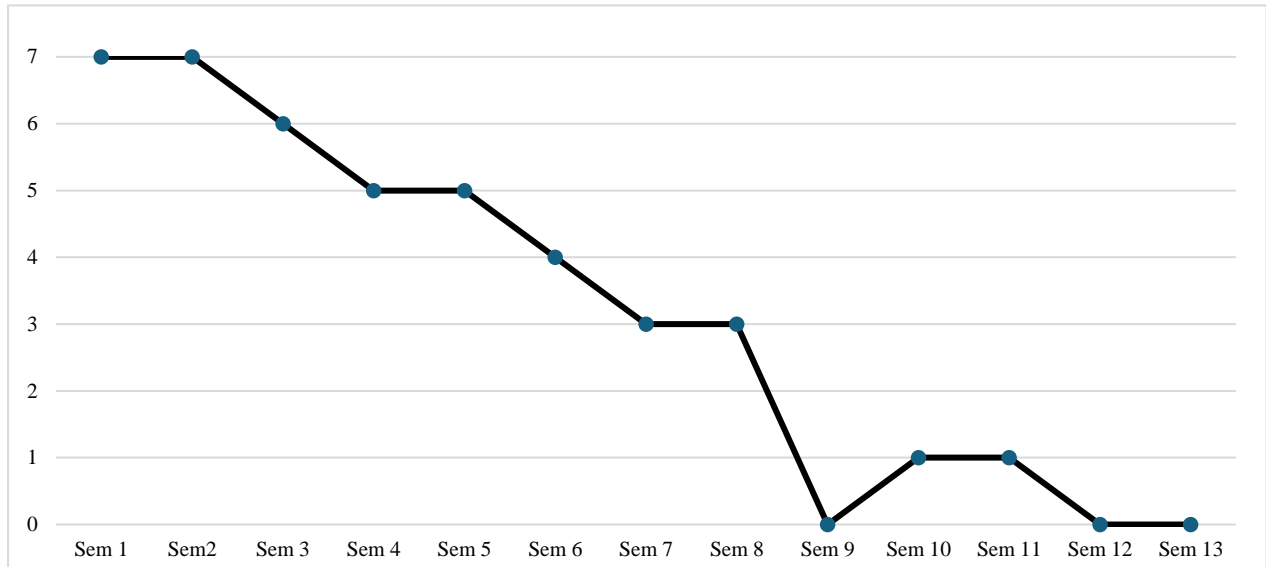
Registros Frecuencias de las ansias de consumo

Frecuencia	Escala Likert frecuencia semanal	Número de veces por días en la semana
Semana 1	Muy A menudo	7 veces
Semana 2	Muy A menudo	7 veces
Semana 3	A menudo	6 veces
Semana 4	A menudo	5 veces
Semana 5	A menudo	5 veces
Semana 6	A veces	4 veces
Semana 7	A veces	3 veces
Semana 8	A veces	3 veces
Semana 9	No hubo	0 veces
Semana 10	Rara vez	1 vez
Semana 11	Rara vez	1 vez
Semana 12	No hubo	0 veces
Semana 13	No hubo	0 veces

Nota. Esta tabla muestra los registros de la frecuencia de las ansias de consumo bajo el criterio del tiempo en semanas, la cual se puede observar en los anexos 14 y 15, en la escala se consideró la siguiente escala Lickert; No hubo (0 veces), Rara vez (1-2 veces), A veces (3-4 veces), A menudo (5-6 veces) y Muy a menudo (7 veces),

Figura 2

Registros Frecuencias de las ansias de consumo



Nota. En el presente grafico se expone la evolución de la frecuencia de ansias de consumo a través del tiempo en semanas.

Tabla 15

Registros de intensidad percibida de las ansias de consumo

Frecuencia	Escala lickert promedio semanal
Semana 1	10
Semana 2	10
Semana 3	9
Semana 4	8
Semana 5	7
Semana 6	6
Semana 7	5

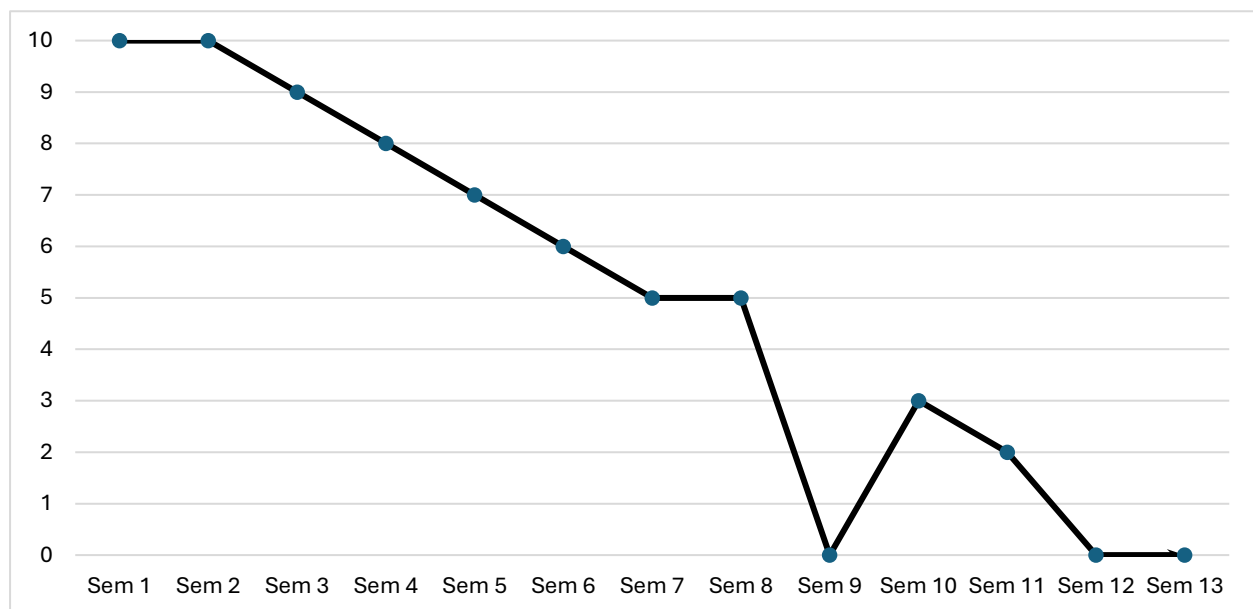
Semana 8	5
Semana 9	0
Semana 10	3
Semana 11	2
Semana 12	0
Semana 13	0

Nota. Para la presente tabla se consideró la siguiente escala Lickert;

Nula 0, Leve (1-3), Regular (4-6), Alta (7-8) e Intensa (9-10).

Figura 3

Registros de intensidad percibida de las ansias de consumo



Nota. En el presente grafico se expone la evolución de la Intensidad de ansias de consumo a través del tiempo en semanas.

Tabla 16

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

Evaluación	Pre test	Post Test
Pre-contemplación	24	19
Contemplación	19	29
Acción	16	30
Mantenimiento	15	27

Figura 4

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

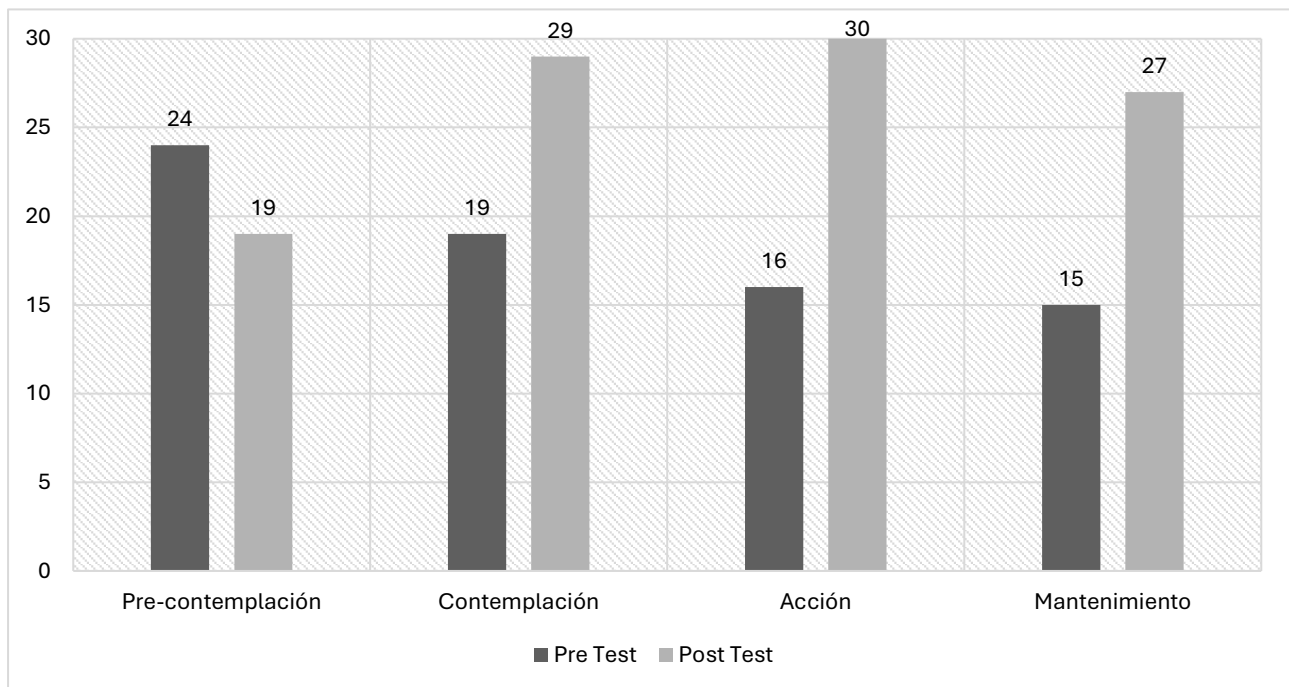


Tabla 17

Resultados pre test y post test del ASSIST

Evaluación	Pre test	Post Test
Productos Derivados del Tabaco	0	0
Bebidas Alcohólicas	0	0
Cannabis	36	14
Cocaína	0	0
Estimulante de Tipo Anfetamínico	0	0
Sedantes o Pastillas para Dormir	0	0
Alucinógenos	0	0

Figura 5

Resultados pre test y post test del ASSIST

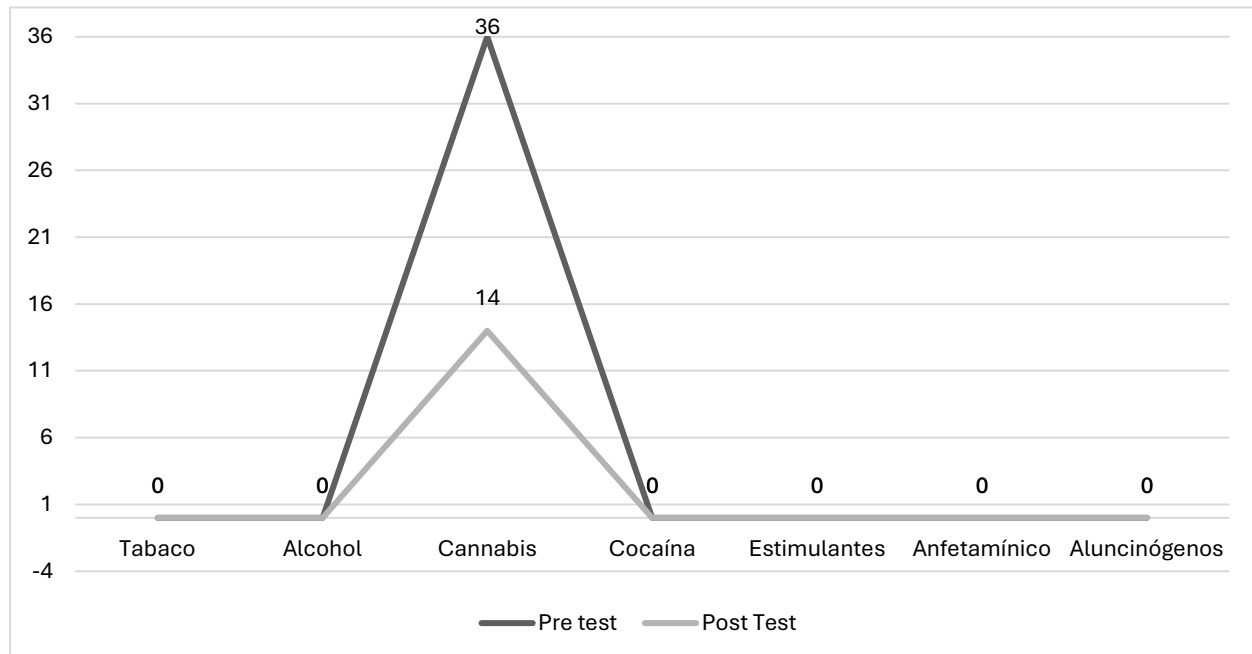


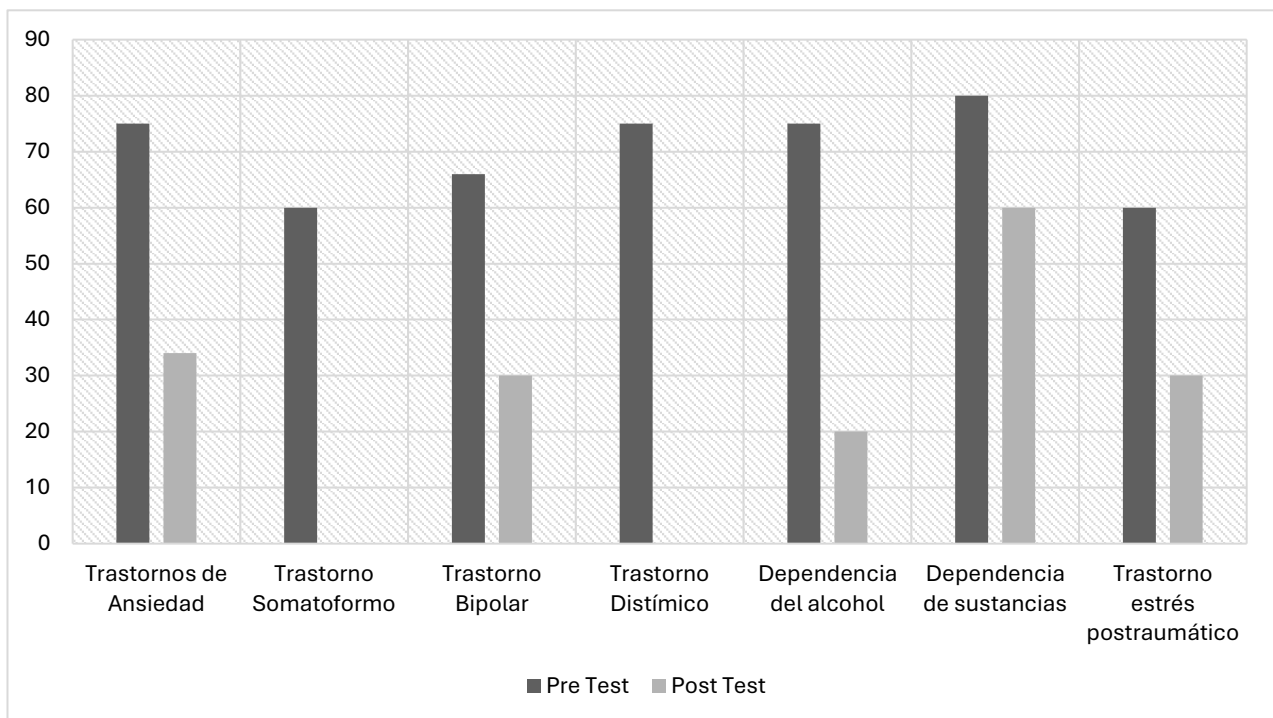
Tabla 18

Resultados pre test y post test del apartado síndromes clínicos del MCM-III pre y post test

Evaluación	Pre test	Post Test
Trastornos de Ansiedad	75	34
Trastorno Somatoformo	60	0
Trastorno Bipolar	66	30
Trastorno Distímico	75	0
Dependencia del alcohol	75	20
Dependencia de sustancias	80	60
Trastorno estrés postraumático	60	30

Figura 6

Resultados pre test y post test del apartado síndromes clínicos del MCM-III pre y post test



CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

En relación al objetivo principal, el cual busca conocer el resultado de la intervención cognitiva conductual para disminuir las ansias de consumo en un paciente seleccionado, cuya problemática va relacionada al consumo de cannabis, paciente quien tuvo una estadía residencial de internamiento, se encontró en los resultados una reducción considerable de las ansias, cabe mencionar que en las primeras semanas se mantuvo el deseo de consumo de Cannabis. Sin embargo, conforme se fueron dando las sesiones el paciente manifestaba notar una disminución gradual, la cual luego solo se manifestaba por estimulación o aspectos asociados al craving.

En la parte final se encontró una nulidad en la apetencia de consumo, la cual se mantuvo por más de dos semanas. Este resultado se relaciona con los obtenidos en los ensayos de Hoch et al. y Budney et al., donde los resultados mostraban el logro de la abstinencia y mantenimiento de esta, además, en relación al enfoque utilizado, en ambos ensayos el abordaje estuvo estructurado bajo la terapia cognitiva conductual y entrevista motivacional, elementos que favorecieron en el logro del resultado de este caso de estudio.

En este sentido, respecto a las técnicas utilizadas, se evidenció que la psicoeducación, entrevista motivacional y técnicas de afronte a la abstinencia ayudaron en el desarrollo de conciencia de enfermedad, esto se puede presenciar en los registros de la semana 4, tiempo donde el usuario mostraba otra actitud con el tratamiento y verbalizaba otros objetivos personales.

Por otra parte, la lucidez lograda por la desintoxicación permitió la comprensión y desarrollo de conciencia de enfermedad, objetivo fundamental para poder continuar con los otros objetivos. Por consiguiente, la entrevista motivacional permitió la adherencia al tratamiento, y la

terapia cognitivo conductual favoreció en la extensión de esquemas no favorables en su cognición.

Respecto a la conciencia de enfermedad del usuario, como manifestaba Rinn et al. (2002) con la negación y rechazo al tratamiento que un consumidor pueda tener, el usuario en un inicio se mostró reacio con recibir un tratamiento, ya que normalizaba su consumo, en los resultados de las evaluaciones, observación y entrevista se evidencia la actitud que tuvo con su problema, no obstante, con el método socrático, autoregistros, psicoeducación y análisis funcional, el usuario mostró ambivalencia ya que se vio expuesto a la realidad de su problema.

Ante la presencia del síndrome de abstinencia, el cuadro que evidenció fue afrontado con éxito, el usuario desarrolló conocimiento de su problemática, motivación al cambio y estrategias para regular el malestar percibido por los indicadores físicos, fisiológicos y cognitivos que se suscitaron.

Respecto a la motivación al cambio, se logró desarrollar una motivación creciente ante el propósito de modificar su comportamiento para alcanzar el objetivo de lograr una vida distinta sin presencia de drogas y encuentre un equilibrio con su salud mental, el resultado post que evalúa el estadio de cambio del usuario, arrojó el indicador elevado en la etapa de Acción, aquí el individuo muestra disposición para modificar la conducta nociva orientándose al plan de tratamiento.

Por último, en la actitud que presenta el usuario se evidencia una postura abierta y de compromiso con concretar su tratamiento y no volver a consumir cannabis.

5.2. Recomendaciones

De acuerdo a la investigación del caso, se promueve mayor investigación con otros casos que tengan características distintas donde se aplique el enfoque cognitivo conductual, con el fin de ver el grado de utilidad y eficiencia alcanzada.

Se motiva a que se mantenga el trabajo integral multidisciplinario en las entidades que ofrecen un servicio de tratamiento en el campo de adicciones, debido a que los usuarios ante su proceso de rehabilitación manifiestan necesidades que requieren ser cubiertas por especialistas en el campo. Asimismo, el tratamiento ante el ciclo de rehabilitación, es necesario cubrir el tratamiento con un modelo o sistema que considere las distintas facetas y características que se dan en el proceso de cambio.

A ello, se suma la necesidad de personalizar el tratamiento debido a las características que manifiesta cada usuario, debido a que los tratamientos podrían adoptar un régimen global y rígido donde se aborda a todos de una manera similar.

Ante el caso abordado se recomienda continuar y culminar con el ciclo de tratamiento.

Se recomienda intervenir y buscar desarrollar conciencia de enfermedad de manera primaria y con carácter de urgencia ante casos donde se evidencia algún episodio de abuso o desorden asociado al consumo de sustancias psicoactivas.

En el trabajo con los usuarios que manifiestan problemas con sustancias psicoactivas, al igual que con otras patologías, se recomienda realizar una atención dirigida a la familia o personas que representan tener un vínculo directo en su convivencia o estén presentes en su proyecto de vida.

Hacer repercusión de las actividades que promueven habilidades sociales, conocimiento orientado que favorezca la salud mental y evite la prevalencia de factores de riesgo.

REFERENCIAS

Ambrosio, E., Llanero, M., Verdejo, A., Ruiz, J., & Pedrero, E. (2011). *Neurociencia y adicción*.

Sociedad Española de Toxicomanías.

American Psychological Association. (15 de Noviembre de 2023). *American Psychological*

Association. Obtenido de <https://dictionary.apa.org/craving>

Arkowitz, H., Westra, H., Miller, W., & Rollnick, S. (2008). *Motivational Interview in the*

treatment of psychological. New York: The Guilford Press.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del*

DSM 5 (5th ed ed.). Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.

Barraca, J. (2014). *Técnicas de modificación de la conducta*. Madrid: Síntesis.

Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liese, B. (1999). *Terapia Cognitiva de las*

Drogodependencias. Paídos.

Becoña, E. (2002). *Bases científicas de prevención de drogodependencias*. Madrid: Delegación

del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Bobes, J., & Calafat, A. (2000). De la neurobiología a la psicología del uso-abuso del

cannabis. *Adicciones*. doi:<https://doi.org/10.20882/adicciones.669>

Budney, A., Moore, B., Rocha, H., & Higgins, S. (2006). Clinical trial of abstinence-based

vouchers and cognitive-behavioral therapy for cannabis dependence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 307-316. Obtenido de <https://doi.org/10.1037/0022-006X.4.2.307>

Chesa, D., Elías, M., Fernández, E., Izquierdo, E., & Sitjas, M. (2004). El craving, un componente esencial en la abstinencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 93-112. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000100007&lng=es&tlng=es.

Colegio de Psicólogos del Perú Consejo Directivo Nacional. (2017). *Código de Ética y Deontología*.

De Leon, G. (1994). The therapeutic community: toward a general theory and model. *NIDA Research Monograph 144*, 144, 16-53.

Goverover, Y., Chiaravalloti, N., & DeLuca, j. (2005). *The relationship between selfawareness of neurobehavioral symptoms, cognitive functioning, and emotional symptoms in multiple sclerosis*. Multiple Sclerosis.

Hoch, E., Noack, R., Henker, J., Pixa, A., Höfler, M., Behrendt, S., . . . Wittchen, H. (2012).

Eficacia de un programa específico de tratamiento cognitivo-conductual para los trastornos por consumo de cannabis. *European Neuropsychopharmacology*, 267-280. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0924977X11001684>

Instituto de Investigación de Drogodependencias España. (2017). REVISIÓN DEL

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA ADICCIÓN AL CANNABIS. *Salud y drogas*.

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (21 de Octubre de 2019). *Nida*. Obtenido de

<https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-canabis-marihuana>

Llorente, J., & Iraurgi, E. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabitación

de cocaína. *Trastornos Adictivos*, 10, 265. Obtenido de [https://www.elsevier.es/es-revista-](https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-tratamiento-cognitivo-conductual-aplicado-deshabitacion-cocaina-13131181)

[trastornos-adictivos-182-articulo-tratamiento-cognitivo-conductual-aplicado-](https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-tratamiento-cognitivo-conductual-aplicado-deshabitacion-cocaina-13131181)

[deshabitacion-cocaina-13131181](https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-tratamiento-cognitivo-conductual-aplicado-deshabitacion-cocaina-13131181)

Miller, R., & Rollnick, S. (1999). *La Entrevista Motivacional: Preparar para el cambio de*

conductas adictivas. Barcelona: Laidos.

Miller, W., & Rollnick, S. (2013). *Entrevista motivacional: ayudar a las personas a cambiar*

(Tercera ed.). Guilford Press.

Nezu, A., & Nezu, C. (1991). Entrenamiento en solución de problemas. *Manual de técnicas de*

terapia y modificación de conducta, 527-553.

NIDA. (22 de Marzo de 2022). *Entendiendo el uso de drogas y la adicción – DrugFacts*. (NIDA,

Productor) Recuperado el 12 de Julio de 2024, de

[https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/entendiendo-el-uso-de-drogas-y-la-](https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/entendiendo-el-uso-de-drogas-y-la-adiccion)

[adiccion](https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/entendiendo-el-uso-de-drogas-y-la-adiccion)

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2023). *Informe Mundial sobre las Drogas*. Viena. Obtenido de <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>.

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10*. Panamericana. Obtenido de <https://iris.who.int/handle/10665/42326>

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Drogas (psicoactivo)*. Obtenido de who: https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_1

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

Prochaska, J., Norcross, J., & DiClemente, C. (1994). *Changing for good*. New York: W. Morrow.

Quiroga, M. (2000). Cannabis: efectos nocivos sobre la salud física. *Adicciones*.

Rinn, W., Desai, N., Rosenblatt, H., & Gastfriend, D. (2002). *Addiction denial and cognitive dysfunction: a preliminary investigation*. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*.

Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo*.

Madrid: Desclée de Brouwer.

Sánchez, E., Molina, N., Del Olmo, R., Tomás, V., & Morales, E. (2001). Craving y adicción a drogas. *Trastornos Adictivos*, 3, 237-243. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575097301785704>

Stuss, D., & Benson, D. (1986). *The frontal lobes*. New York. Raven Press.

Stuss, D., & Benson, D. (1984). *Neuropsychological studies of the frontal lobes*. Psychological Bulletin.

Verdejo, A., Rivas, C., Villar, R., & Perez, M. (2004). *Strategic self-regulation, decision-making and emotion processing in poly-substance abusers in their first year of abstinence*. Drug and Alcohol Dependence.

ANEXOS

ANEXO N° 1

Constancia laboral

**RESIDENCIA TERAPÉUTICA DE
SALUD MENTAL.**

CONSTANCIA DE TRABAJO

Quien suscribe, Roxana Barzola C., con Documento Nacional de Identidad N° 47002835, Directora Terapéutica de la Residencia Terapéutica [REDACTED] con RUC, 20607881473, hace constar:

Que, el señor EDWIN GERARDO OCHOA MENDEZ con Documento Nacional de Identidad N° 48274627, se ha desempeñado de forma responsable y con ética profesional como Psicólogo en la Residencia Portal de Esperanza, cumpliendo funciones de evaluación psicológica, intervención psicoterapéutica, ejecución de charlas/talleres, consejería en adicciones, consejería en codependencia, entre otras acciones, viene cumpliendo estas funciones desde el 15 de febrero de 2022 hasta la actualidad.

La siguiente constancia se expide, por solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

ATENTAMENTE.


EDWIN GERARDO OCHOA MENDEZ
"Portal de Esperanza"


Lic. Roxana Barzola Casas
PSICOTERAPEUTA
C. Ps. P. 27491

Lunes, 03 de junio de 2024

TELÉFONO: [REDACTED]
CORREO: [REDACTED]
FACEBOOK: [REDACTED]

“Intervención cognitiva conductual orientada a disminuir las ansias de consumo en un paciente que presenta trastorno por consumo de cannabis en una residencia terapéutica, 2024”

ANEXO N° 2

Permiso de uso de información

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN DE EMPRESA PARA EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN, TESIS O INFORME DE SUFICIENCIA PROFESIONAL	
---	---

Yo Roxana Barzola Casas identificado con DNI 47002835 como representante legal de la empresa / institución: Portal de Esperanza con R.U.C. N° 20607881473 ubicada en la ciudad de Lima-Cieneguilla. Otorgo la AUTORIZACIÓN de uso de información a:

1) EDWIN GERARDO OCHOA MENDEZ con DNI/CE: 48274627

Egresado/s de la Carrera profesional o Programa de Posgrado de PSICOLOGÍA
Carrera: Psicología / Maestro

para que utilice la siguiente información de la empresa: DATOS DE LA HISTORIA CLINICA DEL TRATAMIENTO DEL USUARIO SELECCIONADO, CULTURA ORGANIZACIONAL Y FOTOS DE LOS AMBIENTES

con la finalidad de que pueda desarrollar su Trabajo de Investigación, Tesis o Trabajo de suficiencia profesional para optar al grado de Bachiller, Título Profesional Maestro, Doctor.

Autorizamos expresamente el uso de la información con fines académicos, incluyendo su publicación en el repositorio de la Universidad Privada del Norte contribuyendo a la comunidad educativa y sociedad en su conjunto.

Indicar si el representante que autoriza la información de la empresa, solicita mantener el nombre o cualquier distintivo de la empresa en reserva, marcando con una "X" la opción seleccionada:

Mantener en RESERVA el nombre o cualquier distintivo de la empresa.
 Autorizo mencionar el nombre y cualquier distintivo de la empresa.

SURCO, 02 de Junio de 2024.

Lugar y fecha de emisión



ROXANA BARZOLA CASAS
L.C. Roxana Barzola Casas
Psicóloga
C.Ps. P. 27491

Firma del Representante Legal o Autoridad
DNI: 47002835
N° de celular de contacto: 926827051

El Egresado/Bachiller declara que los datos emitidos en esta carta y en el Trabajo de Investigación, en la Tesis son auténticos. En caso de comprobarse la falsedad de datos, el Egresado será sometido al procedimiento disciplinario correspondiente; asimismo, asumirá toda la responsabilidad ante posibles acciones legales que la empresa, organismo de información, pueda elevar.



Firma del egresado
DNI: 48274627

CÓDIGO DE DOCUMENTO	COR-F-REC-VAC-03.04	NÚMERO VERSIÓN	08	PÁGINA	Página 1 de 1
FECHA DE VIGENCIA	14/12/2023				

ANEXO N° 3

Espacios de las instalaciones



ANEXO N° 4

Ambientes de atención



ANEXO N° 5
Atención psicológica



ANEXO N° 6

Realización de registros y evaluaciones



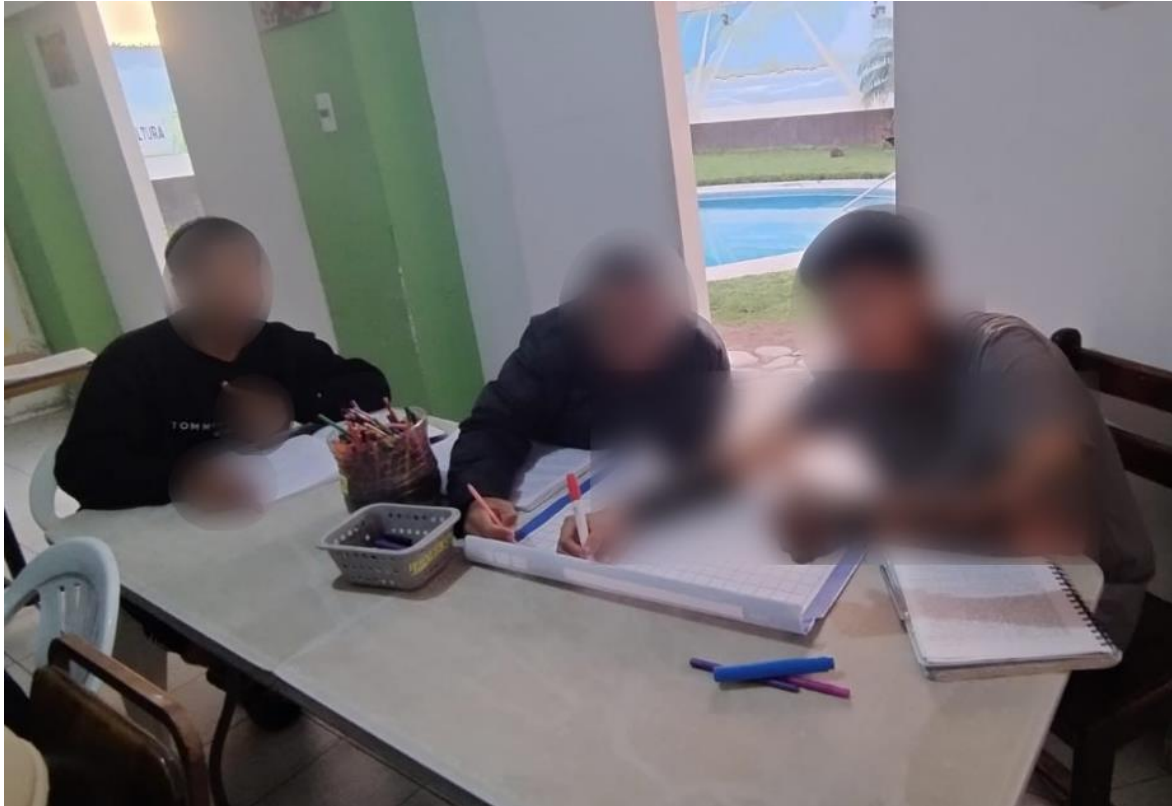
ANEXO N° 7

Exposición de trabajos terapeuticos



ANEXO N° 8

Realización de actividades grupales



ANEXO N° 9

Realización de actividades psicoeducativas



ANEXO N° 10

Acompañan amiento en actividades festivas de los usuarios



ANEXO N° 12

Hojas de respuesta de la aplicación de la evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL CAMBIO DE LA UNIVERSIDAD DE RHODE ISLAND (URICA)

Nombre: _____ Fecha: 01/05/24

Instrucciones: Cada una de las siguientes frases describe cómo podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento o aborda algún problema en su vida. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases. En cada caso, responde en función de cómo te sientas ahora mismo, y no en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte.

Valores:

1. Totalmente en desacuerdo
2. Bastante en desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. Bastante de acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL CAMBIO DE LA UNIVERSIDAD DE RHODE ISLAND (URICA)

Nombre: _____ Fecha: 01/05/24

Instrucción: ... cada una de las siguientes frases describe cómo podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento o aborda algún problema en su vida. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases. En cada caso, responde en función de cómo te sientas ahora mismo, y no en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte.

Valores:

1. Totalmente en desacuerdo
2. Bastante en desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. Bastante de acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

	1	2	3	4	5
1. Que yo sepa, no tengo problemas que cambiar.					X
2. Creo que puedo estar preparado para mejorar de alguna manera.					X
3. Estoy haciendo algo con los problemas que me han estado preocupando.					X
4. Puedo que voygo la pena al que trabaje para solucionar mi problema.					X
5. No soy una persona que tengo problemas. No tiene ningún sentido que yo esté aquí.					X
6. Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema, pero no creo que realmente sea así.					X
7. Por fin estoy haciendo algo para solucionar mi problema.					X
8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo.					X
9. He trabajado con éxito en mi problema, pero no estoy seguro de que pueda mantener el esfuerzo yo solo.					X
10. A veces mi problema es difícil, pero estoy trabajando para resolverlo.					X
11. Para mí, el hecho de estar aquí es casi como perder el tiempo ya que el problema no tiene que ver conmigo.					X
12. Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor a mí mismo.					X
13. Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que yo necesite realmente cambiar.					X
14. Me estoy esforzando realmente mucho para cambiar.					X
15. Tengo un problema y pienso realmente que debo afrontarlo.					X
16. No me siento capaz de mantener lo que he cambiado en la forma que yo esperaba, y estoy aquí para prevenir una recaída en ese problema.					X
17. Aunque no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando.					X
18. Pensaba que una vez hubiera resuelto mi problema me sentiría liberado, pero a veces aún me encuentro luchando con él.					X
19. Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema.					X
20. He empezado a hacer frente a mis problemas, pero me gustaría que se me ayudara.					X
21. Puedo que ahora necesito tener más ideas sobre cómo resolver los cambios que yo he llevado a cabo.					X
22. Puedo que ahora necesito tener más ideas sobre cómo resolver los cambios que yo he llevado a cabo.					X
23. Puedo que yo sea parte del problema, pero no creo que realmente sea así.					X
24. Espero que aquí alguien me pueda dar algún buen consejo.					X
25. Cualquier persona puede hablar sobre el cambio, yo de hecho estoy haciendo algo para cambiar.					X
26. Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué no podrá la gente simplemente olvidar sus problemas?					X
27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema.					X
28. Es frustrante, pero siento que podría reaprender el problema que pensaba haber resuelto.					X
29. Tengo tantas preocupaciones como cualquier otra persona. ¿Por qué perder el tiempo pensando en ellas?					X
30. Estoy trabajando activamente en mi problema.					X
31. Asumiré mis defectos antes que intentar cambiarlos.					X
32. Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve a aparecer y me preocupa.					X

ANEXO N° 14

Ficha de autoregistro de escala SUDS de la semana 1 y semana 5

SEMANA ①

FICHA DE AUTOREGISTRO							
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Irritabilidad	X				X	X	X
Preocupación excesiva		X	X		X	X	
Evasión		X	X				
Negatividad o desesperanza	X		X	X	X		
Dificultad para concentrarse	X	X	X	X	X		
Inestabilidad emocional			X		X	X	
Insomnio	X	X	X		X	X	
Alteración del apetito			X	X	X	X	
Intranquilidad	X	X	X	X	X		X
Apatía		X	X	X	X		
Espasmos							
Dolor abdominal		X	X				
Temblores							
Tensión muscular	X	X					
Sudoración excesiva	X	X	X				
Escalofríos			X	X	X		
Cefaleas							
Sueños de consumo	X						
Pensamientos o recuerdos de consumo	X		X	X	X		
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Ansias de consumo	X	X	X	X	X	X	X

SEMANA ⑤

FICHA DE AUTOREGISTRO							
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Irritabilidad		X	X	X			
Preocupación excesiva	X	X	X	X			
Evasión			X	X			
Negatividad o desesperanza							
Dificultad para concentrarse	X	X	X	X	X		
Inestabilidad emocional							
Insomnio	X	X		X	X		
Alteración del apetito			X				
Intranquilidad		X	X				
Apatía			X				
Espasmos	X	X		X			
Dolor abdominal							
Temblores	X	X					
Tensión muscular				X	X		
Sudoración excesiva	X	X		X			
Escalofríos							
Cefaleas	X	X					
Sueños de consumo	X	X	X				
Pensamientos o recuerdos de consumo	X	X	X		X	X	
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Ansias de consumo	X	X	X	X	X		

ANEXO N° 15

Ficha de autoregistro de escala SUDS de la semana 8 y semana 12

SEMANA 8

FICHA DE AUTOREGISTRO							
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Irritabilidad	X	X					
Preocupación excesiva							
Evasión		X	X		X	X	
Negatividad o desesperanza	X						
Dificultad para concentrarse			X	X			
Inestabilidad emocional			X	X	X		
Insomnio	X	X					
Alteración del apetito							
Intranquilidad	X		X	X		X	X
Apatía							
Espasmos							
Dolor abdominal							
Temblores							
Tensión muscular							
Sudoración excesiva							
Escalofríos							
Cefaleas			X	X	X		
Sueños de consumo	X	X					
Pensamientos o recuerdos de consumo		X					
Ansias de consumo		X	X			X	

SEMANA 12

FICHA DE AUTOREGISTRO							
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Irritabilidad							
Preocupación excesiva							
Evasión							
Negatividad o desesperanza							
Dificultad para concentrarse		X	X				
Inestabilidad emocional							
Insomnio	X						
Alteración del apetito	X	X	X	X	X		
Intranquilidad		X	X	X	X		
Apatía	X	X	X				
Espasmos							
Dolor abdominal							
Temblores							
Tensión muscular							
Sudoración excesiva							
Escalofríos							
Cefaleas	X	X					
Sueños de consumo							
Pensamientos o recuerdos de consumo							
Ansias de consumo							