



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN
USUARIA CON DEPENDENCIA A
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE UNA
COMUNIDAD TERAPÉUTICA
PRIVADA-LIMA

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA
EN PSICOLOGÍA

ANDREA MARILIN CORONEL CARRASCO

LIMA – PERÚ

2022

TSP ANDREA CORONEL

INFORME DE ORIGINALIDAD


ADOLFO AGUINAGA ALVAREZ
C.P.S.P. 10324

12%

INDICE DE SIMILITUD

11%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	<1%
4	repositorio.autonoma.edu.pe Fuente de Internet	<1%

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN
USUARIA CON DEPENDENCIA A
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE UNA
COMUNIDAD TERAPÉUTICA
PRIVADA-LIMA

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA
EN PSICOLOGÍA

ANDREA MARILIN CORONEL CARRASCO

LIMA – PERÚ

2022



ADOLFO AGUINAGA ALVAREZ
C.P.S.P. 10324

MIEMBROS DEL JURADO

Dr. CARLOS LÓPEZ VILLAVICENCIO
Presidente

Mg. MARÍA ELENA APUMAYTA ROSAS
Vocal

Mg. RITA SELENE ORIHUELA ANAYA
Secretaria

ASESOR DEL TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Mg. ADOLFO AGUINAGA ALVAREZ

DEDICATORIA

A mis padres: Angélica y Madueño, que desde el primer día que emprendí mi viaje de formación profesional creyeron en mí y fueron el sustento emocional para lograr mis objetivos.

A mí, por demostrarme que puedo realizar las cosas si me propongo, por mi optimismo y esperanza.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme soporte emocional en todo momento, además de brindarme salud y conocimiento para afrontar distintos retos.

A mi mamá Angélica, por confiar en mí y darme motivación para seguir adelante.

A mi papá Madueño, por preocuparse en mis progresos y siempre velar por mi bienestar.

A mis hermanos Roger, Maricruz, Marco, Jorge y Anderson por interesarse en cada paso que daba en mi vida educativa, por escucharme sin hacer conjeturas y por motivarme por cada logro alcanzado.

A mi asesor Mg. Adolfo Aguinaga Álvarez por su compromiso, aporte de conocimientos y apoyo en la corrección y supervisión en la ejecución de mi trabajo de suficiencia profesional.

A la Mg. Brigitte Aguilar Salcedo por su dedicación al momento de dirigirme en todo el proceso de la primera etapa del trabajo de suficiencia profesional.

A mis abuelitos Primitivo, Lorenza y Dionisia, quienes desde el cielo estarán festejando este logro conmigo porque siempre creyeron en mí y en el cumplimiento de mis metas.

A mis compañeras de estudio Lizeth y Flavia por la motivación y soporte emocional durante este proceso.

A mi casa de estudios, por brindarme las herramientas necesarias para desenvolverme adecuadamente en mi vida laboral, a través de los docentes que con tanto amor a su profesión nos inculcaron el valor de tocar un alma para ayudarla y el cumplimiento de la ética profesional.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO	4
1.1. Descripción de la comunidad terapéutica	4
1.1.1. Visión	4
1.1.2. Misión	4
1.1.3. Objetivos de la comunidad terapéutica	4
1.1.4. Valores	5
1.1.5. Análisis FODA de la comunidad terapéutica.....	5
1.1.6. Ubicación	6
1.1.7. Reseña de la comunidad terapéutica	7
1.2. Descripción del puesto desempeñado en la Comunidad Terapéutica	8
1.2.1. Nombre del puesto	8
1.2.2. Principales funciones a cargo.....	9
1.2.3. Jefe inmediato y cargo	10
1.2.4. Organigrama de la comunidad	11
1.2.5. Plan de trabajo.....	11
1.2.5.1. Actividades terapéuticas y de rehabilitación.....	11
1.2.5.2. Investigación	13

1.2.5.3. Proyección social y comunitaria.	13
1.2.5.4. Recursos humanos y materiales.	13
1.2.5.5. Cronograma de Actividades	13
1.3. Área de trabajo	14
1.4. Línea de investigación.....	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	15
2.1. Drogas	15
2.1.1. Delimitación conceptual.....	15
2.1.2. Clasificación de drogas	16
2.1.3. Cocaína.....	17
2.1.3.1 Conceptualización.	17
2.1.3.2. Efectos del consumo de cocaína	17
2.2. Conceptos básicos de la adicción.....	18
2.2.1. Uso	18
2.2.2. Abuso	18
2.2.3. Dependencia.....	19
2.2.4 Tolerancia.....	19
2.2.5 Síndrome de abstinencia	20
2.2.6 Craving.....	21
2.3. Adolescencia	21
2.3.1. Definición.....	21

2.3.2. Cambios experimentados durante la adolescencia.....	22
2.3.2.1 Cambios físicos	22
2.3.2.2. Cambios cognitivos.....	22
2.3.2.3. Cambios emocionales.....	22
2.3.2.4. Cambios sociales.....	23
2.3.3. Factores de riesgo en la adolescencia.....	23
2.4. Perfil de la mujer latina consumidora de sustancias psicoactivas.....	24
2.5. Diferencias en el consumo de drogas entre hombres y mujeres	25
2.6. Modelo explicativo de la conducta adictiva.....	29
2.6.1. Modelo Ecológico	29
2.7. Modelos de intervención terapéutica	30
2.7.1. Modelo de tratamiento en trastornos adictivos en comunidades	30
2.7.2. Modelo transteórico de las conductas adictivas	32
2.7.3. Enfoques de intervención en el tratamiento de los trastornos adictivos	35
2.7.3.1. La terapia cognitivo conductual.....	35
2.6.3.2. Terapia sistémica familiar.....	38
2.6.3.3. Intervención multidisciplinaria en adicciones.....	39
2.8. Investigaciones antecedentes	39
2.8.1. Investigaciones internacionales.....	39
2.8.2. Investigaciones nacionales	42
2.9 Problemática del Ministerio de salud y de los centros de rehabilitación	45

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	48
3.1 Contextualización del problema.....	48
3.1.1. Problema de estudio	48
3.1.1.1. Problema motivo de estudio.....	48
3.1.1.2. Delimitación del problema:.....	50
3.1.2. Estrategia de Evaluación y medición de la problemática.....	51
3.1.3. Procedimiento de la evaluación	54
3.1.4. Diagnóstico del problema	56
3.1.4.1. Observación de la conducta	56
3.1.4.2. Anamnesis	57
3.1.4.3. Resultados de los instrumentos empleados	61
3.1.4.4 Conclusión de la presunción diagnóstica	66
3.1.4.5 Recomendaciones.....	69
3.2 Intervención.....	69
3.2.1 Problema delimitado	70
3.2.1.1 Análisis funcional de la conducta adictiva.....	71
3.2.2. Objetivos de la intervención.....	75
3.2.2.1Objetivo General.	75
3.2.2.2 Objetivos Específicos.....	75
3.2.3. Técnicas empleadas en el proceso de intervención terapéutica	75
3.2.4. Ejecución: Descripción del plan de intervención.....	80

3.2.4.1. Sesión modelo.....	81
3.2.4.2. Cronograma de trabajo.....	81
3.2.4.3. Consideraciones éticas.....	90
3.2.5. Indicadores de logro.....	91
3.2.6. Monitoreo y evaluación de la intervención.....	93
CAPITULO IV: RESULTADOS.....	95
4.1. Resultados.....	95
4.1.1. Descripción de los resultados.....	95
4.1.2. Análisis de resultados.....	112
4.2. Reflexión de la experiencia.....	119
4.2.1. Limitaciones encontradas en el proceso de intervención.....	119
4.2.2. Impacto en la institución con los resultados hallados.....	120
4.2.3. Aporte en el área psicológica y en el contexto.....	121
4.2.4. Demandas profesionales requeridas.....	122
4.2.5 Autoevaluación y autocrítica personal e institucional.....	122
CONCLUSIONES.....	124
RECOMENDACIONES.....	126
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	128
ANEXOS	

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Cronograma de actividades	13
Tabla 2 Diferencias en el consumo de drogas entre mujeres y varones.....	25
Tabla 3 Puntuaciones cuantitativas del inventario de Millon	63
Tabla 4 Resultados de la prueba de depresion de Zung	64
Tabla 5 Resultados de la prueba de depresion de Zung	64
Tabla 6 Resultados de la prueba de inteigencia de Millon.....	66
Tabla 7 Analisis funcional de la conducta adictiva.....	71
Tabla 8 Sesiones psicológicas brindadas.....	81
Tabla 9 Plan de trabajo	81
Tabla 10 Actividades para el logro de conciencia de enfermedad.....	95
Tabla 11 Modificación de pensamientos irracionales a pensamientos adaptativos.....	100
Tabla 12 Estrategias para manejo conflictos durante inicio y fin de intervencion.....	105
Tabla 13 Adquisición de patrones de conductas saludables.....	107
Tabla 14 Involucramiento familiar en el proceso de rehabilitación de la usuaria.....	110

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Organigrama de la comunidad.....	11
Figura 2 Procedimiento de la evaluación.....	56

RESUMEN

El estudio de caso tuvo como finalidad intervenir en una usuaria mujer drogodependiente de 18 años de edad, de una comunidad terapéutica de rehabilitación a través del empleo de técnicas del enfoque cognitivo-conductual. El proceso de intervención constó de 34 sesiones individuales, 4 sesiones de seguimiento y 8 sesiones familiares. Se planteó como objetivo desarrollar habilidades cognitivas, emocionales y conductuales para el proceso de cambio de la conducta adictiva en la usuaria según el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente. Para ello, se evaluó a la usuaria haciendo uso de herramientas psicológicas para delimitar el problema de estudio, encontrándose que la usuaria desconocía y negaba tener problemas en el consumo drogas, no reconocía y manejaba sus emociones, presentaba pensamientos irracionales que favorecían su consumo y tenía patrones de conductas inadecuadas para su cuidado e interacción con los demás. A partir de estos resultados se creó un plan de intervención orientada por el enfoque cognitivo conductual, elaborándose indicadores para medir la evolución de la intervención; y para monitorear los resultados. Los resultados denotaron que la usuaria desarrolló conciencia de enfermedad, mejor manejo de sus emociones, reestructurando adecuadamente sus pensamientos irracionales, adquiriendo patrones conductuales saludables y mejor manejo de conflictos. Se concluyó que, tras la intervención psicológica, la usuaria desarrolló habilidades cognitivas, emocionales y conductuales para el proceso de cambio de su conducta adictiva según los datos recabados durante la etapa de intervención y seguimiento.

Palabras claves: Adicción, dependencia a sustancias, desarrollo de habilidades, intervención cognitivo conductual.

ABSTRACT

The purpose of the case study was to intervene in an 18-year-old female drug addict user from a rehabilitation therapeutic community through the use of cognitive-behavioral approach techniques. The intervention process consisted of 34 individual sessions, 4 follow-up sessions and 8 family sessions. The objective was to develop cognitive, emotional and behavioral skills for the process of changing addictive behavior in the user according to the transtheoretical model of Prochaska and DiClemente. For this, the user was evaluated using psychological tools to delimit the study problem, finding that the user did not know and denied having problems in drug use, did not recognize and manage her emotions, presented irrational thoughts that favored her consumption and had inappropriate behavior patterns for their care and interaction with others. Based on these results, an intervention plan guided by the cognitive behavioral approach was created, developing indicators to measure the evolution of the intervention; and to monitor the results. The results showed that the user developed illness awareness, better management of her emotions, adequately restructuring her irrational thoughts, acquiring healthy behavioral patterns and better conflict management. It was concluded that, after the psychological intervention, the user developed cognitive, emotional and behavioral skills for the process of changing her addictive behavior according to the data collected during the intervention and follow-up stage.

Keywords: Addiction, substance dependence, skills development, cognitive behavioral intervention.

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas es una problemática social y de salud que vulnera la integridad de las personas contribuyendo al desarrollo de problemas en el área personal, familiar, laboral y social; trayendo consigo el incremento de un costo social, económico y sanitario.

En el último año cerca de 275 millones de personas en el mundo han consumido drogas y alrededor de 36 millones han sufrido trastornos mentales por su uso compulsivo (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2021). La exposición constante y deliberada a sustancias psicoactivas han generado cambios en la percepción de riesgo de los adolescentes frente al consumo de drogas legales e ilegales, siendo más vulnerables al involucramiento temprano de esta conducta.

El proceso de cambio que atraviesa un adolescente lo predispone a involucrarse en conductas de riesgo que dañan su salud. Asimismo, existen factores externos que hacen que la problemática del consumo de drogas se precipite. Un elemento significativo es el entorno donde los adolescentes se desenvuelven (como colegios, barrios, universidades y grupos de amigos), y donde las relaciones sociales íntimas juegan un rol importante en sus decisiones, ya que en esta etapa tienden a buscar integrarse a un grupo, sentirse aceptado y valorado por los demás. Es por ello que, dependiendo del soporte emocional que brinda la familia y el entorno educativo, así como las habilidades de estos mismos; pueden decidir o no involucrarse en el consumo de drogas a temprana edad (Andrade, Yepes y Sabogal, 2012).

De acuerdo al Programa Nacional de Centros Juveniles [PRONACEJ] (2020) el perfil socio-demográfico de la mayoría de jóvenes drogodependientes incluye atributos como: estudios primarios y secundarios incompletos, provenir de una zona urbana y sin oficio. Además, en Perú la adicción a drogas genera distintas formas de violencia, delincuencia y desintegración social (Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas [CEDRO], 2018).

Ante ello, las drogas más consumidas en Perú son: el alcohol, tabaco, marihuana, pasta básica de cocaína [PBC] e inhalantes. Su consumo a largo plazo ocasiona la aparición de alteraciones mentales y físicas como: adicción, esquizofrenia, psicosis, depresión, trombosis, cáncer al pulmón o vías respiratorias, envejecimiento precoz, cirrosis y hepatitis.

Para hacer frente a la problemática descrita es importante el trabajo multidisciplinario, para atenuar o disminuir el porcentaje de jóvenes inmersos en el consumo de drogas, ayudando a desarrollar habilidades cognitivas, emocionales y conductuales que les permita enfrentar su enfermedad, optando un papel activo en su recuperación, dando sentido a su vida y cambiando la perspectiva de su futuro.

Ante lo mencionado, el presente estudio de caso partió de una revisión científica la cual reveló que el abordaje psicológico a pacientes drogodependientes genera resultados favorables, resaltando el método de intervención cognitivo – conductual.

Por tal motivo, se estableció como objetivo desarrollar habilidades cognitivas, emocionales y conductuales para el proceso de cambio de la conducta adictiva en la usuaria según el modelo de Prochaska y DiClemente, de esta manera contribuir al bienestar mental de la usuaria y de su círculo familiar.

La presente investigación se desarrolla en 4 capítulos, además de contar con recomendaciones, conclusiones, referencias bibliográficas y anexos.

El primer capítulo contiene la experiencia profesional en donde se detalla los datos generales de la comunidad terapéutica, el puesto desempeñado y las funciones realizadas.

El segundo capítulo desarrolla el marco teórico, donde se plasma información teórica que sustenta las variables abordadas, además de investigaciones nacionales e internacionales referentes al caso de estudio.

En el tercer capítulo se trabaja los aspectos metodológicos, resaltando primero la contextualización de la problemática: problema de estudio y delimitaciones, estrategias de evaluación y medición, procedimiento de evaluación y diagnóstico. En la segunda parte, se especifica la intervención y se delimita su abordaje, planteando los objetivos, señalando las técnicas empleadas, el plan de intervención, los indicadores y monitoreo del estudio.

En el cuarto capítulo se plasma los resultados y análisis de la información obtenida durante el abordaje psicológico, la reflexión de la experiencia, limitaciones en la intervención, impacto y aporte en la institución, área psicológica y en el contexto, las demandas profesionales requeridas y la autoevaluación y autocrítica personal e institucional.

Finalmente, se brinda las recomendaciones necesarias para próximas intervenciones en casos de drogodependencias a partir de la experiencia expuesta. También se plasma las conclusiones obtenidas en la intervención.

CAPITULO I: EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO

1.1. Descripción de la comunidad terapéutica

1.1.1. Visión

Ser una comunidad terapéutica de rehabilitación reconocida a nivel nacional en prevención, tratamiento y rehabilitación de los pacientes y familiares.

1.1.2. Misión

Brindar a la población en general y a las personas con problemas de uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas un programa integral de prevención, tratamiento y rehabilitación desde una perspectiva multidisciplinaria bajo el enfoque cognitivo – comportamental.

1.1.3. Objetivos de la comunidad terapéutica

- Lograr la rehabilitación y reinserción del paciente dependiente de sustancias psicoactivas, apuntando a una mejor calidad de vida.
- Implementar programas integrales de prevención primaria en ámbito comunitario y educativo.
- Formular planes de investigación conducentes a la búsqueda de nuevas metodologías en la intervención de problemas relacionados con dependencia a sustancias.
- Brindar intervención ambulatoria o residencial a pacientes consumidores de sustancias psicoactivas según sea el caso.
- Facilitar orientación y entrenamiento a la red de soporte de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas.

- Establecer convenios con instituciones de promoción laboral para garantizar la obtención de empleo a aquellos pacientes que hayan logrado alcanzar las metas del programa de tratamiento.
- Garantizar una intervención de calidad a los pacientes con la finalidad de que obtengan entrenamiento en el manejo adecuado de sus emociones, habilidades sociales, prevención de recaídas, manejo de situaciones problemáticas y discriminación de factores de riesgo.

1.1.4. Valores

Los valores predominantes en la comunidad terapéutica son: solidaridad, honestidad, profesionalismo, respeto, responsabilidad, compromiso y espiritualidad.

1.1.5. Análisis FODA de la comunidad terapéutica

Fortalezas. Intervención integral a los pacientes y familiares, presenta un clima laboral saludable, cuenta con profesionales especializados en tratamiento de adicciones, el trabajo es multidisciplinario, la infraestructura está condicionada a las necesidades de los pacientes, la ejecución del programa de tratamiento y rehabilitación está avalada por las comunidades terapéuticas, el desarrollo del programa de tratamiento esta monitoreada por psicólogos las 24 horas, ofrece modalidades de tratamiento que se ajustan a los horarios y necesidades de los pacientes y presenta una escala de pensiones variables de acuerdo al nivel socioeconómico del cliente.

Debilidades. Ausencia de marketing especializado, inadecuado manejo de sistemas de pagos a los trabajadores, inestabilidad en el manejo del horario del personal, escasos recursos de material y pruebas psicológicas, escasa difusión del

plan estratégico y operativo de la comunidad dentro sus páginas web, escasa capacitación al recurso humano, limitado número de especialistas para atender las demandas de los pacientes, limitado recursos básicos (servicio de agua potable), delimitación inadecuada de roles, funciones y seguridad inadecuada en el centro.

Oportunidades. Creciente demanda de la salud mental en Perú, alianzas institucionales, reconocimiento institucional por publico objetivo, presupuesto del estado para la creación de instituciones de atención de salud mental especializados, creciente avance de recursos informativos y tecnológicos para el abordaje de pacientes drogodependientes, ley que ampara el funcionamiento de las comunidades terapéuticas, estabilidad económica de pacientes atendidos, capacitación del estado dirigido a promover la formalización de instituciones.

Amenazas. Inestabilidad política y económica de la comunidad, demandas judiciales de usuarios a trabajadores de la comunidad por violencia, conflicto institucional por patente de la comunidad, presencia de comunidades de rehabilitación en zonas aledañas, deserción de pacientes antes del cumplimiento de su programa de tratamiento, deserción laboral de los trabajadores de la comunidad, cambios repentinos en la normatividad del sector salud y crisis sanitaria por la enfermedad coronavirus (COVID-19), riesgo de infección de los residentes en la comunidad.

1.1.6. Ubicación

La comunidad terapéutica de rehabilitación es una institución privada, tiene dos instalaciones, uno para varones y otro para mujeres, ambos ubicados en diferentes distritos de Lima; Huachipa y Chosica respectivamente.

La residencia para mujeres se encuentra ubicado en Chosica, es un ambiente donde el clima es templado. No hay bullicio alrededor de la zona, existe poco desplazamiento de personas, está rodeado de vegetación y en la misma zona existe cerca de 4 centros de rehabilitación; la mayor parte de viviendas son casas de campo que solo son habitados los fines de semana.

La residencia para varones se ubica en Santa María de Huachipa, alrededor de la zona se encuentran clínicas, restaurantes turísticos, parques recreativos y un cementerio. En dicha zona el tránsito de autos y personas es limitada.

1.1.7. Reseña de la comunidad terapéutica

La comunidad terapéutica de rehabilitación se creó en 1994, surge a través de un proyecto requerido por la facultad de administración de una universidad. La fundadora de la comunidad posteriormente lo concreta en una institución privada formal.

Brinda a la población un programa sistemático de tratamiento, rehabilitación y reinserción socio familiar, bajo el modelo terapéutico cognitivo conductual, cuenta con un equipo multidisciplinario donde intervienen distintos profesionales del campo de psiquiatría, medicina, enfermería, psicología y consejeros en adicción.

La comunidad terapéutica es dirigida por una profesional de salud mental psicóloga, el manejo de la estructura del programa de tratamiento de la comunidad esta monitoreada por psicólogos bachilleres y operadores (ex adictos) quienes supervisan el cumplimiento de las actividades las 24 horas.

La institución tiene la estructura de una comunidad terapéutica tipo II por brindar tratamiento a largo a plazo a usuarios drogodependientes cuya salud

demanda mayor complejidad, que se caracteriza por albergar pacientes dependientes a sustancias psicoactivas con o sin comorbilidad a clínica o psiquiátrica moderada o grave, donde los pacientes solo pueden ser internados con tratamiento establecido por médico tratante de la enfermedad comórbida (Ministerio de salud [MINSAL], 2012). Los servicios que ofrece el programa son intervención por medicina general, psiquiátrica, psicoterapia individual, de grupos, de pareja y familiar. Por otro lado, dentro de sus modalidades de intervención ofrece un tratamiento residencial o ambulatorio para personas con adicción convencional y no convencional. El tratamiento residencial consta de 3 etapas: internamiento, reinserción y seguimiento.

El departamento de psicología es uno de los servicios brindados desde la apertura de la comunidad. Por tal razón, el personal del servicio de psicología tiene mayor contacto con los pacientes y están inmersos en la rehabilitación de la adicción durante todo el proceso que dura su estadía. Cuenta con 4 psicólogas, 2 psicólogas tituladas y colegiadas, y dos psicólogas con el grado de bachiller. El área tiene como objetivo, monitorear el programa terapéutico durante las tres etapas del residentado: internamiento, reinserción y acompañamiento. Asimismo, dentro de las funciones realizadas están evaluación y diagnóstico psicológico, intervención y acompañamiento al paciente y familia.

1.2. Descripción del puesto desempeñado en la Comunidad Terapéutica

1.2.1. Nombre del puesto

Psicóloga Junior

1.2.2. Principales funciones a cargo

Las funciones llevadas a cabo en la comunidad terapéutica (descritas a continuación) fueron supervisadas por una psicóloga titulada, colegiada y especialista en abordaje de pacientes drogodependientes.

- Evaluación y diagnóstico psicológico: Se realiza evaluación psicológica integral (personalidad, inteligencia, estado emocional y descarte orgánico cerebral) a través de pruebas psicométricas, proyectivas, entrevistas individuales y familiares.
- Elaboración de informes psicológicos: Se analiza los resultados de la evaluación psicológica y se integra la información obtenida de la entrevista individual y familiar consolidándolo en un documento formal, llamado informe psicológico.
- Terapia psicológica individual: Intervención psicológica individual al residente donde se aborda las problemáticas que lo aquejen a través de técnicas terapéuticas para abordar el campo emocional, cognitivo y conductual.
- Terapia psicológica grupal: Intervención sobre las emociones y sentimientos que surgen en la estadía del centro, se busca desarrollar conciencia de enfermedad a través de los relatos de experiencia y la utilización de estrategias como role playing y estudio de casos.
- Talleres psicológicos: Elaboración y ejecución de talleres para el desarrollo de habilidades blandas.

- Orientación y consejería psicológica familiar: Entrevista, acompañamiento y orientación a las familias de los internos sobre cómo deben guiar y aportar en el tratamiento de sus hijos.
- Talleres psicoeducativos para la familia y pacientes: Se brinda psicoeducación a las familias y residentes sobre temas relacionados a la conducta adictiva y patologías, a través de talleres virtuales.
- Participación activa en la programación de actividades festivas: Organización de actividades artísticas y recreativas para los pacientes y familiares.
- Programa de rehabilitación cognitiva: Se trabaja con los usuarios en la estimulación y fortalecimiento de diferentes funciones cognitivas: Atención, concentración y memoria.
- Reunión de retroalimentación: Consiste en que todo el equipo asistencial brinde informes y observaciones acerca de los pacientes. Después de cada consulta psiquiátrica hay una reunión con el médico encargado y psicólogos, en donde se brinda retroalimentación sobre el abordaje de las pacientes. Asimismo, se manifiesta los reportes de cada caso para conocer la evolución del paciente.

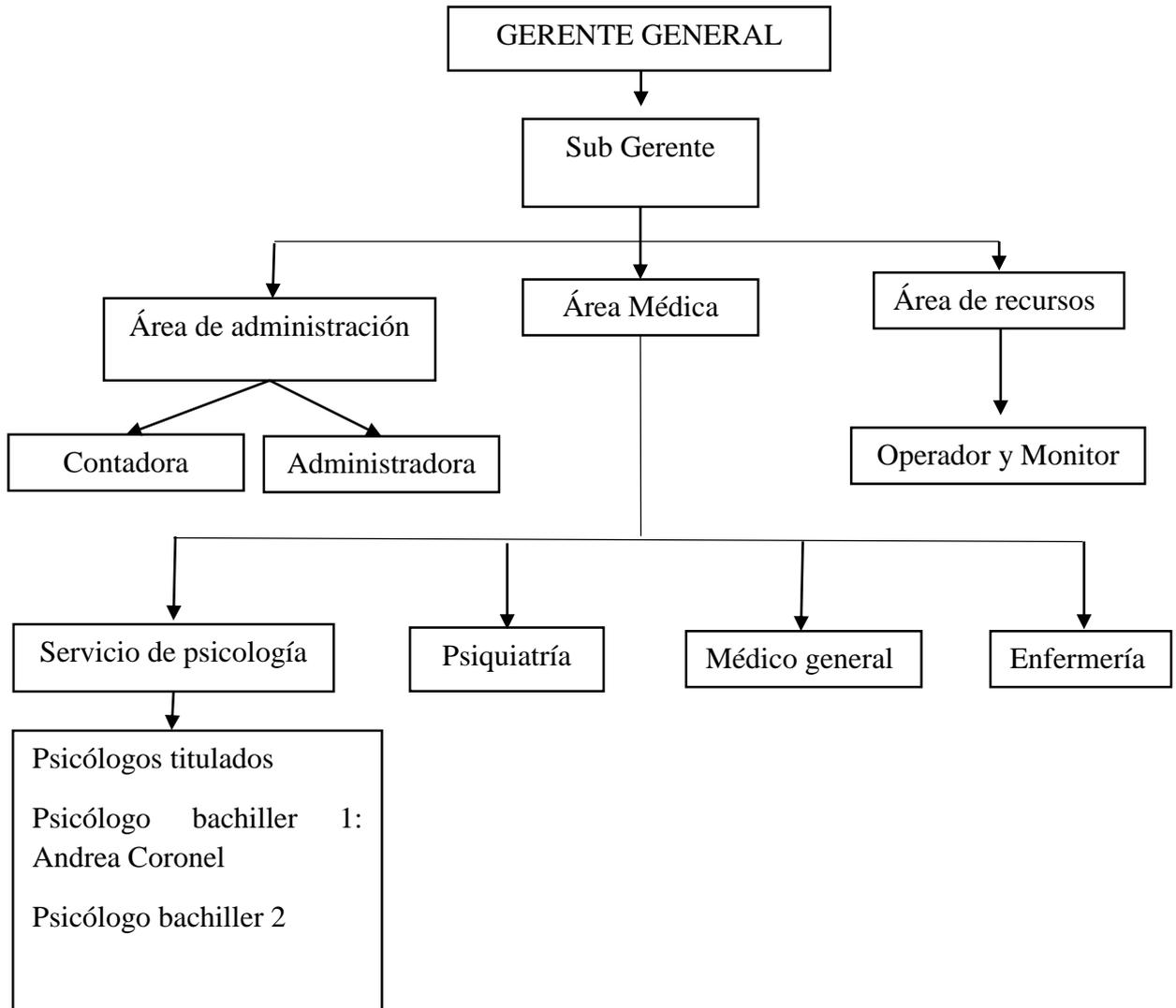
1.2.3. Jefe inmediato y cargo

La gerente general de la comunidad terapéutica de rehabilitación es profesional en psicología.

1.2.4. Organigrama de la comunidad

Figura 1

Estructura organizacional de la comunidad terapéutica



1.2.5. Plan de trabajo

1.2.5.1. Actividades terapéuticas y de rehabilitación. Son actividades y herramientas propuestas para ser desarrolladas dentro de la comunidad, se mencionan y detallan a continuación:

- Diario emocional: Es una actividad dirigida para todas las internas de la comunidad, donde se hace un registro de sus vivencias, emociones, pensamientos y sueños que surgen dentro del tratamiento. Este diario es revisado y retroalimentado por cada psicóloga que lleva el caso de un paciente.
- Lectura de libros: Cada mes las pacientes, tienen programado lecturas terapéuticas de autoayuda, tras finalizar la lectura entregan un resumen de lo leído y posteriormente se las evalúa con un examen corto.
- Talleres integrativos: Los fines de semana se realizan talleres integrativos como ginkanas, juegos de mesa y juegos relacionados a la infancia con la finalidad de que las pacientes logren obtener una visión distinta de como divertirse saludablemente.
- Análisis de películas: Se proyecta películas de corte terapéutico con la finalidad de ser analizada y reflexionada.
- Taller “expresando mi habilidad”: Cada una de las pacientes presenta su habilidad y en función de ello, enseñan a las otras pacientes a desarrollarlo. Por ejemplo, pacientes que dominan inglés, enseñan a las demás pacientes el idioma.
- Taller cuidándome: Las pacientes crean con materiales reciclables a su “yo” de la infancia, le colocan un nombre y el objeto las acompaña en todas sus actividades, a medida que pasa el tiempo su “yo de la infancia” va creciendo, las pacientes deciden qué edad colocar a sus objetos.
- Redactando cuentos: Cada semana las pacientes crean y redactan cuentos pequeños que luego son compartidos con las otras pacientes internas.

1.2.5.2. Investigación. La comunidad terapéutica de rehabilitación no genera investigaciones nacionales ni internacionales

1.2.5.3. Proyección social y comunitaria. No brinda servicios gratuitos de responsabilidad social con la comunidad.

1.2.5.4. Recursos humanos y materiales. La comunidad terapéutica cuenta con los siguientes recursos humanos: 2 psicólogas tituladas, 2 psicólogas bachilleres, 1 médico general, médico psiquiatra y 1 enfermera.

Respecto a los recursos materiales, se cuenta con materiales de escritorio, juegos lúdicos y batería de pruebas psicológicas.

1.2.5.5. Cronograma de Actividades. Las actividades realizadas y su respectivo período de desarrollo pueden observarse a continuación:

Tabla 1

Cronograma de actividades

Actividades	Períodos														
	Set.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Oct.	Nov.
Diario emocional	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Lectura de libros						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Talleres integrativos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Análisis de películas						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Taller “Expresando mi habilidad”											X	X	X	X	X
Taller cuidándome													X	X	X
Redactando cuentos													X	X	X

1.3. Área de trabajo

El ambiente del centro está conformado por 9 cuartos, un ambiente de talleres, un comedor, garaje, tres patios de áreas verdes, comedor, cocina, lavandería, piscina, tópico y oficina de psicología. La oficina de psicología es un ambiente pequeño, se encuentra cerca a tópico, mantiene una distancia prudente de la sala donde las residentes realizan sus labores diarias. El ambiente de psicología es compartido pero utilizado en distintos horarios, dentro se encuentran los siguientes objetos y materiales: 2 stand, dos escritorios, camillas, sillas, historias clínicas, pruebas psicológicas y materiales de útiles de escritorio.

1.4. Línea de investigación

La línea de investigación del presente estudio está ligada al área de psicología y adicciones en el que se aborda variables relacionadas a las adicciones convencionales y no convencionales, asimismo, intervienen factores relacionados a la familia, educación y sociedad (UICIT de la FAPSI, 2021).

Siguiendo esta línea, la adicción en una persona genera alteraciones en su desenvolvimiento personal, familiar y social. Por lo que es esencial centrarnos en la rehabilitación basada en la intervención multidisciplinaria que permita al usuario atenderse por distintos especialistas para tratar su enfermedad y en el ámbito psicológico desarrollar habilidades cognitivas, emocionales y conductuales para el proceso de cambio de la conducta adictiva de la usuaria.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Drogas

2.1.1. Delimitación conceptual

La Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin drogas [DEVIDA] (2019) señala que las drogas pueden también ser llamadas sustancias psicoactivas, las cuales al ser consumidas provocan en el organismo sensación de placer reforzando su autoadministración; no obstante, esto produce también malestar somático, psíquico y deterioro del funcionamiento normal del individuo en su ambiente.

Se define como droga a toda sustancia de origen natural o química que, al ser introducida al organismo, modifica el funcionamiento natural del sistema nervioso central ocasionando su consumo a largo plazo, dependencia física y psicológica (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2019).

Además, para considerar a una sustancia como droga, esta debe producir efectos nocivos en el organismo del consumidor. Los efectos nocivos repercuten en las siguientes áreas: a) en el área familiar, genera conflictos y discusiones frecuentes entre los miembros de la familia, sobreprotección o rechazo a la persona en consumo, abandono de las responsabilidades y deterioro el vínculo afectivo; b) en el área laboral, se altera el desempeño y rendimiento laboral, probabilidad alta de sufrir accidentes, ausentismo y pérdida del trabajo por despido; c) en el área personal, se pueden desencadenar enfermedades, desarrollo de conductas delictivas y deterioro en el crecimiento personal y profesional.

2.1.2. Clasificación de drogas

Sepúlveda y Suárez (2019) mencionan la clasificación de las sustancias según los efectos producidos en el sistema nervioso central: depresoras, estimulantes y alucinógenas.

Las drogas depresoras son aquellas que inhiben y bloquean el funcionamiento de las funciones del sistema nervioso central, produciendo en el organismo disminución y enlentecimiento de las funciones cognitivas superiores (memoria, atención y aprendizaje), descoordinación motora, disminución del estado de alerta y pobre reacción frente a los estímulos ambientales. Dentro de este grupo se encuentran las siguientes sustancias: alcohol, hipnóticos, inhalantes, tranquilizantes, opiáceos (heroína, morfina, metadona).

Las drogas estimulantes se caracterizan por activar, desinhibir y excitar al sistema nervioso central provocando en el organismo euforia, energía desbordante, autoestima inflada, exposición a conductas de riesgo, alteración del sueño y apetito, impulsividad e irritabilidad y ansiedad. Dichas sustancias son: anfetaminas, cocaína y nicotina.

Finalmente, las drogas alucinógenas o también llamadas psicodélicas generan en el organismo alteraciones senso-perceptuales, alteraciones de la memoria y curso del pensamiento, además, pueden generar alucinaciones y delirios. Las sustancias son: LSD, éxtasis y derivados del cannabis.

A continuación, se brindará información referente a la cocaína, ya que es la droga de consumo del presente estudio de caso.

2.1.3. Cocaína

2.1.3.1 Conceptualización. La cocaína es una sustancia producida químicamente.

Se define como una droga estimulante del sistema de nervioso central. Por su composición es altamente adictiva y genera consecuencias graves en el consumidor, llevándolo a desarrollar cuadros psicóticos, conductas antisociales, enfermedades cardiovasculares, infecciones respiratorias y daño cerebral. Asimismo, en el mercado, la cocaína es conocida como “coca”, “nieve”, “dama blanca” o “talco”; en inglés se la denomina como “*coke*”, “*C*”, “*snow*”, “*flake*” y “*blow*” (Oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito [UNODC], 2013).

Proviene de un arbusto natural cuya denominación botánica es *Erythroxylum coca*, la cual crece en las montañas de los andes de Perú, Colombia y Bolivia. En su base natural, la hoja de coca es consumida como parte de las tradiciones socio-culturales y religiosas. Toma gran popularidad después del descubrimiento de América por lo que se difundió en Europa. Es consumida por la población andina con la finalidad de lidiar con el frío, cansancio y hambre, asimismo es utilizada con fines medicinales para combatir el dolor de estómago y náuseas. Por otro lado, la propiedad de la planta se utilizó para otros fines, procesándola químicamente para la obtención de sustancias como: cocaína, pasta básica, crack, etc. (Méndez, 2014).

2.1.3.2. Efectos del consumo de cocaína. National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2021) señala las reacciones físicas, psicológicas (emocionales y conductuales) a corto, mediano y largo plazo que genera el consumo dependiente de la sustancia:

Los efectos psicológicos a corto y mediano plazo del consumo de cocaína se manifiestan a través de la pérdida de la realidad, euforia, excitabilidad, aumento del vigor sexual, ansiedad, irritabilidad, impulsividad, alerta mental y alteración del sueño. En cuanto, los efectos fisiológicos se encuentran hiperestimulación, midriasis, taquicardia e hipertermia, arritmias, cefalea, vértigos e inapetencia alimentaria.

En cuanto a los efectos a largo plazo, en el ámbito psicológico se encuentra: craving, psicosis paranoica, pérdida del sentido de la realidad, seudopercepciones, delirios, depresión, alucinaciones y dependencia a la sustancia. Los efectos fisiológicos son anosmia, hemorragias nasales, problemas al tragar, gangrena grave en los intestinos, insuficiencia respiratoria, infarto de miocardio, afecciones cerebrales, anorexia, perforación del tabique y coma o muerte.

2.2. Conceptos básicos de la adicción

2.2.1. *Uso*

Es el consumo habitual o esporádico de la sustancia que no genera consecuencias negativas y de gran magnitud en el individuo. Por ejemplo: El consumo de drogas solo en reuniones sociales cada cierto tiempo con poca intensidad de consumo (Del Moral y Fernández, 2017).

2.2.2. *Abuso*

Es la ingesta continuado de la sustancia a pesar de las consecuencias negativas producidas del mismo. Ejemplo: Juan consume marihuana 4 veces por semana durante la mañana y noche, este consumo altera el apetito, estado emocional y sueño del individuo (Del Moral y Fernández, 2017).

2.2.3. Dependencia

Mendoza y Vargas (2017) mencionan que la dependencia es un conjunto de signos y síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicas que presenta el individuo frente al consumo compulsivo de la sustancia, además, la droga se vuelve primordial y necesaria para el sujeto a pesar de las consecuencias negativas que deriva su consumo. Las características fundamentales son: ansias de consumir una sustancia, dificultad para controlar la cantidad, el inicio y término del consumo; generándose en consecuencia tolerancia, síndrome de abstinencia y deterioro físico y psicológico.

De igual manera Cuatrocchi (2007) menciona que la dependencia a la sustancia puede ser física, psicológica o la combinación de ambos (mixta). La dependencia física hace referencia al cambio producido en el sistema nervioso y metabolismo, por lo tanto, cuando no se consume la sustancia, el organismo presenta reacciones desagradables. Eso se denomina síndrome de abstinencia, el cual se manifiesta en ansiedad, malestar corporal, movimientos involuntarios de los músculos, catatonía de una parte del cuerpo y sudoración, etc. Por dependencia psicológica se entiende a la necesidad imperiosa de consumir la sustancia para reducir el malestar emocional y buscar una sensación placentera; y, en cuanto a la dependencia mixta, es la combinación de síntomas físicos y psicológicos.

2.2.4 Tolerancia

Proceso en que un organismo se adapta a los efectos producidos por la sustancia, por lo que el sujeto tiene la necesidad de consumir la sustancia en mayor cantidad para lograr los efectos placenteros que generaba inicialmente (Del Moral y Fernández, 2017). Por ejemplo, Juan consume dos gramos de cocaína al día los

fines de semana, pero ya no siente los efectos placenteros que sentía cuando empezó a consumir, a causa de ello, ahora consume 3 gramos de cocaína.

Siguiendo esta línea, German (2010) menciona dos tipos de tolerancia:

- Tolerancia invertida: Consiste en que el organismo experimenta ante el consumo de una sustancia efectos iguales o incluso mayores a dosis menores. Por ejemplo, un alcohólico ante la ingesta de una cantidad mínima de alcohol experimenta intoxicación como si hubiera consumido grandes cantidades de la sustancia, esto se debe, a que los tejidos del organismo almacenan residuos de la sustancia.
- Tolerancia cruzada: El organismo ha desarrollado tolerancia a una droga y esta se generaliza también a todas las drogas de su mismo grupo farmacológico o similares. Tenemos el ejemplo de Juan que consume cerveza de forma compulsiva, su organismo también desarrolló tolerancia a tragos cortos y ron.

2.2.5 Síndrome de abstinencia

Bobes et al. (2017) menciona que el síndrome de abstinencia es el conjunto de signos y síntomas que se manifiestan al dejar de consumir de manera abrupta una sustancia de la que un sujeto es adicto. Asimismo, menciona 3 tipos de síndromes de abstinencia:

Síndrome de abstinencia agudo, los síntomas y signos se manifiestan después del cese brusco del consumo de drogas, dura un promedio de 4 a 12 días, la intensidad y gravedad de los síntomas dependen de la sustancia consumida.

Síndrome de abstinencia tardío, los síntomas físicos y psicológicos duran un largo periodo de tiempo causando trastornos físicos y psicológicos que deterioran el funcionamiento del individuo precipitando posibles recaídas.

Síndrome de abstinencia condicionado, los síntomas físicos y psicológicos surgen a partir de la exposición del individuo a un estímulo ambiental asociado a la conducta adictiva provocando malestar emocional, ansiedad y miedo que pueden propiciar la recaída al consumo de sustancias.

2.2.6 Craving

Es el deseo intenso o ansia de consumir la sustancia provocado por ideas, recuerdos, situaciones y estímulos condicionados como lugares, objetos, personas y sonidos. Frente a esta situación, el paciente no logra abstenerse al consumo (Vallejo, 2018). Ejemplo: Juan cada vez que escucha música reguetón lo asocia a su consumo, por lo que se genera un conjunto de flashbacks que le producen ansiedad por consumir.

2.3. Adolescencia

2.3.1. Definición

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano, comprendido entre las edades de 11 a 20 años, asimismo, es un periodo de madurez y transición que da fin a la infancia y da comienzo a la vida adulta caracterizada por cambios físicos y psicológicos que atraviesa el adolescente para adaptarse a la vida adulta.

Asimismo, Sluzki (2005), citado en Junta de Andalucía (2018), menciona que la adolescencia es una etapa compleja que involucra a toda la familia y sociedad, donde el menor va en busca de su autonomía, experimentando conflictos y aprendizajes durante el camino a ser adulto.

2.3.2. Cambios experimentados durante la adolescencia

Papalia y Martorell (2017), en Degollado (2019), explica los cambios que atraviesa el adolescente en sus diferentes áreas de desarrollo.

2.3.2.1 Cambios físicos. En esta etapa, la característica más visible de cambio es el crecimiento corporal y maduración de los órganos sexuales. En las mujeres los cambios más evidentes son ensanchamiento de caderas, crecimiento de mamas, aumento de peso y masa muscular, crecimiento de vellos en el cuerpo y aparición de la menstruación. En cuanto a los varones, se caracterizan por presentar una voz más aguda, ensanchamiento de los hombros, crecimiento y maduración de los órganos sexuales, adquisición de masa muscular y polución nocturna.

2.3.2.2. Cambios cognitivos. En la adolescencia, la capacidad cognitiva se encuentra en un proceso de cambio para alcanzar un pensamiento mucho más desarrollado que les permite aprender nuevas habilidades y conocimientos complejos. El estudio de la inteligencia en los adolescentes comienza con la publicación de Piaget “De la lógica del niño a la lógica del adolescente”. Asimismo, propone que en la adolescencia se alcanza el último estadio cognitivo, llamada operaciones formales que se caracteriza por pensar en forma abstracta y reflexiva, con la capacidad de crear un plan y plantearse hipótesis desde lo abstracto.

2.3.2.3. Cambios emocionales. Durante esta etapa, los adolescentes suelen centrarse en ellos mismos, se caracterizan por ser muy egocéntricos, creen que no existe otra persona que pueda sentir lo que sienten, magnifican sus experiencias, emociones y lo viven con intensidad, sienten que no son comprendidos. Estos estados emocionales sino son manejados adecuadamente influyen de forma negativa en el mismo adolescente, familia y sociedad, ocasionando conflictos

relacionales e involucramiento a conductas de riesgo como drogadicción, delincuencia y conducta sexual irresponsable. Los factores de riesgo para el involucramiento a dichas conductas son: violencia en el hogar, desvalidación de emociones y familia disfuncional. A nivel personal, ausencia de estrategias para solucionar problemas, dificultad para reconocer y expresar emociones (Colom,2009).

2.3.2.4. Cambios sociales. El adolescente se encuentra en la etapa de búsqueda de su identidad, que se va construyendo en el transcurso de la vida. Erickson expone que el adolescente se encuentra en una etapa en donde se enfrenta su identidad versus la confusión de su identidad, una vez que logran resolver la confusión se sentirán como una persona única y parte de la sociedad, suelen desarrollar la felicidad, sensación de pertenencia a un grupo de compañeros, autoconfianza, sensación de ser amado y capacidad de amar a los demás, y si no logran encontrar su identidad se evidencian rasgos de personalidad carentes de compromiso, inseguridad y búsqueda de la soledad. Por otro lado, en esta etapa existe una necesidad de pertenecer a un grupo de iguales debido a la aprobación y seguridad que le proyectan los pares, por lo que existe mayor probabilidad de involucrarse en conductas de riesgo como consumo de drogas, práctica sexual irresponsable y conductas antisociales, siempre en cuando el grupo de interacción lo favorezca (Eddy, 2014).

2.3.3. Factores de riesgo en la adolescencia

Según Gil (2018) La adolescencia es una etapa que predispone a involucrarse a un conjunto de riesgos a nivel de comunidad, familiar y personal.

- Comunidad: Venta ilegal de drogas, delincuencia normalizada y desorganización comunitaria.
- Familiar: Se encuentra violencia física, psicológica y sexual, padres sobreprotectores o indulgentes, disfuncionalidad familiar, reglas y normas de convivencia nula o ambivalentes, familias drogodependientes o con conductas delictivas.
- Individual o personal: Inmadurez neurobiológica, inadecuada toma de decisiones, conductas de autocuidado escasas, dificultad para resistirse a la presión social, conductas antisociales, baja autoestima, dificultad para solución de conflictos, manejo inadecuado de las emociones, deserción educativa, problemas de aprendizaje y trastornos mentales.

2.4. Perfil de la mujer latina consumidora de sustancias psicoactivas

A continuación, se presentará características socioemocionales asociadas a las mujeres con drogodependencia en Latinoamérica (Castaños, et. al, 2007).

A nivel socio-educativo, las mujeres consumidoras presentan un nivel educativo deficiente, donde una mayoría no concluyó estudios primarios y secundarios. Asimismo, provienen de una familia disfuncional donde las oportunidades de crecimiento personal fueron limitadas por violencia física, sexual y psicológica. Otras de las características más frecuentes en pacientes drogodependientes es que su consumo de drogas inicia por influencia de una figura masculina, ya sea desde una relación afectiva o no. Respecto a la búsqueda de ayuda, tienen escasos recursos para ponerse en tratamiento, debido a que anteponen las necesidades de los demás a las suyas, también pueden contar con oposición de su pareja o familia para acceder a un tratamiento. A nivel emocional, las usuarias

presentan dependencia emocional hacia sus parejas, baja autoestima, dificultad para la toma de decisiones, manejo inadecuado de sus emociones presentando culpabilidad, vergüenza, impotencia para iniciar el tratamiento de rehabilitación. Asimismo, se involucran a una conducta sexual de riesgo con el fin de lograr su consumo. A nivel familiar, existe evidencia de consumo de drogas en el entorno cercano de la usuaria (pareja, amigos, padres o hermanos).

Respecto a comorbilidades del trastorno adictivo con otras patologías se encuentran: depresión mayor, desorden ciclotímico, trastorno bipolar, TDAH, trastorno límite de la personalidad, trastorno histriónico y trastorno antisocial.

2.5. Diferencias en el consumo de drogas entre hombres y mujeres

Según Fundación Atenea (2016) la adicción es una enfermedad que no discrimina género, edad o raza, puesto que cualquier ser humano puede desarrollar un trastorno adictivo, pero el desarrollo de la enfermedad tanto en mujeres como hombres difieren en algunos aspectos:

Tabla 2

Diferencias en el consumo de drogas entre mujeres y varones

Mujeres	Varones
<ul style="list-style-type: none"> • Tienden a relacionarse de forma más individual y con menor sensación de pertenencia a un grupo, lo cual dificulta la búsqueda de ayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> • En su mayoría suelen presentar conductas desarrolladas de socialización con sus pares. Facilitándole oportunidades de búsqueda de ayuda.

-
- Consumo de sustancias de forma individual o privada debido al rechazo de la sociedad considerando un hábito culposo y marginal.
 - Mujeres adictas frente al tratamiento asumen una postura escéptica por lo que buscará mayor explicación y argumentación del proceso a llevar.
 - En el ámbito legal, tiende a presentar problemas no recurrentes con la justicia, las cuales están relacionadas a la venta y transporte de drogas.
 - Visión social negativa sobre la adicción en la mujer siendo objeto de marginación.
 - Oportunidades escasas de contar con un adecuado tratamiento orientado a sus necesidades.
- Consumo de drogas en grupos sociales, aunque en los últimos años el consumo individual se ha ido incrementando. Hábito socialmente aceptado.
 - El hombre adicto frente al tratamiento asume mejor las indicaciones, reglas, pautas y medidas funcionales.
 - Tiende a presentar mayor índice de problemas legales.
 - Tolerancia social en la adicción de varones.
 - Mayor oportunidad de tratamientos planificados y estructurados.
-

-
- El medio de adquisición de las drogas se da a través de la pareja de consumo, pareja sexual o ejerce la prostitución y venta de drogas.
 - Mujeres tienden a una comorbilidad psiquiátrica con trastornos afectivos, especialmente depresión y ansiedad.
 - Biológicamente el cuerpo de la mujer tiende a acumular más grasa y menos agua, esto afecta a los niveles de absorción y almacenamiento de algunas drogas como el cannabis, alcohol y benzodiazepinas, por ende, las mujeres son más vulnerables a los efectos de las drogas.
 - Mayor vulnerabilidad a sufrir abuso físico, psicológico y sexual.
- Medios de adquisición de las drogas: hurto, micro comercialización de drogas y actos delictivos.
 - Presenta mayor tasa de comorbilidad psiquiátrica con los diagnósticos de trastorno de personalidad y psicosis.
 - El organismo masculino tolera mejor el alcohol mientras que el femenino genera más rápido dependencia.
 - Menor probabilidad a comparación de las mujeres de
-

sufrir violencia física,
psicológica y sexual.

- El consumo de drogas socialmente es cuestionado en las mujeres generando baja autoestima, culpabilidad, remordimiento, vergüenza y peor calidad de vida.
 - Mayor tasa de consumo de hipnosedantes.
 - Las mujeres presentan alta percepción de riesgo por lo que no combinan en su consumo más de dos sustancias, reforzada también dicha conducta por el mandato social atribuidas a la mujer como prudente y responsable.
 - El consumo de cocaína es más frecuente en adolescentes y a medida que avanza la edad disminuye paulatinamente la
- El consumo de drogas socialmente se convierte parte de la identidad del varón.
 - Dominio y mayor tasa de consumo de drogas legales e ilegales.
 - Los varones presentan baja percepción de riesgo por lo que suelen mezclar mayor variedad de drogas demostrando su masculinidad asumiendo riesgos.
 - Respecto a los varones, el porcentaje de consumidores de cocaína se va incrementando conforme avanza la edad.

cifra de consumidoras de
cocaína.

2.6. Modelo explicativo de la conducta adictiva

2.6.1. Modelo Ecológico. El modelo ecológico del desarrollo humano surge a finales de los años sesenta propuesto por Urie Bronfenbrenner. Su teoría consiste en que el entorno donde se desarrolla el ser humano es un sistema en la que convergen los aspectos sociales como los físicos. Bronfenbrenner (1979), citado en Suarez (2014), sostiene que es importante estudiar al sujeto en sus diferentes medios sociales de desenvolvimiento para identificar como estos influyen en su desarrollo cognitivo, moral y dinámica relacional.

El modelo ecológico define a la dependencia de drogas como una enfermedad grave de curso crónico y pandémico. De origen socio-familiar y multicausal, es decir, el sujeto adquiere la enfermedad en su ambiente nocivo (Nizama, 1992).

Asimismo, sostiene que el modelo ecológico está conformado por 5 estructuras sistémicas, las cuales son: microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema y el cronosistema (Vergara, 2013).

- **Microsistema:** Es el entorno inmediato del individuo, donde tiene una participación directa en las actividades, roles y relaciones interpersonales. Esto puede ser la familia, colegio, grupos de amigos, etc.
- **Mesosistema:** Es la interrelación entre dos o más entornos del microsistema del individuo. Por ejemplo, la relación entre el colegio y la familia.

- Exosistema: Es el entorno en donde el individuo no participa de forma activa y directa pero los hechos que se producen en esos entornos afectan al individuo.
- Macrosistema: Constituye la cultura y el sistema de creencias de la sociedad.
- Cronosistema: Hace referencia al tiempo e historia del individuo.

En ese sentido, el modelo ecológico explica el consumo de sustancias como un fenómeno problemático integral donde interviene el individuo, la familia, cultura, sociedad, política, económico y aspectos jurídicos en el mantenimiento de la conducta adictiva. Además, señalan que cuantos más factores de riesgo se encuentran en el microsistema del individuo es mayor la probabilidad del consumo de sustancias psicoactivas, por lo tanto, a mayor presencia de factores protectores menor probabilidad al involucramiento al uso y abuso de drogas (Suarez, 2014). Ejemplo: Juan es un adulto joven de 23 años, drogodependiente y con antecedentes penales por robo a mano armada, vive con su madre y tíos maternos, recibe una educación indulgente, la madre es ausente, no hay reglas y límites claros de convivencia. Como antecedentes, sus tíos son consumidores compulsivos de alcohol y cocaína, padre preso por comercialización de drogas. Reside en Callao, una zona donde el consumo y venta de sustancias psicoactivas está normalizada y es de fácil acceso. En este breve ejemplo podemos identificar como el consumo de drogas es multicausal y se relacionan todos los sistemas de relación del individuo.

2.7. Modelos de intervención terapéutica

2.7.1. Modelo de tratamiento terapéutico en trastornos adictivos en comunidades

El modelo de tratamiento que se presentará a continuación está ligada al trabajo que se realiza en comunidades terapéuticas (Bobes, et al, 2017).

Las comunidades terapéuticas tienen un tratamiento residencial libre de drogas para individuos dependientes a sustancias basado en un modelo de autoayuda, donde se brinda servicios de orientación vocacional, terapia ocupacional, terapia lúdica, terapia individual, grupal y familiar. La rehabilitación del drogodependiente es intervenida por un equipo multidisciplinar del área de la salud. El objetivo es lograr conciencia de enfermedad y estilo de vida saludable a través de la intervención en el ámbito conductual, cognitivo y afectivo del individuo drogodependiente.

El tratamiento en comunidades terapéuticas es estructurado, planificado, organizado y actualizado de acuerdo a las necesidades del individuo. Por ende, el programa de las comunidades terapéuticas contiene las siguientes etapas: desintoxicación, evaluación y tratamiento de problemas generales de tipo médico y psicológico.

El tiempo de tratamiento en comunidades terapéuticas es de un año y esto varía de acuerdo a las necesidades del individuo. La fase inicial del tratamiento consiste en acoger al paciente adicto, lograr la desintoxicación y adaptación al centro; fase intermedia consiste en el abordaje psicológico y farmacológico; y fase final con la etapa de reinserción, donde el paciente se reincorpora a la sociedad de forma gradual. Estas fases corresponderían con los objetivos de evaluación, diagnóstico, planificación de tratamiento y transición progresiva a la reinserción social logrando la adquisición de una mayor autonomía e independencia.

El abordaje más continuo en los pacientes son terapias grupales que ayudan a identificar y comprender el impacto del consumo en la vida del individuo, que aprendan a identificar y manejar adecuadamente los sentimientos y reacciones

propias y ajenas, desarrollando habilidades en la comunicación y convivencia familiar.

Las comunidades terapéuticas se guían bajo los supuestos del aprendizaje social caracterizada por un modelo o rol de actuación, los pacientes optan conductas adecuadas cumpliendo reglas y normas, en lugar de como la persona ha actuado antes de su internamiento. De este modo, se busca lograr mejoras en la actitud y conducta, potenciando habilidades. Otros atributos a considerar están relacionados a que los pacientes optan un papel activo en su recuperación simulando las demandas de la sociedad en un ambiente pequeño, fortaleciendo la responsabilidad social que consiste en ser consciente de las necesidades de los demás. Finalmente, se confronta las conductas y actitudes contrarias mostradas en la comunidad.

2.7.2. Modelo transteórico de las conductas adictivas

El modelo transteórico de cambio fue propuesto por Prochaska y DiClemente en el año 1985, es un modelo tridimensional que contiene tres aspectos de cambio de conducta adictiva: estadios de cambio, procesos de cambio y niveles de cambio (Mayor,1995).

2.7.2.1 Estadios del cambio. Son etapas ligadas a la evolución de la motivación y predisposición del sujeto para modificar su conducta problema, esto abarca desde intenciones nulas o parciales de que existe un problema hasta la aceptación de la misma. Los estadios son: A) Pre contemplativo, el sujeto no es consciente de su conducta problema y no tiene intención de cambio en un futuro. Si se busca ayuda es por presión u obligación por otros, usualmente los sujetos en este estadio carecen de información. B) Contemplativo, el sujeto presenta intención de cambio y hará un intento de modificar comportamientos en un futuro próximo.

En esta fase existe una ambivalencia en el sujeto de cambiar su conducta, reconoce los beneficios de modificar su comportamiento, pero también percibe el costo y desventajas de hacerlo, por lo que pasar al otro estadio puede demorar más tiempo. C) Preparación, el sujeto toma la decisión y compromiso para cambiar, tiene conciencia sobre las ventajas de cambiar su comportamiento cuentan con un plan para actuar, participan de un tratamiento para contrarrestar su conducta inadecuada o grupo que ayuda a fortalecer sus capacidades en los próximos 30 días. D) Acción, en este estadio el sujeto realiza cambios objetivos y concretos en su comportamiento, se evidencia la capacidad de autoeficacia. Asimismo, es una etapa inestable por una alta probabilidad de recaída por buscar acelerar el paso a la siguiente fase de mantenimiento. E) Mantenimiento, el sujeto pone en práctica todos los recursos para para estabilizarse en el cambio, trabaja para prevenir recaídas, el sujeto no tiene intención de volver a la conducta problemática inicial. Esta etapa dura un promedio de seis meses a dos años. F) Recaída, se considera la transición del sujeto a estadios anteriores, es decir, estando en etapas de acción o mantenimiento, regresan a etapas anteriores (Díaz,2020).

2.7.2.2. Procesos de cambio. Hace referencia a las estrategias y actividades que experimenta el sujeto en proceso de cambio que influyen en la modificación de emociones, cogniciones y conductas (Mayor,1995).

- Aumento de conciencia: El sujeto busca información sobre su enfermedad, se nutre de las herramientas y técnicas para prevenir consecuencias que puede generar su enfermedad. Lee libros y revistas sobre el tema, realiza comparaciones, confronta la información obtenida, analiza y obtiene nuevas conclusiones.

- Autoevaluación: Evalúa emociones, pensamientos y acciones que genera su enfermedad, clarifica valores, normas, establece límites, y busca alternativas de corrección a sus experiencias conductuales y emocionales.
- Auto liberación: El sujeto realiza acciones de cambio de conducta creyendo en su capacidad para generar resultados favorables. Toma decisiones, se plantea metas, resuelve conflictos. Dentro de este proceso se fortalece la autoconfianza donde el sujeto se percibe como un ente activo en su recuperación.
- Contracondicionamiento: Se emplean estrategias alternativas para modificar patrones de comportamientos de la problemática; como relajación, desensibilización y aseveración.
- Control de estímulos: Evita o limita estímulos a la conducta problema. Algunas de las conductas a realizar son: modifica y renueva el ambiente donde habita, evita la exposición a drogas, no asiste a lugares de alto riesgo de consumo, no frecuenta reuniones sociales, evita salir a altas horas de la noche y llevar dinero en grandes cantidades.
- Autogobierno: Es la vigilancia, evaluación y retroalimentación de la conducta por uno mismo o por otras personas. Algunas técnicas empleadas son: control de contingencia, refuerzos y castigos, auto registros, establecimiento de límites y reglas.
- Relaciones de ayuda: Tener apertura a nuevas experiencias, ofreciendo confianza a quien lo necesite, buscar alianza terapéutica en el soporte social o frecuentar grupos de autoayuda.

- **Relieve dramático:** Reconocer la problemática presentada, describir y expresar las emociones desencadenadas y brindar alternativas de solución. Se puede utilizar juego de roles, estudios de casos, dramatización, etc.
- **Reevaluación ambiental:** Conocer y darse cuenta como los problemas provienen del entorno físico.
- **Liberación social:** Incremento de conductas saludables.

2.7.2.2. Niveles de cambio. Son los problemas psicológicos de la persona organizados jerárquicamente en cinco niveles: síntomas, cogniciones desadaptativas, conflictos personales actuales, conflictos de familia, conflictos interpersonales (Guti, 2019).

2.7.3. Enfoques de intervención en el tratamiento terapéutico de los trastornos adictivos

El trabajo en adicciones es multi-teórico y multi-sistémico, en donde, no solo interviene en el proceso de rehabilitación el paciente sino también la familia, siendo necesario el abordaje por diferentes especialistas. Según Bobes et al. (2017) las terapias más usadas en la intervención de drogodependientes son:

2.7.3.1. La terapia cognitivo conductual. Según Becoña (2010) es el enfoque más utilizado en el tratamiento de usuarios drogodependientes, usa principios enfocados en el aprendizaje clásico, operante, aprendizaje social y aprendizaje cognitivo para trabajar conductas y distorsiones cognitivas. Se enfoca en trabajar cogniciones, emociones y conductas. Uno de los objetivos relacionados a la adicción es ayudar al paciente a lograr conciencia de enfermedad y prevenir recaídas, a través de estrategias enfocadas en la terapia motivacional, entrenamiento en habilidades sociales, desensibilización sistemática, prevención de recaídas,

manejo de contingencias, resolución de conflictos, reestructuración cognitiva y conductual.

La intervención terapéutica cognitiva conductual tiene 3 fases: La primera fase está orientada a la evaluación psicológica donde se recaba información sobre la problemática de la paciente, se delimita el problema a abordar y se plantea objetivos para la intervención. La segunda fase es la intervención o tratamiento, se aplica las diferentes estrategias que aporta el enfoque cognitivo conductual de acuerdo a los objetivos y necesidades del paciente. Y la tercera fase es el de seguimiento, es la etapa donde la intervención psicológica ya no se da de modo frecuente, se observa y evalúa el desenvolvimiento de la usuaria con su enfermedad y se va reforzando a estrategias aprendidas.

Para el estudio del caso del presente trabajo se utilizó como enfoque de tratamiento el cognitivo conductual, donde se evalúa al paciente, se estructura un plan de intervención en función a sus necesidades dónde se aplica estrategias cognitivas como reestructuración cognitiva con la finalidad de que esta influya en el estado emocional y conductual de la paciente. Asimismo, nos apoyamos de diferentes técnicas secundarias. En el área conductual se usa técnicas como reforzadores, castigos y economía de fichas para modificar patrones conductuales. También se usa los principios del modelo de cambio, los estadios motivacionales para lograr cambios en la conducta del paciente. Y finalmente se realiza el proceso de seguimiento.

Valdiglesias (2019) señala algunas estrategias utilizadas dentro del enfoque cognitivo conductual son:

Reestructuración cognitiva. Técnica orientada a modificar pensamientos distorsionados en pensamientos más adaptativos con la finalidad de reducir el daño emocional por ende conductas.

El manejo de contingencias. Utiliza un conjunto sistemático de técnicas de reforzadores y castigos en la conducta adictiva, se realiza un acuerdo previo con los pacientes donde se negocia que privilegios pueden ganar ante conductas deseadas y que pueden perder en caso no se dé la conducta deseada.

Terapia motivacional. Se enfoca en lograr en la paciente motivación por el cambio a través de una relación empática y sin confrontación. Las fases para lograr la motivación del cambio son: fase pre-contemplativa, contemplativa, preparación, acción, mantenimiento y recaída.

Entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento. Busca desarrollar o reforzar estrategias de afrontamiento y autocontrol para hacer frente a situaciones de riesgo de consumo. Las habilidades a trabajar son: capacidad para rechazar el consumo, comunicación asertiva y escucha activa, entrenamiento en solución de problemas, comunicación no verbal, habilidad para negar peticiones y aceptar críticas, reconocimiento y expresión de sentimientos, habilidad para brindar retroalimentaciones a los demás y reforzar conductas.

La terapia de exposiciones a señales. Sostiene que estímulos neutros que inicialmente no generan por sí solo reacciones en el organismo se asocian con la conducta adictiva para generar respuestas asociadas ante la exposición. Es decir, el estímulo neutro se convierte en estímulo asociado que puede conllevar a la aparición de craving y una posible recaída. Esta terapia busca reducir los efectos del estímulo condicionado a través de exposiciones de tipo imaginaria. La técnica

utilizada es sensibilización encubierta, donde se usa la imaginación para recrear un conjunto de eventos en que el sujeto estaba acostumbrado a consumir con la finalidad de inducir la aversión al consumo.

La prevención de recaídas. Se basa en lograr la abstinencia al consumo del paciente a partir del manejo de situaciones de riesgo. Si un paciente afronta satisfactoriamente una situación de riesgo su autoeficacia incrementa. Se entrena al paciente en identificar situaciones, pensamientos, emociones y acciones que pueden exponerlo al consumo y cómo afrontarlos, además de aprender a enfrentar una recaída antes y después de que se produzca. Algunas técnicas utilizadas son: control de estímulos, el paciente aprende a detectar factores de riesgo que le pueden conllevar a la recaída del consumo de drogas; y bloqueo del pensamiento que se caracteriza a la utilización de la imaginación para escenificar situaciones de consumo y utilizar otro estímulo para detener el pensamiento en curso.

El manejo de contingencias. Utiliza un conjunto sistemático de técnicas de reforzadores y castigos en la conducta adictiva, se realiza un acuerdo previo con los pacientes donde se negocia que privilegios pueden ganar ante conductas deseadas y que pueden perder en caso no se dé la conducta deseada.

2.6.3.2. Terapia sistémica familiar. Es un abordaje enfocado en trabajar la reconstrucción de las relaciones afectivas de un grupo de individuos. Esta terapia es esencial ya que se ha demostrado que la familia es un factor protector para ayudar al paciente a lograr su rehabilitación, además, de que se ha encontrado evidencias de que la familia guarda relación con el fortalecimiento de la conducta adictiva (Bobes et al., 2017).

2.6.3.3. Intervención multidisciplinaria en adicciones. La adicción es una enfermedad compleja, donde los distintos profesionales de la salud mental no encuentran una etiología de la enfermedad, es por ese motivo, la importancia de analizar al usuario en todas sus áreas de desenvolvimiento y que pase por evaluación por distintos especialistas (médico general, psiquiatra, psicólogo, trabajadora social) con la finalidad de brindar una alternativa de tratamiento viable a la enfermedad del paciente, donde cada profesional contribuirá desde su especialidad en la rehabilitación del adicto (Santamaría et al, 2009) .

2.8. Investigaciones antecedentes

2.8.1. Investigaciones internacionales

Meza (2017) realizó un estudio de caso, donde su intervención fue dada bajo el enfoque cognitivo conductual en paciente de 19 años drogodependiente de una comunidad terapéutica en Colombia. La finalidad del estudio fue desarrollar una evaluación e intervención psicológica para un caso de drogodependencia. El abordaje se dio en 15 sesiones, se trabajó en la modificación de pensamientos irracionales y disminución del nivel de ansiedad por consumir. Las herramientas utilizadas fueron reestructuración de pensamientos, detención de pensamiento, respiración diafragmática, habilidades de afrontamiento y prevención de recaídas. Los resultados obtenidos fueron que la paciente logra disminuir sus niveles de ansiedad, conoce sobre su enfermedad, adquiere estrategias para modificar ideas irracionales y de afrontamiento para prevenir recaídas.

Menocal et al. (2017) crearon un plan de intervención psicológica para el manejo de la ansiedad en pacientes drogodependientes residentes de un centro de rehabilitación en Nicaragua con la finalidad de disminuir los niveles de ansiedad

estado y rasgo en los internos y analizar los efectos que genera el plan de intervención. Para ello se utilizaron los siguientes instrumentos: test del Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE) y una encuesta sociodemográfica creada por el autor del estudio. Por otro lado, la investigación se basó en el enfoque cuantitativo, cuasi-experimental y corte trasversal. La muestra estuvo conformada por 17 internos varones. El plan de intervención se programó en 7 sesiones, las técnicas utilizadas fueron: reestructuración cognitiva, relajación progresiva de Jacobson, relajación visual y técnicas de respiración. El resultado determinó que el 76.6% de los participantes del programa disminuyeron sus niveles de ansiedad.

Villacis (2018), realizó una investigación orientado a analizar los factores que se asocian al consumo de drogas en Ecuador. El tipo de investigación es descriptiva (buscó describir a la población de estudio), bibliográfica-documental (se tomó información de libros y revistas) e investigación de campo (se tuvo contacto directo con la población elegible a través de la aplicación de las encuestas). El instrumento utilizado fue una encuesta basada en el modelo Rosenstock. La muestra estuvo conformada por 23 alumnos de 17 a 20 años de edad, cuya característica en común es que pertenecen a una estructura familiar monoparental. Los resultados señalan que la mayor parte de los evaluados han consumido sustancias al menos una vez en su vida y que los factores predisponentes a su consumo fueron: olvidar problemas, evadir emociones de tristeza y ansiedad, y aceptación social. Los resultados a nivel cuantitativo indican que el 73.9% de alumnos afirman haber bebido alcohol en algún momento de su vida y el 26.1% afirma no haberlo hecho. En cuanto a la percepción del consumo de drogas, el 82.6% asume que las drogas son beneficiosas, mientras un 17.4% mencionan que

consumir drogas no genera beneficios. Finalmente, en cuanto a la percepción de riesgo de consumo de drogas, el 91.3% considera que el consumo de drogas no es un problema serio y tan sólo 8.69% asume la severidad.

En el estudio de Carbo (2018) en su planteamiento de intervención con pacientes drogodependientes, sigue el modelo de intervención terapéutica comunitaria donde señala que el crecimiento personal se da a través de la modificación del estilo de vida basada en un trabajo en conjunto con los residentes de la comunidad. Asimismo, los miembros de la comunidad y el equipo terapéutico optan el rol de facilitadores que ayudan a los internos a responsabilizarse con su propia vida. Además, señala que la presión de grupo es fundamental en el proceso de rehabilitación ya que permiten a los usuarios desarrollar proceso de cambio y conciencia de enfermedad, para finalmente reinsertarse a la sociedad. Bajo este modelo, Carbo crea un plan de intervención dirigida a pacientes internos del centro de rehabilitación, dividiendo la intervención en 5 temáticas: el consumo y el tratamiento; elementos de un sistema de tratamiento integral; familia y superación del abuso/dependencia a drogas; abordaje de las adicciones y situaciones; y problemáticas en el proceso de rehabilitación. Buscando obtener los siguientes resultados: entrenamiento en habilidades para el manejo de conductas en los pacientes y sus familias, reducir cualquier posibilidad de consumo utilizando diversas estrategias de afrontamiento, optimizar las herramientas de contacto social, fortalecer la motivación para lograr metas propuestas y elaboración de un proyecto de vida.

2.8.2. Investigaciones nacionales

En Perú, el Ministerio de salud interviene en la creación de un proyecto que lleva por título Programa guiando a la recuperación de las mujeres (GROW) surge a través de la necesidad de brindar un tratamiento oportuno para mujeres adictas debido a que esta es limitada por la visión social que atribuyen a las mujeres consumidoras de drogas, enfrentándose muchas de ellas al rechazo, maltrato y discriminación antes de recibir ayuda. Asimismo, en el ámbito de intervención existe poca cantidad de camas para mujeres drogodependientes por lo que se vio la necesidad de crear y validar programas de intervención en adicciones dirigidas para mujeres y población LGTBIQ (Cooperativa de Asistencia y Socorro en Todas Partes [CARE], 2021). En 2014, el Ministerio de Salud (MINSA) buscó impulsar un nuevo modelo de salud mental donde las poblaciones vulnerables puedan tener acceso a un tratamiento integral, creando lineamientos en políticas públicas que facilite a la población el acercamiento a los servicios de salud. Es por ello que surge el proyecto GROW creado con el fin de capacitar profesionales en el tratamiento de drogodependencias para poblaciones vulnerables como mujeres, personas del colectivo LGTBIQ, haciendo uso de métodos y programas científicos para mejorar el acceso y atención. Cuenta con un equipo multidisciplinario donde intervienen personal médico general, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales y familias. El proyecto GROW logró capacitar a 43 facilitadores nacionales en Lima, Callao, Loreto, Piura, La Libertad, Lambayeque y Arequipa. Quienes realizaron réplicas de lo aprendido en 475 profesionales de la salud en Lima y Callao con el fin de mejorar los servicios de atención al paciente. Durante la pandemia por COVID 19, las capacitaciones se adaptaron a la modalidad virtual

donde los centros comunitarios continuaron con la intervención a través de redes sociales, vía telefónica, correos electrónicos. Se brindó 729 atenciones a población LGTBIQ en el periodo de octubre 2018 a diciembre 2020 y 249 atenciones entre abril y diciembre de 2020.

Valdiglesias (2019) realizó una intervención desde el enfoque cognitivo-conductual en un paciente con drogodependencia residente de una comunidad terapéutica en Lima. Para la evaluación del paciente se tomaron las siguientes pruebas: Cuestionario de Riesgos de Recaída (AWARE 3.0) y variables de interacción psicosocial (VIP), además se utilizó auto registros para medir aprendizajes en el paciente. El paciente evaluado tenía 18 años y presentaba dependencia a la marihuana. La ejecución del programa se basó en 8 sesiones para la evaluación psicológica, y 26 sesiones de intervención psicológica basada en el enfoque cognitivo-conductual. Las técnicas utilizadas fueron: psicoeducación, bloqueo de pensamientos, reestructuración cognitiva, sensibilización encubierta y técnica de distracción. Se encontró los siguientes resultados: un adecuado aprendizaje de estrategias impartidas y, un bajo riesgo de recaída (AWARE = 58 puntos). Asimismo, la investigación concluyó en que las técnicas usadas bajo el modelo cognitivo-conductual ayudan a la rehabilitación de drogodependencias.

Asimismo, Abramonte (2019) realizó una investigación sobre la motivación al cambio y el riesgo de recaídas en pacientes adictos de cinco comunidades terapéuticas. La finalidad de la investigación fue determinar la relación entre motivación al cambio y riesgo de recaída. La investigación fue de tipo cuantitativo y correlacional, con un diseño no experimental. Para la ejecución de este estudio se utilizó los siguientes instrumentos: Escala de Evaluación del Cambio (URICA) y el

Cuestionario de Riesgo de Recaída (AWARE 3.0). La muestra estuvo conformada por 154 pacientes dependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima. Dentro de los resultados obtenidos se encontró que existe una relación negativa y estadísticamente significativa entre las variables motivación al cambio y riesgo de recaída ($r=-.08$), es decir, a mayor motivación por el cambio se presentó menor riesgo de recaída.

Por otro lado, Domínguez (2021) realizó una investigación sobre trastornos de personalidad, estilos de afrontamiento y riesgo de recaída en pacientes internos de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana. Con el fin de conocer la relación existente entre las tres variables de investigación. El tipo de investigación es correlacional, de diseño no experimental. Las pruebas psicológicas utilizadas fueron el cuestionario de Estimación del Afrontamiento COPE, el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI - III) y el Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0. La muestra de estudio fue conformada por 240 varones drogodependientes. Los resultados obtenidos evidencian que no hay relación estadísticamente significativa entre los trastornos de personalidad y el riesgo de recaída ($p= .12$) y estilos de afrontamiento y riesgo de recaída en usuarios con adicción ($p= .29$).

También, Campos y Odar (2018) realizaron un programa de enfoque cognitivo conductual sobre la resiliencia en residentes de una comunidad terapéutica de Lima. La finalidad del estudio fue conocer el efecto del programa en la resiliencia de los internos. El estudio estuvo conformado por 42 residentes divididos en dos grupos, un grupo experimental y un grupo control. El instrumento de medición empleado fue la escala de resiliencia de Wagnild y Young. Se obtuvo

como resultado en el pre-test que solo el 31% del grupo experimental presenta un nivel alto de resiliencia, en cuanto al grupo control, el 28.6% presenta un nivel alto de resiliencia. En el post-test, el 42.9% de grupo experimental obtuvo un nivel alto de resiliencia, a diferencia del 31% del grupo control que tenía un nivel alto de resiliencia.

Urday et al. (2019). Realizaron un estudio sobre la percepción de riesgos y consumo de drogas en la ciudad de Arequipa, el objetivo del estudio fue conocer la prevalencia de vida, información, percepciones, y comportamientos de riesgo frente al consumo de drogas. La muestra estuvo conformada por 86 estudiantes a quienes se les aplicó un cuestionario de 241 ítems. Los resultados arrojaron que el 84,4% consumieron alcohol y 62,8% tabaco, marihuana (17,1%) y cocaína (4,6%), los hombres son el porcentaje más elevado de consumo de alcohol, cocaína, marihuana, mientras que, en las drogas médicas como tranquilizantes, las mujeres suelen tener mayor consumo. Finalmente, se concluye que el 93% de los estudiantes recibieron orientación sobre la prevención de la adicción.

2.9 Problemática del Ministerio de salud (MINSa) y de los centros de rehabilitación

El Ministerio de Salud (MINSa) realiza supervisión a los centros de salud mental comunitario orientados en la intervención de drogodependencias. Las funciones que brinda esta área es prestar servicio especializado ambulatorio en el campo de las adicciones, implementando programas preventivos promocionales. Para el desarrollo favorable de este servicio se debe contar con un médico psiquiatra que cuente con experiencia en adicciones y un psicólogo clínico. Encontrándose que, de los 103 centros supervisados a nivel nacional, el 72.8% si cuenta con un

médico psiquiatra mientras que el 27.2% no cuenta con este personal de salud. Respecto al psicólogo clínico, el 88.3% cuenta con un psicólogo de los cuales el 91.2% es psicoterapeuta; y el 11.7% de centros comunitarios no cuenta un profesional en psicología (Defensoría del Pueblo, 2019).

En Perú, existe solo una comunidad terapéutica pública para tratar adicciones (Centro de Rehabilitación de Ñaña) y existe más de 200 comunidades terapéuticas privadas de las cuales la mayoría son informales y no cuentan con el personal de salud mental calificado para el abordaje del trastorno. Las comunidades terapéuticas profesionalizadas siguen un modelo de intervención científica psicológica mientras que las no profesionalizadas siguen un modelo religioso (Castilla et. al, 2017).

La salud mental en el Perú es deficiente solo se cuenta con un 1.5% de presupuesto para hacer frente a las demandas de la salud mental. El tratamiento de las adicciones se caracteriza por: Dificultades de acceso a los servicios debido a la ubicación, los servicios están distribuidos de forma no equitativa, existe brechas en los programas de tratamiento dirigido a mujeres, población LGTB, grupos etarios e interculturalidad, déficit de profesionales especialistas en adicciones, presupuesto para tratar adicciones limitado, falta de monitoreo a los servicios privados y estas deberían operar bajo la modalidad de tratamiento voluntario, el tratamiento de las adicciones es centralizado, la mayoría de hospitales se encuentran en Lima, y solo cuentan con 169 camas hospitalarias distribuidas en 15 centros psiquiátricos del país, todos ellos ubicados en Lima, en el Hospital Larco Herrera, Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi y el Hospital Hermilio Valdizán que incluye el Centro de rehabilitación de Ñaña. Frente a esta situación en los

últimos años se ha optado como estrategia el implementar servicios especializados de tratamiento ambulatorio, lo cual ha llegado a alcanzar de cobertura a 80% de las regiones (DEVIDA, 2017).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Contextualización del problema

3.1.1. Problema de estudio

3.1.1.1. Problema motivo de estudio. Usuaría mujer soltera de 19 años, nació el 24 de octubre de 2002 en Cajamarca, estudio y culminó la secundaria en un colegio nacional, reside en Lima- en Acho con sus padres y su hermano, es la última de dos hermanos.

Ingresa al centro de rehabilitación, el 2 de febrero de 2021, asiste acompañada de sus padres y tía, quienes la llevaron en estado de intoxicación aguda por consumo de cocaína. El primer contacto de la familia y la usuaria fue con la coordinadora del centro, quien reporta en el cuaderno de incidencias lo siguiente: Usuaría ingresa al centro de rehabilitación por presentar problemas en el uso de alcohol y otras drogas, además de presentar problemas de conducta.

En la primera entrevista, el padre refiere que internó a su hija porque consume drogas. Ante ello, detalla, “desde del año pasado mi hija ha cambiado, salía sin permiso al menos durante la semana 2 veces y llegaba a casa entre las 2 y 3 de la mañana, en algunas ocasiones sino la dejábamos salir amenazaba con lanzarse por la ventana, gritaba y nos insultaba, los fines de semana se incrementaba su irritabilidad. Si no se le cumplía lo que ella deseaba, golpeaba la puerta, botaba y rompía los objetos de la casa, también, le gustaba estar encerrada en el cuarto, se movía de un lugar a otro”. Agrega “mi hija consume cigarrillos desde los 16 años, antes fumaba poco (no especifica cantidad), pero desde inicios de 2020 ya fumaba cerca de 3 cajetillas al día. Asimismo, refiere que una semana antes del internamiento de su hija (febrero de 2021), había desaparecido y desconocía su

ubicación. Por lo que, solicitaron ayuda policial para encontrarla e inmediatamente después internarla.

Siguiendo la misma línea, la madre avalada por el padre menciona que su hija consumía bebidas alcohólicas desde los 14 años, y a partir de los 16 años se escapaba de casa por un promedio de 5 horas, pero desde los 17 años esta conducta se incrementa. La consultante no regresaba a casa entre uno o dos días aproximadamente, esto usualmente pasaba los fines de semana. Además, menciona que desconocía del consumo de cocaína de su hija, ya que pensaba que solo fumaba tabaco y bebía alcohol.

El primer acercamiento que se tuvo con la usuaria, manifiesta “¿dónde estoy?... parece que estoy en el cielo, no hay piso... he venido a comer, ya me quiero ir... ¿ustedes tienen pareja?”. Asimismo, a los días de internada, refiere “No sé porque estoy aquí, me siento ansiosa, quiero que me den un cigarro o chocolate. Además, señala “yo estaba en la playa ¿les gusta surfear? a mi si, mírenme estoy bronceada, me quema, estaba jalando en la playa me gusta estar sola, después apareció mi tía y mis papás y me dijeron que iríamos a comer, pero me trajeron aquí”. Agrega, “me arde mi cuerpo, mis padres me trajeron para deshacerse de mí, soy una carga para ellos...”. Por otro lado, frente a su consumo, lo justifica aludiendo lo siguiente “si yo consumo es por culpa de mis padres, ellos discuten mucho, y a mí el ruido y los gritos me abruma, cuando jalo cocaína me siento bien, estoy feliz... ese vacío que tengo desaparece, es rica la cocaína... me siento ansiosa quiero que me den un chocolate o un cigarro... ¿qué hicieron con la coca que había en mi casaca?... llamen a mi tía”.

Posterior al tratamiento psiquiátrico, se vuelve a realizar una entrevista, donde señala el motivo de su internamiento, refiere “estoy aquí por consumo de drogas, empecé con alcohol, luego cigarrillos, marihuana y cocaína. Consumo cocaína 3 veces por semana, aunque este último mes ya no podía dejar de consumir un día. Todo empezó a los 16 años, consumía con mis amigos en la playa de Barranco, no continúe mis estudios pre universitarios por estar consumiendo, no puedo controlar mis emociones, se descontrolan de un momento a otro, me pongo triste y luego se me pasa, esto sucede aproximadamente durante 4 días, y no quiero hacer nada, se vienen recuerdos de mi prima cuando me maltrataba y eso me pone triste, después se me pasaba y ya estaba bien. Estoy aquí desde hace 2 semanas, he estado muy ansiosa y desesperada”.

Respecto al área psiquiátrica, el médico refiere que la usuaria presenta como diagnóstico clínico síndrome de dependencia (F19.2). Además, de contar con diagnóstico base trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco (F31.0). Por lo cual, recomienda tratamiento psicofarmacológico y terapia cognitivo conductual.

3.1.1.2. Delimitación del problema. En base a todas las problemáticas identificadas en la usuaria, a través de la obtención de información brindada por la psicóloga, psiquiatra, familia y consultante, se determinó intervenir en la dependencia de sustancias psicoactivas, en las siguientes áreas:

Respecto al área cognitivo, se evidencia conciencia de enfermedad nula, debido a que la usuaria desconoce presentar alguna enfermedad y no cuenta con información referente a los diagnósticos dados. Además, presenta pensamientos irracionales que fortalece su consumo de drogas. Por otro lado, presenta motivación

baja para dejar de consumir sustancias y no cuenta con metas a corto, mediano y largo plazo.

En el área emocional, se visualiza dificultad en la identificación y manejo de emociones como la ansiedad, ira y tristeza. Y cuenta con pocos recursos para afrontar los síntomas del síndrome de abstinencia.

En el área conductual, se observa dificultad en seguir normas y reglas de convivencia. También el descuido de su cuidado y aseo personal. Finalmente dificultad para actuar frente a un conflicto.

En el área familiar, los miembros de la familia de la usuaria desconocen sobre las enfermedades: trastorno por adicciones y trastorno bipolar. Además de presentar dinámica relacional conflictiva.

3.1.2. Estrategia de Evaluación y medición de la problemática

Observación. Técnica psicológica orientada a obtener datos concretos sobre el comportamiento verbal y no verbal de un sujeto en interacción con su medio. Esta técnica permitió realizar registros de las conductas repetitivas en la usuaria y en base a ello, conocer patrones de conductas disfuncionales, así como medir la evolución tras la intervención.

Entrevista clínica individual y familiar. Técnica utilizada en el campo de la evaluación psicológica que tiene como propósito obtener información. El tipo de entrevista utilizada es la semiestructurada debido a que existe un conjunto de preguntas pre establecidas y otras que surgen según el objetivo de la entrevista. Esta técnica nos brinda datos relevantes sobre la historia de vida de la usuaria, desarrollo evolutivo de la enfermedad, antecedentes familiares y estrategias utilizadas para

superar la enfermedad. Asimismo, los datos obtenidos permitirán identificar patrones de conductas que favorecerán concluir una adecuada presunción diagnóstica e intervención.

Evaluación psicológica y psicométrica. A continuación, se presentará la batería de pruebas utilizadas dentro de la comunidad terapéutica para evaluar a las usuarias internas.

Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MMCI-II). Es una prueba psicológica cuya finalidad es medir la personalidad, además de brindar información sobre dificultades emocionales e interpersonales. Este instrumento es ampliamente utilizado en el campo de las drogodependencias, evalúa 10 patrones clínicos de personalidad: Esquizoide, evitativo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, sádico, compulsivo, pasivo agresivo y auto derrotista; patología severa de personalidad: Esquizotípico, borderline y paranoide; síndromes clínicos: Ansiedad, somatomorfo, bipolar, distimia, dependencia de alcohol y dependencia de drogas; y síndromes severos: desorden del pensamiento, depresión mayor y desorden delusional. depresión mayor y trastorno delirante. La prueba fue creada por Theodore Millon en 1976 y corregida en 1990, y en el 2007 fue validada por Solís en el contexto peruano, encontrándose una alta confiabilidad de 49 % a 92% en el alfa de Cronbach (Solís,2017).

Esta prueba es amplia y compleja, nos permite conocer los patrones clínicos de personalidad de la usuaria, patologías severas y síndromes clínicos. Además, la prueba mide variables de importancia para el caso como el trastorno bipolar y dependencia de drogas, ambos cuadros ya fueron diagnosticados previamente por

el médico psiquiatra, por lo que, se buscó confirmar el diagnóstico con instrumentos psicológicos.

Escala de ansiedad de Zung (ASQ). La escala de ansiedad fue diseñada por Zung en 1971 con la finalidad de obtener datos significativos de los síntomas y signos de la ansiedad. La escala comprende de 20 ítems. Fue validada en el Perú por Novara, Sotillo y Warthon (1985) tiene una confiabilidad de 75%, es decir la prueba mide la variable de estudio. El interés para el uso de la prueba fue medir el nivel de ansiedad presentando por la usuaria ya que presentaba signos y síntomas evidentes en su comportamiento que denotaba la presencia de ansiedad, producto de su síndrome de abstinencia (Terrones, 2019).

Escala de depresión de Zung (SDS). Se utilizó la escala de depresión de Zung, la cual fue creada en 1965, con el objetivo de explorar síntomas relacionados a estados depresivos, bajo los siguientes indicadores: estado de ánimo, síntomas cognoscitivos y somáticos. La prueba consta de 20 ítems (Rivera et al, 2007). Se encuentra validada en el Perú desde el 2019 por Silva Pastor, cuenta con una validez por criterio de jueces superiores a 0,50% y validez de constructo que oscila entre los intervalos de 0.28% a 0.78% que indica que existe homogeneidad entre los ítems para medir el constructo depresión, en cuanto a la confiabilidad presenta un 95%, siendo altamente fiable el instrumento (Silva, 2019). El propósito para el uso de la prueba fue conocer el estado emocional de la usuaria y confirmar de manera específica los datos obtenidos en la escala de distimia y depresión en el inventario de personalidad de Millon. También, esta prueba nos permitirá conocer si el estado emocional actual de la usuaria puede generar sesgos en los resultados de la evaluación de inteligencia, además de prevenirse conductas autolesivas.

La escala de inteligencia de Wechsler para adultos IV (WAIS IV). Es una prueba clínica de aplicación individual, tiene el objetivo de evaluar la aptitud intelectual, funcionamiento intelectual en dominios específicos y generales. La prueba cuenta con 4 áreas de evaluación: Escala de comprensión verbal, escala de razonamiento perceptivo, escala de memoria de trabajo y escala velocidad de procesamiento (Amador, 2013). La prueba no está validada en el contexto peruano, pero es utilizada debido a la complejidad de capacidades que busca medir y por su reconocimiento en la efectividad de los resultados. El resultado obtenido permitirá conocer el estado de las funciones cognitivas con la finalidad de predecir el nivel de entendimiento y comprensión de la usuaria frente a situaciones concretas o abstractas. Asimismo, brindará indicadores sobre la capacidad de la usuaria para ser parte de un abordaje terapéutico bajo el modelo cognitivo conductual.

Test gestáltico visomotor de Bender (B.G). Fue creado por Lauretta Bender en 1938, con la finalidad de brindar posibles indicadores de daño cerebral, dificultades perceptuales y aspectos emocionales. La Prueba de Bender contiene 9 tarjetas blancas, tamaño postal, cada una con un diseño trazado en negro en el centro (Heredia et al, 2012). La prueba no está validada en el contexto peruano, sin embargo, es una de las pruebas más utilizadas dentro de la comunidad donde se obtuvo el estudio de caso. El resultado de la prueba nos permitirá conocer si en la usuaria existe compromiso orgánico cerebral, debido a que el consumo de drogas de forma compulsiva y de larga data genera daños a nivel cerebral.

3.1.3. Procedimiento de la evaluación

Para realizar evaluación psicométrica a la usuaria se tuvo que esperar un promedio de un mes, esto se debe a que se encontraba con su síndrome de

abstinencia, además, se siguió con el protocolo establecido para enfrentar la COVID 19 (cuarentena de 14 días, aislada).

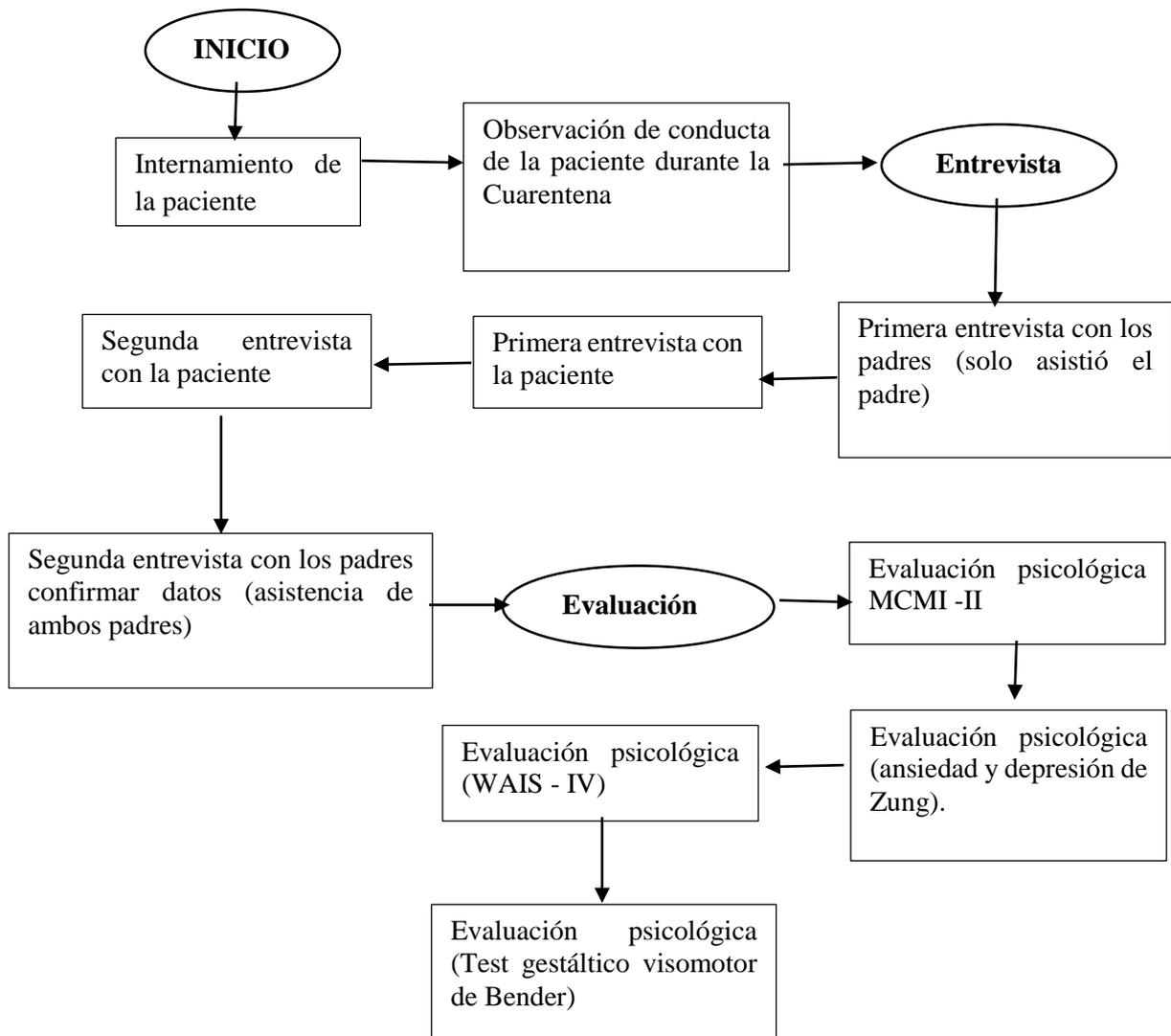
Una vez que la usuaria estuvo en condiciones para la evaluación, se procedió con la exploración:

- En un primer momento se cita a los padres de la usuaria a una reunión virtual con la finalidad de realizar la entrevista clínica psicológica para conocer el motivo de internamiento de su hija, donde solo el padre asiste.
- Se realizó una segunda entrevista con ambos padres, para obtener información sobre la historia de la usuaria y evolución de la enfermedad.
- Después del mes de internamiento, se prosigue a realizar el rapport con la usuaria y una entrevista corta semiestructurada.
- Luego del primer contacto con la usuaria, se prosigue con la segunda entrevista psicológica.
- A continuación, se evaluó personalidad con el inventario multiaxial de personalidad Millon II (MCMI-II).
- En una cuarta sesión se evaluó estado emocional con las pruebas de ansiedad y depresión de Zung.
- En la quinta sesión se evaluó inteligencia con la prueba psicológica de Wechsler (WAIS IV).
- Finalmente, se evaluó organicidad con la prueba visomotor de Bender.

Asimismo, esto puede ser visualizado a continuación (ver Figura 2):

Figura 2

Procedimiento de la evaluación



3.1.4. Diagnóstico del problema

3.1.4.1. Observación de la conducta. Usuaría mujer de 19 años de edad, que no aparenta edad cronológica, de estatura y contextura promedio, tez blanca y cabello rubio. En inadecuadas condiciones de aseo y arreglo personal. Además, se evidencia heridas en los dedos.

Durante los primeros días de internamiento, se mostró delusiva, desorientada en tiempo, espacio, persona y situación. Se encuentra en estado de

intoxicación aguda por consumo de sustancias psicoactivas, esto es evidenciada en su conducta: mirada perdida, hiperventilada, dificultad en la marcha y dificultad para mantener el equilibrio. En cuanto a sus funciones cognitivas, presenta alteraciones senso-perceptivas evidenciado en la alteración de su capacidad de atención, concentración y comprensión, además de su lenguaje y comportamiento. Presenta alteraciones en el pensamiento: fuga de ideas, dificultad para hilarlas y realizar representaciones de su realidad. Su lenguaje es incoherente, confuso, poco comprensible y verborreica. A nivel emocional, denota ansiedad evidenciada en conductas como: comerse las uñas, arrancarse los pellejos de los dedos, quemazón en el cuerpo, inquietud e insomnio. Se muestra impulsiva y con tendencia a la agresividad: forcejea y golpea la puerta, e intenta romper la ventana del cuarto asignado. En cuando a las conductas observadas durante su primera semana de internamiento se muestra hiperactiva y agresiva, además de emitir la conducta de raspar la pared para luego inhalarla, conducta evidenciada en dos ocasiones.

Después de un mes de internamiento, y posterior a la intervención psiquiátrica, se prosigue a la evaluación psicológica. En donde la usuaria evidencia lucidez, orientación en tiempo, espacio y persona, presenta funciones cognitivas superiores aparentemente estabilizadas; frente a la entrevista se muestra colaboradora, asequible y abierta al diálogo, respondiendo a las preguntas realizadas sin dificultad.

3.1.4.2. Anamnesis

La historia de vida de la usuaria se plasmará en base a las siguientes áreas: Personal y de consumo, familiar, escolar y pareja.

Área personal. La usuaria es natural de Cajamarca. Su madre menciona que antes, durante y después de su embarazo no presentó dificultades. En cuanto al desarrollo psicomotor, cognitivo y socioemocional no se refirieron complicaciones. Por otro lado, la evaluada menciona haber tenido una infancia desagradable debido a la violencia física y psicológica a la que se vio expuesta por parte de su prima a los 7 años. Asimismo, refiere que no pudo superar la muerte de su tía hasta hace 3 años. A los 13 años presentó inconformidad con su cuerpo, indica haberse percibido con sobrepeso, lo que derivó en la ejecución de conductas compensatorias como: vomitar y privarse de comer por alrededor de 3 meses. A los 16 años intentó suicidarse tomando veneno para ratas motivada por una decepción amorosa. Respecto a su área emocional, la usuaria menciona no saber que le sucede ya que por periodos de tiempo presenta energía excesiva y después experimenta tristeza profunda, llevándola a huir de casa o aislarse.

Su historia de dependencia a drogas inicia a los 15 años consumiendo alcohol por presión de grupo; consume marihuana por primera vez a los 17 años motivada por amigos quienes le aconsejaron que la marihuana le hará sentirse mejor, dejándola a los 18 años dado que su último consumo le generó malestar corporal, vómitos y mareos; la frecuencia de fumar marihuana fue de dos veces por semana, también, a los 17 años, prueba cocaína y tabaco, consumiendo la sustancia por tres años, en el 2019 su consumo se vuelve compulsivo (4 veces por semana) escapándose de casa por 3 o 4 días. Además, señala que cuando no consumía la sustancia reaccionaba con agresividad, golpeando y rompiendo objetos, se descuidaba de su higiene personal, manteniéndose semanas sin asearse. A la misma edad de 17 años la llevan de emergencia al hospital Honorio Delgado-Hideyo

Noguchi tras a ver presentado un episodio de agresividad incontrolable, donde fue diagnosticada con trastorno bipolar, sin embargo, no continuó con tratamiento psiquiátrico ni psicológico, debido al desconocimiento de la enfermedad por parte de los familiares.

Medios para abastecer su consumo: Dinero obtenido en su trabajo de negocio familiar, propinas que la familia le facilitaba. Cuando no disponía de dinero para comprar la sustancia, optaba por intercambiar sexo por cocaína. Posteriormente su pareja sentimental le abastecía de droga a cambio de que se involucre en la venta de drogas.

Área familiar. Proviene de una familia disfuncional donde los padres presentaron conflictos en su relación durante la crianza de la usuaria. Padres separados sentimentalmente, pero cohabitan en la misma casa, asumiendo relación solo de padres más no de pareja. Se crió con ambos padres hasta los 7 años. Recibió una educación permisiva e indulgente. Después, se fue a vivir con su tía materna a la ciudad de Lima donde recibe maltrato físico y psicológico; sus padres refieren que “lo hicieron para protegerla”, ya que unos vecinos los alertaron que un familiar hacía tocamientos indebidos a su menor hija. En la convivencia con la tía y prima, la usuaria menciona que su tía “era muy buena” y que la quería. Esta fallece con cáncer, cuando la usuaria tenía 10 años, manteniéndose su duelo hasta los 13 años. Menciona que cuando tenía 7 años, su prima la violentó física y psicológicamente encerrándola en un cuarto oscuro, castigándola con correa e insultándola, en consecuencia, la usuaria crece con resentimiento hacia sus padres, principalmente hacia la figura materna.

Se le inculcó desde pequeña la religión católica, la cual guio su desarrollo personal. A los 10 años, regresa a vivir a Cajamarca con sus padres y su hermano mayor (21 años). Menciona que constantemente reclamaba a su madre por haberla abandonado. Mantiene una relación cercana y positiva con su padre y hermano, pero distante y conflictiva con su madre. Recibe una crianza pasiva por parte del padre y autoritaria por la madre.

Su padre se llama Juan (60 años) profesor de secundaria actualmente jubilado, cuenta con negocio propio, venta de ceviche en un restaurante. Presenta dificultades para dejar de tomar café (5 tazas de concentrado de café al día). La usuaria lo describe como responsable, puntual, noble, servicial, poco comunicativo y ansioso por realizar las cosas rápido. Madre Rosa (58 años) trabaja en el negocio familiar venta de ceviche, es descrita como amable, tierna y de carácter fuerte. Menciona que le gustaría que su madre dejara de fumar (fuma cerca de 3 cigarrillos diarios). Su hermano se llama Edgar (21 años) estudiante de ingeniería de una universidad estatal, lo considera como buen hermano, noble, honesto e inteligente. La familia pertenece a un nivel socio económico medio, cuenta con un negocio familiar ubicado en San Borja.

Antecedente familiar: Tío materno cuenta con diagnóstico de adicción al alcohol y una prima materna presenta el diagnóstico de depresión recurrente por más de 10 años.

Área escolar. La usuaria se consideraba como una alumna con rendimiento académico promedio alto en los niveles de primaria y secundaria. Refiere no haber presentado dificultades en su adaptación. En el 2019 postula a una universidad

estatal de Lima, en la carrera de contabilidad, quedándose por debajo de las vacantes brindadas por dicha universidad.

Área de pareja. La usuaria tuvo dos relaciones formales significativas. La primera relación duró 6 meses y finalizó por una infidelidad de su pareja. Actualmente lleva una relación de 1 año con una pareja drogodependiente (21 años), al cual describe como una persona fuerte, que sabe lo que quiere y perseverante. Menciona que sus padres no lo conocen y que la pareja le prometió que ambos se irían a vivir a EE.UU. Por otro lado, la usuaria refiere haber tenido 8 parejas sexuales, no establecía una relación formal de pareja por miedo a que la traicionen, 6 de sus parejas sexuales le proporcionaba droga a cambio de sexo. Inicia su vida sexual a los 16 años por presión de su primer enamorado; su segunda pareja formal es de nacionalidad venezolana (25 años), se dedica a la venta de drogas, duración de la relación de un año hasta antes de su internamiento. La usuaria se describe en una relación como desconfiada, insegura, posesiva y engreída. Menciona que en su práctica sexual no se cuidaba ya que conoce poco sobre métodos anticonceptivos y prevención de ITS debido a la enseñanza de su colegio por lo que desconoce sobre su efectividad.

3.1.4.3. Resultados de los instrumentos empleados

Inventario Clínico Multiaxial de Millón (MCMI II). Según los puntajes obtenidos en la prueba (ver Tabla 3), dentro de los patrones clínicos de la personalidad se evidencia rasgos elevados en esquizoide y evitativo. Frente a los rasgos esquizoides denota tendencia a mostrarse apática, distante e indiferente en situaciones sociales, además de presentar bajo interés por relacionarse con los demás. En cuanto a los rasgos evitativos, los indicadores muestran que los

evaluados con puntajes altos en esta escala presentan sentimientos de desconfianza al entorno por temor al rechazo, búsqueda de aceptación y aprobación, asimismo, suelen anticiparse a posibles hechos futuros lo cual les genera ansiedad y, por ende, evaden situaciones que pueden o no generar malestar. Siguiendo esta misma línea, en la escala pasivo-agresiva se obtuvo puntajes moderados, lo cual va asociado a comportamientos disruptivos que conllevan a un enfado explosivo con episodios de culpabilidad y vergüenza.

Por otra parte, sobre el grupo de patología severa de la personalidad, se revela un indicador moderado en paranoide, manifestado en actitudes de desconfianza y defensiva ante las críticas de los demás, además de inadecuada interpretación de los hechos ocasionando la aparición de pensamientos de daño.

Asimismo, los resultados evidencian un rasgo moderado de síndromes clínicos en distimia, lo que indica una alta predisposición a presentar un estado emocional de tristeza, desánimo o culpabilidad, carencia de iniciativa, baja autoestima y comentarios auto-desvalorativos. También se encontró un indicador moderado en ansiedad, lo cual devela señales de tensión, inquietud, susceptibilidad a los estímulos del ambiente donde demanda presión y cumplimiento de normas, y manifestaciones sensoriales como sudoración y dificultad para respirar. Por otro lado, dentro de los rasgos sugestivos se encuentra la dependencia a drogas, esto responde a una historia de consumo de drogas pasada, así como dificultad para reprimir sus impulsos.

Por último, se puede apreciar un indicador moderado de desorden delusional, el cual está relacionado con la predisposición a presentar tensión

persistente ante situaciones percibidas como difíciles o agobiantes y estar alerta ante una posible traición y ante las críticas de los demás.

Respecto a los puntajes bajos obtenidos en la prueba se encuentran: Trastorno bipolar (P:52) y depresión mayor (P:57).

Tabla 3

Puntuaciones cuantitativas del inventario de Millon

Indicadores	Puntaje	Categoría
Patrones clínicos de personalidad		
1 Esquizoide	113	Elevado
2 Evitativo	92	Elevado
8A Pasivo-agresivo	81	Moderado
Patología severa de personalidad		
P Paranoide	93	Elevado
Síndromes clínicos		
A Ansiedad	75	Moderado
D Distimia	77	Moderado
T Dependencia de drogas	73	Sugestivo
Síndromes severos		
PP Desorden delusional	78	Moderado

Escala de Depresión de Zung. En la escala de depresión obtiene un puntaje de 48 que la ubica en la categoría de depresión moderada, por lo que los resultados revelan que hay presencia de dificultad para conciliar el sueño, apatía, tristeza, distractibilidad, pérdida de interés por las cosas y disminución de la actividad, manifestadas al menos durante la última semana antes de la evaluación.

Tabla 4

Resultados de la prueba de depresión de Zung

Puntaje	Indicador
48	Moderada

Escala de Ansiedad de Zung. En la escala de ansiedad obtiene un puntaje de 60 que la ubica en la categoría de ansiedad severa. A partir de los resultados podemos identificar dificultad para concentrarse y mantenerse quieta, alteraciones en ciclo del sueño, movimientos involuntarios de las manos y preocupación, presentadas al menos durante la última semana según la consigna de la prueba. Todo lo descrito puede estar relacionado con al síndrome de abstinencia.

Los ítems con altos puntajes son: “me siento más nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre” (Ítem1), “me tiemblan las manos y las piernas” (Ítem 6), “me siento débil y me canso fácilmente” (Ítem 8), “puedo sentir que me late muy rápido el corazón” (Ítem 10), “orino con mucha frecuencia” (Ítem 16) y “siento bochornos” (Ítem 18); mientras que, los ítems con los puntajes más bajos son: “me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche” (Ítem 19) y “me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente” (Ítem 9).

Tabla 5

Resultados de la prueba de ansiedad de Zung

Puntaje	Indicador
60	Severa

Test Gestáltico Visomotor de Bender. Según los trazos y ejecución de la prueba, no existe indicadores de compromiso orgánico, las figuras son copiadas exitosamente, no se observa distorsiones de importancia en su ejecución.

Prueba de inteligencia para adultos (WAIS IV). En cuanto al Cociente intelectual (CIT), la usuaria presenta un puntaje global de 86 que corresponde a un coeficiente intelectual total de 89, ubicándola en la categoría por debajo del promedio.

Respecto a los índices de la prueba, las puntuaciones de las escalas de velocidad de procesamiento (IVP:103), razonamiento perceptivo (IRP: 95), comprensión verbal (ICV:90) se ubican en la categoría promedio. Mientras que el índice de memoria de trabajo (IMT: 66), en la categoría inferior.

En lo referente al nivel de rendimiento intelectual: en el área de Comprensión verbal, se encuentra en un nivel promedio en las sub escalas de semejanza, vocabulario y comprensión, esto implica que tiene una adecuada capacidad de formación de conceptos, razonamiento verbal, habilidad para separar detalles esenciales y no esenciales y cuenta con un adecuado léxico. Asimismo, presenta adecuado sentido común, juicio social y practicidad. Sin embargo, en la sub escala información presenta un nivel bajo, esto denota que la usuaria presenta dificultad para almacenar y recuperar información aprendida, así como un bajo nivel de cultura general. En el área de Razonamiento Perceptivo, la usuaria alcanza una puntuación que la ubica en nivel promedio en las escalas de cubos, matrices, puzzles visuales y balanzas, por lo que muestra una adecuada capacidad para el razonamiento serial, así como para la coordinación visomotora y organización perceptual. También, posee habilidad adecuada para la orientación espacial,

analizar y relacionar información. Por otro lado, presenta dificultades para centrarse en detalles no esenciales, sujeto a indicadores de ansiedad. En el área de Velocidad de Procesamiento, en las sub escalas de búsqueda de símbolos y Clave de números se obtuvo un puntaje que la ubica en un nivel promedio, denotando una adecuada capacidad para explorar, ordenar y discriminar información visual de manera rápida. En el área de Memoria de trabajo, alcanza una puntuación que la ubica en un nivel bajo en las sub escalas dígitos y aritmética, por lo tanto, posee dificultad en la comprensión y relación de conceptos cuantitativos y baja capacidad para realizar cálculos mentales reflejando deficiencia para retener en la memoria gran cantidad de información, además de presentar un nivel de concentración y atención deficiente.

Tabla 6

Resultados de la evaluación psicométrica de inteligencia

Prueba	Puntaje	Puntuación compuesta
Comprensión verbal	28	ICV:96
Razonamiento perceptivo	28	IRP:95
Memoria de trabajo	9	IMT:66
Velocidad de procesamiento	21	IVP: 103
Escala Total	86	CIT:89

3.1.4.4 Conclusión de la presunción diagnóstica. De acuerdo a los resultados obtenidos a través de la entrevista, evaluación psicológica e informe de psiquiatría se determina la siguiente presunción diagnóstica: Trastorno bipolar I con episodio reciente hipomaniaco F31.0 y síndrome de dependencia (F19.2).

En el caso presentado se evidencia un diagnóstico comorbido donde existe la presencia de un trastorno además del trastorno primario, es decir el diagnóstico primario en la usuaria fue el trastorno bipolar y posteriormente se desarrolla la dependencia a drogas. Esto se evidencia en la historia de vida de la usuaria donde desde edades muy tempranas empezó sentir cambios emocionales de un momento a otro generándole malestar, sus emocionales fluctuaban de irritabilidad o sensación de energía desbordante a tristeza, las cuales eran controladas con el consumo de café o dulces en exceso, además a estos estados emocionales le acompañaban pensamientos de minusvalía o de grandeza. Una de sus fases depresivas más resaltante lo experimento a los 16 años, cuando intenta quitarse la vida tras una decepción amorosa. Después de ese episodio la usuaria inicia su consumo de drogas ilegales como marihuana y cocaína, siendo esta última la droga más consumida por la usuaria.

En relación al trastorno bipolar según el CIE 10 (2018), la usuaria presenta características relacionadas a la presencia de episodio hipomaniaco, y en el pasado al menos ha sufrido un episodio maniaco, hipomaniaco, depresivo u otro trastorno del humor. En la usuaria se cumple los siguientes criterios: Humor irritable con intensidad elevado, con un periodo de tiempo de aproximadamente 4 días, inquietud física elevada, aumento de la locuacidad, distraibilidad, disminución del sueño y comportamiento irresponsable.

Diagnóstico diferencial. La usuaria del caso de estudio presenta como diagnóstico trastorno bipolar tipo I y está a comparación de los otros tipos de diagnóstico se diferencia en que los síntomas producidos y evidenciados no corresponden a una explicación por enfermedad médica o la ingesta de sustancias

psicoactivas, además difiere del trastorno bipolar tipo II, debido a que en la historia de vida de la usuaria ha presentado episodios maníacos y depresivos en reiteradas ocasiones. Por ende, no cumple con los criterios del trastorno bipolar tipo II, ya que no se evidencia que la usuaria solo haya tenido un episodio hipomaniaco y más episodios depresivos.

De acuerdo al Trastorno por consumo múltiple de sustancias psicoactivas, síndrome de dependencia (F19.2). Los siguientes síntomas se encuentran presentes en la usuaria del estudio de caso: ansias de consumir la sustancia, dificultad controlar el consumo en cantidades, frecuencias, inicio y término, presencia de tolerancia y síndrome de abstinencia, preocupación excesiva por el consumo de sustancias que ocupa mucho tiempo y genera que se abandone la ejecución de actividades de interés.

Diagnóstico diferencial. Los trastornos relacionados a la dependencia de sustancias deben distinguirse del consumo no patológico de sustancias por ejemplo bebedores sociales y del consumo de medicamentos por razones médicas. Por lo que, en la usuaria del caso de estudio se encuentran los siguientes indicadores que se aproximan al diagnóstico de dependencia a sustancias: episodios de intoxicación son repetidos e invariables generando síndrome de abstinencia y tolerancia. Mientras que en un consumidor social no se genera mayores daños.

Conclusión de la presunción diagnóstica psicológica. La usuaria presenta rasgos de personalidad evitativa ansiosa caracterizada por presentar poca disposición a relacionarse con personas que recién conoce por miedo a las críticas, presenta pensamientos de minusvalía, temor a ser el ridículo, equivocarse y que la juzguen por sus conductas.

3.1.4.5 Recomendaciones. En base al análisis e interpretación realizada a la información recopilada durante la evaluación, se recomienda lo siguiente:

- Continuar con tratamiento psicológico bajo el enfoque cognitivo conductual para desarrollar habilidades cognitivas, emocionales y conductuales para lograr conciencia de enfermedad y prevenir recaídas.
- Tratamiento psicológico dialectico conductual para el abordaje de trastorno bipolar.
- Terapia sistémica familiar para mejorar la relación de los miembros que conforman la familia.
- Continuar con tratamiento psiquiátrico para trabajar el trastorno bipolar y disminución de síntomas propios del síndrome de abstinencia.
- Continuar internamiento para la reeducación conductual y desarrollar motivaciones en la usuaria.

3.2 Intervención

Se realizó una intervención multidisciplinaria en la usuaria de estudio de caso, donde intervino el médico psiquiatra, enfermera, médico general y psicóloga. El médico psiquiatra intervino en el tratamiento del trastorno bipolar y síndrome de abstinencia logrando estabilizar a la usuaria. Asimismo, el médico tratante evaluaba a la usuaria una vez al mes por un periodo de 8 meses. La enfermera trataba las afecciones físicas de la usuaria durante su estadía en el centro, también se encargaba de brindar la medicación prescrita por el médico psiquiatra y médico general. El médico general intervino en las enfermedades físicas prescribiendo tratamiento según la necesidad de la usuaria. La psicóloga intervino en el desarrollo de habilidades cognitivas, conductuales y emocionales en la usuaria, involucrando a la

familia para el logro de los objetivos planteados, con la finalidad de que la usuaria logre un estilo de vida saludable con motivaciones para hacer frente a su enfermedad y pueda mantenerse en abstinencia.

A continuación, nos centraremos en el tratamiento psicológico por lo que es importante identificar la problemática que refuerza el trastorno de dependencia a drogas en la usuaria del caso.

3.2.1 Problema delimitado

Se realizará intervención cognitiva-conductual frente a la conducta adictiva de la usuaria en las siguientes áreas:

Respecto al área cognitivo, se evidencia conciencia de enfermedad nula, debido a que la usuaria desconoce presentar alguna enfermedad y no cuenta con información referente a los diagnósticos dados. Además, presenta pensamientos irracionales que fortalece su consumo de drogas. Por otro lado, presenta motivación baja para dejar de consumir sustancias y no cuenta con metas a corto, mediano y largo plazo.

En el área emocional, se visualiza dificultad en la identificación y manejo de emociones como la ansiedad, ira y tristeza. Y cuenta con pocos recursos para afrontar los síntomas del síndrome de abstinencia.

En el área conductual, se observa dificultad en seguir normas y reglas de convivencia. También el descuido de su cuidado y aseo personal. Finalmente dificultad para actuar frente a un conflicto.

En el área familiar, los miembros de la familia de la usuaria desconocen sobre las enfermedades trastorno por adicciones y trastorno bipolar. Además de presentar dinámica relacional conflictiva.

3.2.1.1 Análisis funcional de la conducta adictiva

Tabla 7

Análisis funcional de la conducta adictiva

Estimulo desencadenante	Organismo	Respuesta	Contingencias	Consecuencias
Internos	Antecedente Biológico	Conductual:	Refuerzo positivo	Consecuencias Inmediatas
<ul style="list-style-type: none"> • Culpabilidad por la discusión de sus padres. • Pensar que todo lo hace mal y no poder manejar las situaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno bipolar (diagnosticado en el 2017). • Prima materna con diagnóstico de depresión. recurrente de larga data (10 años en tratamiento). • Tío materno con diagnóstico de 	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de drogas: cocaína y cigarrillo. • Gritar o actuar con agresividad. • Llanto. incontrolable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alivio de malestar emocional. • Olvidarse de sus problemas. • Sensación de alegría. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de alegría producto de consumo. • Olvidarse de sus problemas. <p>Consecuencias posteriores</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Comparación con los demás. 	<p>dependencia al alcohol.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contención de amigos consumidores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bajones emocionales.
<ul style="list-style-type: none"> • Sentirse muy triste o muy feliz. 	<p>Vulnerabilidad Psicológica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Permanecer con la misma ropa por varios días / descuido de su higiene personal. 	<p>Refuerzo negativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas familiares.
<p>Externos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Afrontamiento de problemas evitativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escaparse de casa y permanecer fuera por varios días. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bajón emocional después de consumo de la droga. 	<ul style="list-style-type: none"> • Abandono de trabajo.
<ul style="list-style-type: none"> • Discusión entre sus padres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja tolerancia a los ruidos o gritos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Morderse los labios o sacarse la piel de los dedos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de abstinencia cuando cesa el consumo por un día. 	<ul style="list-style-type: none"> • Abandono de estudios.
<ul style="list-style-type: none"> • Llamada de atención por sus padres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencias de habilidades para el manejo emocional. 	<p>Emocional:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos de inferioridad “nada lo hago bien”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Llamadas de atención constantemente.
<ul style="list-style-type: none"> • Negación de un permiso por parte de los padres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Traumas producto de violencia física vivida en la infancia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza. 		<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos de inferioridad “nada lo hago bien”.
	<ul style="list-style-type: none"> • Intento de suicidio a los 16 años. 			

-
- Resentimiento hacia la figura materna.
 - Baja tolerancia a la frustración y dificultad.
 - Control de impulsos inadecuados.
- Ansiedad.
 - Enojo.
 - Culpabilidad.
 - Miedo.
 - Alegría intensa.

Vulnerabilidad Social o familiar

Cognitiva:

- Padres permisivos.
 - Dinámica relacional de los padres conflictiva.
- “no me quiero sentirse triste, no entiendo porque mis emociones cambian”.
 - “Todo lo hago mal, no sirvo para nada”.

-
- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Reglas y normas escasas en la convivencia.
• Padre consumidor de café (al día toma 5 tazas de café cargado).
• Madre consume cigarrillo (al día 3 cigarrillos).
• Grupo de pares que frecuenta: personas varones consumidores. | <ul style="list-style-type: none">• “la coca me ayuda a sentirme mejor”.
• “nadie me quiere”.
Fisiológico:
• Temblor de manos.
• Sudoración.
• Taquicardia.
• Sensación de calor |
|---|---|
-

3.2.2. Objetivos de la intervención

3.2.2.1 Objetivo General. Desarrollar habilidades cognitivas, emocionales y conductuales para el proceso de cambio de la conducta adictiva en la usuaria según el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente.

3.2.2.2 Objetivos Específicos

- Desarrollar conciencia de enfermedad sobre dependencia a sustancias psicoactivas en la usuaria.
- Desarrollar la capacidad para evaluar y reestructurar pensamientos irracionales que mantienen la conducta adictiva.
- Fortalecer estrategias de manejo emocional en la usuaria.
- Fortalecer estrategias de resolución de conflictos en la usuaria para enfrentar conductas de riesgo de recaída.
- Modificar patrones de comportamientos no saludables en la usuaria.
- Lograr involucrar a la familia en el cumplimiento de los objetivos terapéuticos planteados.

3.2.3. Técnicas empleadas en el proceso de intervención terapéutica

3.2.3.1 Técnicas cognitivas

La principal técnica cognitiva empleada para el presente caso es:

Reestructuración de pensamientos. Es una técnica terapéutica que busca identificar y confrontar pensamientos irracionales para generar un pensamiento más saludable. La identificación, bloqueo y reestructuración de pensamientos irracionales es un proceso que requiere constancia en la realización de la tarea, además logra que la usuaria se centre en su realidad y no se ensimisme con mayor frecuencia en los pensamientos irracionales que surgen de modo automático y que

muchas veces se han convertido en pensamientos que guían el accionar de la usuaria. Por tal motivo, la técnica es enseñada a la usuaria debido a que cuenta con una gama de pensamientos irracionales que justifican su consumo.

Técnicas secundarias empleadas en el caso:

Psicoeducación. Es una estrategia utilizada frecuentemente en la intervención psicológica, esta permite brindar a los usuarios información y desarrollar habilidades para afrontar situaciones conflictivas de modo saludable. La utilización de esta técnica tiene un rol protagónico en toda la intervención ya que primero se busca brindar información sobre los diagnósticos de la usuaria y de las técnicas empleadas para que posteriormente la usuaria pueda hacer uso de las herramientas brindadas y ejecutarlo en su día a día.

Distractores cognitivos. Técnica basada en cambiar el foco de atención de forma intencionada hacia otro estímulo que no genere ansiedad o actué como un distractor de aquel estímulo interno que está generando el malestar, esta técnica permitirá lograr que la usuaria bloquee flash back o recuerdos relacionado al consumo, si bien es cierto esta técnica no modifica el problema, pero ayuda a bloquear sensaciones.

Alto al pensamiento. Técnica utilizada para detener el curso de los pensamientos irracionales con la finalidad de que estas no generen gran impacto en la vida de la usuaria, y poder sustituirla por un pensamiento más funcional. Se escogió esta técnica debido a que la usuaria presenta pensamientos distorsionados en base a su internamiento y consumo de drogas que le conllevan a presentar cuadros de ansiedad y tristeza.

Análisis de casos. Consiste en presentar a la usuaria un conjunto de casos de experiencias reales con la finalidad de analizarlos, estudiarlos y buscar alternativas de afronte para cada situación.

Análisis funcional. Técnica orientada a analizar la conducta de la usuaria y del porque esta se mantiene. Se toma en cuenta el contexto, antecedentes, pensamientos y creencias. Se basa en operativizar los comportamientos relacionados al consumo que se quiere modificar y explicar que variables internas o externas del sujeto hacen que se mantenga dichos patrones comportamentales.

3.2.3.2 Técnicas emocionales

Diario emocional. Es una herramienta que permite a la usuaria realizar su descarga emocional, donde registra sus vivencias, emociones, pensamientos y formas de afrontar las diferentes situaciones. Este material permitirá en conjunto con la usuaria reconocer sobre la influencia de los pensamientos irracionales en el estado anímico y conductual.

3.2.3.3 Técnicas conductuales

Reforzadores positivos y negativos. Consiste en dar un premio o quitar algo negativo para el mantenimiento de una conducta adecuada. Ejemplo: Reforzador positivo (el no lastimarse los dedos, le llevará a la usuaria a obtener su llamada semanal con su familia) y reforzador negativo (las usuarias que no se lastiman los dedos, no harán laborales por una semana).

Castigo. Consiste en la aplicación de una consecuencia negativa frente a la ejecución de un comportamiento inadecuado o suprimir algo positivo cuando la usuaria realiza una conducta inadecuada. Por ejemplo: Cada vez que habla de consumo de drogas sin un objetivo, tendrá más laborales en el día (castigo positivo).

En cuanto al castigo negativo: Cada vez que la usuaria habla groserías se le restringirá el consumo de sus extras-golosinas.

Economía de fichas. Técnica psicológica de modificación conductual, consiste en que la usuaria se ganará puntos por llevar a cabo las conductas acordadas (cambiarse de ropa, cepillarse y peinarse todos los días, no gritar y respetar, no comerse la uña y arrancarse los pellejitos de la mano, mantener su cama bien tendida, no mezclar ropa sucia con limpia, mantener limpia y ordenada su gaveta de ropa y útiles de escritorio, ejecución y cumplimiento de tareas, etc.), el alcance de un determinado número de puntos le permitirá ser acreedora de un premio negociado con anterioridad.

Técnica de relajación progresiva de Jacobson. Técnica propuesta por Jacobson (1929) para el manejo de ansiedad, inicialmente la técnica consistía en más de 60 ejercicios musculares, pero Bernstein y Borkovec (1973) adaptan la técnica y reducen los ejercicios en 16 grupos musculares. Técnica utilizada debido a que la usuaria presentaba niveles altos de ansiedad propios del síndrome de abstinencia a sustancias. La técnica ayuda a la usuaria a mantener una concentración y atención focalizada en las reacciones de su cuerpo, aprender a destensar los músculos a través de ejercicios, bloquear por un momento sus preocupaciones y pensamientos logrando la relajación de su organismo.

Técnica de respiración profunda. La utilización de esta técnica es importante ya que permite a la usuaria ser consciente de cómo está respirando y a la par proporcionar tranquilidad y relajación. En el caso de estudio presentado, la usuaria presenta altos niveles de ansiedad, uno de los factores que lo desencadena es el síndrome de abstinencia por consumo de drogas, por lo que esta técnica

ayudará a regular su respiración y centrar la atención en su cuerpo y no en la necesidad de consumir.

Técnica de relajación imaginaria. Esta técnica ayuda a lograr en la usuaria la disminución de la ansiedad y estrés. Se busca el manejo de las emociones, la mente y el cuerpo para generar cambios deseados en el comportamiento.

Role Playing. También conocida como técnica de dramatización o juego de roles. La finalidad de la utilización de esta herramienta es lograr que la usuaria se ubique en diferentes tipos de situaciones simuladas y busque alternativas de afronte frente al caso. Asimismo, que logre ser más consciente de sus acciones.

Mensaje yo. Técnica de la comunicación asertiva, consiste en que la usuaria deberá dar su opinión o apreciación en primera persona y haciendo alusión que aquello que esta mencionando son sus percepciones y se responsabiliza por ello, no se busca etiquetar a los demás. Primero se describe la conducta del otro sin emitir juicios, luego se expresa el sentir y pensar, finalmente se plantea alternativas frente a la conducta. Se utiliza esta técnica porque la usuaria expresa sus pensamientos y sentimientos atacando a los demás.

Técnica del sándwich. El objetivo de la técnica es expresar críticas y rechazar conductas. Consiste en que la usuaria al momento de negar una conducta o brindar una crítica, primero da una información positiva, después la negación de la conducta y finalmente termina con un mensaje positivo.

Técnica del disco rayado. Herramienta utilizada para la negación de una conducta, la usuaria constantemente repite una frase o palabra con la intención de lograr desistir la propuesta de otra persona.

Dinámica “Retrocedo, pienso, analizó y doy una nueva interpretación de lo sucedido”. Dinámica orientada para la familia, consiste en realizar un conjunto de preguntas orientadas a seleccionar una experiencia en relación a la usuaria con adicción que genera sentimientos de culpa, tristeza, enfado o frustración, para analizar e identificar los pensamientos irracionales que generan el malestar con la intención de debatirlo y darle una nueva interpretación a lo sucedido.

3.2.4. Ejecución: Descripción del plan de intervención

La coordinación para la ejecución de las sesiones psicológicas se acordó con la jefa del departamento de psicología, estableciéndose sesiones una vez por semana.

La intervención psicológica se desarrolló en 8 meses (febrero a octubre de 2021) se contó con 46 sesiones de las cuales 34 sesiones fueron de intervención individual durante el internamiento de la usuaria desarrollada de modo presencial, realizadas una vez por semana con duración de 1 a 2 horas de intervención dependiendo las necesidades de la usuaria, 4 sesiones de seguimiento post internamiento con la paciente y familia, brindadas una vez por semana de modo virtual con duración de 1 hora, los primeros 45 minutos eran dirigidas para la usuaria y 15 minutos para los padres, a quienes se les brinda retroalimentación sobre los temas surgidos en las sesiones, y 8 sesiones psicoeducativos orientadas para la familia, dictadas una vez por mes por un promedio de 8 meses, mientras su familiar se encontraba internada. Véase en la tabla 8.

Tabla 8*Sesiones psicológicas brindadas*

Destinatario	Sesiones	Frecuencia	Medio
Orientado a la usuaria	34 sesiones	Una vez por semana	Presencial
Orientada a la familia	8 sesiones	Una vez por mes	Virtual
Seguimiento	4 sesiones	Una vez por semana	Virtual
Total	46 sesiones		

3.2.4.1. Sesión modelo. Las sesiones están estructuradas de la siguiente manera, al inicio de cada sesión se realiza un recuento semanal de la convivencia en la comunidad, se aclara dudas, se brinda soporte emocional, así mismo, se realiza la retroalimentación de su accionar frente a distintas situaciones vividas en el centro. Para la etapa de desarrollo, se prosigue con la revisión de las tareas brindadas en la anterior sesión, se retroalimenta y se continua con la intervención del tema programado utilizando un cuaderno para el registro de lo abordado en sesión. Al finalizar la sesión se termina con una reflexión y se deja una tarea para la próxima sesión.

3.2.4.2. Cronograma de trabajo.**Tabla 9***Plan de trabajo*

Sesión	Objetivo	Técnica o actividad	Materiales	Tiempo
<i>Reconocimiento y conciencia de enfermedad</i>				
Sesión 1	Realizar el encuadre psicológico.	Se explica a la usuaria sobre las reglas del centro a base de ejemplos.	Lista de reglas y convivencia del centro.	60 min.
Encuadre psicológico.		Además, se informa del modelo de		

convivencia del centro de rehabilitación.		tratamiento que se lleva en el centro.		
Sesión 2 Psicoeducación sobre drogas.	Psicoeducación sobre los diagnósticos presentados por la paciente.	Evaluación de saberes previos sobre las adicciones. Brindar información sobre los diagnósticos de la paciente. Tarea: Realizar la escalera del consumo asociado a su caso.	Laptop. Presentación PowerPoint. Cuaderno y lapicero.	60 min.
Sesión 3 Factores de riesgo, protección e implicancias de la conducta adictiva.	Lograr que la usuaria identifique sus factores de riesgo y protección ante la conducta adictiva y las implicancias en su vida.	Se explicará a la usuaria sobre los factores de riesgo y protección, y se ayudará a identificar los propios haciendo uso de casos. La usuaria realizará su inventario moral que ha ocasionado su consumo.	Laptop. Power Point. Cuaderno. Lapiceros.	60 min.
Sesión 4 Análisis funcional de la adicción.	Realizar el análisis funcional de la adicción de la paciente.	Enseñar a la usuaria sobre cómo se realiza el análisis funcional de su conducta adictiva.	Cuaderno. Lapiceros.	60 min.
Sesión 5 Adherencia al tratamiento post internado.	Concientizar sobre la importancia de continuar con el tratamiento psicológico y psiquiátrico después de su internamiento,	Psicoeducación. Análisis de casos.	Cuaderno. Lapiceros.	60 min.

presentando casos clínicos.				
Sesión 6 Psicoeducación sobre recaídas en la adicción.	Reconocer a la recaída como un proceso de la rehabilitación.	Psicoeducación. Análisis de casos. Autoregistros de los intentos por mantenerse en abstinencia.	Cuaderno. Lapiceros. Laptop.	60 min.
Sesiones 7 y 8 Prevención de recaída.	Analizar los factores de riesgo y protectores en su adicción. Análisis funcional de los factores de riesgo. Identificar los estímulos precipitadores para la recaída.	Psicoeducación Autoregistros de experiencias pasadas. Bloqueo de pensamientos. Distracción cognitiva.	Cuaderno. Lapiceros.	60 min.
Sesión 9 Prevención de recaídas. “Presentación de casos reales”.	Lograr que la usuaria analice los factores de riesgo y protectores del caso y busque alternativas de afronte.	Psicoeducación. Análisis de caso. Preguntas para confirmar la comprensión de la información por parte de la paciente.	Cuaderno. Lapiceros.	60 min.
Sesiones 10 y 11 Revisión y desarrollo de la tarea programada “análisis funcional de los factores de riesgo”.	Lograr que la usuaria tome conciencia de su actuar frente a determinada situación y busque alternativas de	Psicoeducación. Autoregistro del análisis funcional. Realizar preguntas para validar la	Hojas bond Cuaderno	60 min.

	<p>afrente y solución frente al problema.</p> <p>Identificar la cadena de asociaciones que conllevan al consumo.</p> <p>Modificar actitudes entorno a la recaída.</p>	comprensión de la paciente.		
<p>Sesión 12</p> <p>Motivaciones para mantenerse en abstinencia.</p>	<p>Identificar motivaciones en la rehabilitación de la paciente.</p> <p>Enlistar deseos y metas a lograr</p>	<p>Psicoeducación.</p> <p>Registro de metas o deseos que quiere lograr la paciente.</p>	<p>Cuaderno.</p> <p>Lapiceros.</p>	60 min.
<p>Sesión 13 y 14</p> <p>“Dinámica Motivacional”.</p>	Evidenciar como la motivación es importante dentro del mantenimiento de abstinencia.	<p>Psicoeducación.</p> <p>Role playing, donde la usuaria asume un rol de un caso y en base a ello actuar.</p>	<p>Cuaderno.</p> <p>Lapiceros.</p>	60 min.
<p>Sesión 15</p> <p>Proyecto de vida</p>	Enseñar y explicar sobre cómo elaborar un proyecto de vida.	<p>Psicoeducación.</p> <p>Esquema de proyecto de Vida.</p>	<p>Cuaderno.</p> <p>Lapiceros.</p>	60 min.
<p>Sesiones 16 y 17</p> <p>Seguimiento y revisión del proyecto de vida.</p>	Retroalimentar a la usuaria sobre su proyecto.	Esquema de proyecto de Vida.	<p>Cuaderno.</p> <p>Lapiceros.</p>	60 min.
Sesión 18	Elaboración de un horario de actividades a	Esquema de proyecto de Vida.	<p>Cuaderno.</p> <p>Lapiceros.</p>	60 min.

Horario de actividades a seguir post internamiento.	seguir post internamiento.			
<i>Reestructuración Cognitiva</i>				
Sesión 19 Psicoeducación sobre pensamientos irracionales y la afectación en la vida.	Brindar información sobre pensamientos irracionales.	Explicación de cómo los pensamientos irracionales influyen en nuestras emociones.	Cuaderno. Lapiceros.	60 min.
Sesión 20 Autoregistros de pensamientos bajo el modelo ABC.	Lograr que la usuaria identifique situaciones, pensamientos irracionales y las consecuencias.	Psicoeducación. Autoregistros.	Cuaderno. Lapiceros.	60 min.
Sesiones 21, 22 y 23 Debate de pensamientos irracionales y reestructurarlo a un pensamiento racional.	Lograr que la usuaria pueda reestructurar pensamientos irracionales.	Psicoeducación. Reestructuración cognitiva. Autoregistros.	Cuaderno. Lapiceros.	60 min.
Sesión 24 Bloqueo de pensamientos y Distractores Cognitivos.	Enseñar técnicas para bloquear pensamientos.	Técnica bloqueo de pensamientos. Técnica de distractores cognitivos.	Cuaderno. Lapiceros.	60 min.

Manejo de la ansiedad y reconocimiento de otras emociones

Sesión 25 “Craving y síndrome de abstinencia”. Estrategias para disminuir el craving.	Identificación y del craving y del síndrome de abstinencia. Se brinda estrategias para el manejo del craving.	Revisión del diario emocional y retroalimentación. Explicación del tema a través de una presentación de Power Point. Análisis de experiencias de la usuaria cuando estaba sin consumo y análisis de caso. Se enseña a bloquear y debatir pensamientos de consumo y la utilización de distractores cognitivos.	Cuaderno de diario emocional. Laptop. Power Point.	60 min.
Sesión 26 Manejo de la Ansiedad. “Técnica de respiración y relajación”.	Explicar sobre la ansiedad y enseñar técnicas de respiración y relajación.	Psicoeducación Técnica de respiración profunda. Técnica de relajación progresiva de Jacobson.	Cuaderno.	60 min.
Sesión 27 Técnica de la relajación imaginaria	Lograr que la usuaria logre ejecutar la técnica de relajación imaginaria	Se induce a la usuaria a la imaginación a través de la presentación de un conjunto de estímulos agradables donde la usuaria lo recreará en la mente.	Camilla. Música de relajación.	60 min.

Sesión 28 Reconocimiento de emociones.	Identificar y reconocer la importancia de las emociones.	Se explicará a través de una presentación de power point sobre las emociones.	Laptop. Power Point. Cuaderno. Lapiceros.	60 min.
Sesión 29 Manejo y reconocimiento de la tristeza.	Canalizar de forma saludable la tristeza.	Autoregistros.	Cuaderno. Lapiceros.	60 min.
Sesión 30 Manejo y reconocimiento de la ira y frustración.	Brindar técnicas de afronte de la ira y frustración.	Técnica del semáforo. Técnica de tiempo fuera.	Cuaderno. Lapiceros.	60 min.
<i>Modificación conductual</i>				
Sesión 31 Comportamientos inadecuados. Técnicas de modificación conductual.	Reconocimientos de conductas inadecuadas. Enlistar conductas deseadas en la usuaria y planteamiento de sus reforzadores.	Se hará una lista de conductas a mejorar en la paciente. Se acordará sobre premios que la usuaria obtendrá por el logro de una conducta, asimismo, sobre los castigos que obtendrá en caso de no cumplir los acuerdos. Las técnicas a utilizar son: reforzamiento positivo, negativo, castigo y economías de ficha y contrato conductual.	Cuaderno. Lapiceros. Hojas de autoregistros.	60 min.

Resolución de conflictos

Sesión 32 Psicoeducación sobre la resolución de conflictos.	Explicar sobre la resolución de conflictos Enseñar técnicas para la resolución de conflictos.	Psicoeducación. Pasos para identificar un problema. Pros y contras de las alternativas de solución de conflictos.	Cuaderno. Lapiceros.	60 min.
--	--	---	-------------------------	---------

Sesiones 33 y 34 Comunicación asertiva “Capacidad de decir no”	Explicar sobre la comunicación asertiva Lograr que la usuaria pueda negarse o rechazar peticiones.	Psicoeducación. Técnica del disco rayado. Técnica del sándwich. Role playing Técnica “Mensaje yo”.	-Power point	60 min.
--	---	--	--------------	---------

Sesiones de seguimiento desde el 35 al 38

Talleres psicológicos para la familia

Sesión 1 Conceptos básicos sobre la	Psicoeducación sobre drogas.	Brindar la información a los padres con la ayuda de diapositivas.	Laptop. Presentación Power Point.	60 min.
--	------------------------------	---	--------------------------------------	---------

dependencia a las drogas.		Elaboración de línea de tiempo de consumo de la paciente.		
Sesión 2 Factores de riesgo y protectores en la adicción.	Psicoeducación sobre factores de riesgo y protectores en la adicción.	Análisis de casos presentados en sesión.	Laptop. Presentación Power Point.	60 min.
Sesión 3 Mecanismos psicológicos en la adicción.	Psicoeducación en mecanismos psicológicos en la adicción.	Brindar la información a los padres con la ayuda de diapositivas.	Laptop. Presentación Power Point.	60 min.
Sesión 4 Trastorno bipolar.	Psicoeducación en el trastorno bipolar.	Brindar la información a los padres con la ayuda de diapositivas.	Laptop. Presentación Power Point.	60 min.
Sesión 5 Comunicación intrafamiliar.	Analizar formas de comunicación en la familia.	Brindar la información a los padres con la ayuda de diapositivas. Presentación de casos.	Laptop. Presentación Power Point.	60 min.
Sesión 6 Marcar límites y reglas claras en el acompañamiento del paciente.	Concientización de mantener en casa reglas y normas claras.	Brindar la información a los padres con la ayuda de diapositivas.	Laptop. Presentación Power Point.	60 min.
Sesión 7 Ansiedad en los padres.	Manejar adecuadamente la ansiedad en los padres.	Brindar la información a los padres con la ayuda de diapositivas.	Laptop. Presentación Power Point.	60 min.

Técnica de relajación de Jacobson				
Sesión 8	Identificar y Expresar emociones.	Se brindó información sobre las emociones a través de análisis de casos.	Laptop.	60 min.
Taller vivencial: Emociones y sentimientos.	Asumir responsabilidades.	Se utilizó la técnica role playing.	Presentación Power Point.	
		Utilización de la Dinámica “Retrocedo, pienso, analizó y doy una nueva interpretación de lo sucedido”		

3.2.4.3. Consideraciones éticas. Con respecto a los principios éticos del estudio de caso, se buscará en todo momento respetar y cumplir los principios de beneficencia y no maleficencia en el proceso de intervención. Asimismo, es importante recalcar que no se adjuntará en la sección anexos el consentimiento informado de la usuaria ya que el estudio de caso se dio posterior a la intervención psicológica, pero si se cuenta con el consentimiento informado de la comunidad terapéutica para hacer uso del caso intervenido.

Beneficencia. Este principio implica salvaguardar el bienestar de la persona en todo momento, lo cual se respetará en el estudio de caso, debido a que las pruebas y métodos utilizados no generan ningún daño físico ni psicológico en la usuaria. Asimismo, al finalizar la intervención psicológica se brinda a la usuaria y familia un informe de logros. Por otro lado, la prioridad fue intervenir con técnicas basadas

en evidencia científica sobre el consumo adictivo de sustancias, a fin de contribuir en el proceso de rehabilitación de la usuaria.

No maleficencia. Durante el proceso de intervención, en ningún momento se sometió a la usuaria a situaciones que puedan afectar su integridad, se protegió su identidad a través de la confidencialidad de los datos obtenidos. Asimismo, en el proceso de intervención psicológica se tuvo en cuenta las limitaciones de las capacidades y conocimientos con la finalidad de que no se tolere practicas injustas en la usuaria, siendo supervisada por una psicóloga colegiada y experta en el tema. Además, este estudio solo se dio con fin académico científico.

3.2.5. Indicadores de logro

Para el área cognitiva los indicadores de logro son:

- Incrementar conocimiento sobre la conducta adictiva a través de la entrega de actividades programadas: la usuaria conoce sobre su enfermedad, las implicancias en las áreas de su vida y beneficios de modificarla. Asimismo, reconoce la importancia de continuar con tratamiento psicológico (cumple con actividades propuestas) y psiquiátrico (pendiente a los horarios en las que toma la medicación). Además, ejecuta un proyecto de vida donde plasma sus motivaciones y metas a alcanzar a corto, mediano y largo plazo.
- Debatir y modificar pensamientos irracionales: la usuaria identifica pensamientos y logra debatirlos encontrando alternativas de pensamientos saludables que se ajusten a la realidad.

Para el área emocional los indicadores de logro son:

- Incrementar la ejecución de estrategias para el manejo de emociones: La usuaria identifica la intensidad de sus emociones: ansiedad, tristeza e ira; y busca reducir su malestar emocional ejecutando las técnicas de relajación, respiración, tiempo fuera y distractores cognitivos, evitando aislarse, encerrarse en el baño y generarse lesiones en los dedos.

Para el área conductual los indicadores de logro son:

- Incrementar estrategias para el manejo de conflictos: la usuaria pone en práctica su capacidad de escucha, respeta los silencios y emite su opinión de forma asertiva, si su opinión no coincide con los demás, valida lo expuesto por el otro. Evita gritar e imponer sus ideas buscando llegar a un acuerdo.
- Incrementar patrones de comportamientos saludables: La usuaria incrementa conductas de autocuidado como asearse y cambiarse de ropa; y mantener limpia sus pertenencias. Asume funciones dentro de la comunidad y las ejecuta con responsabilidad disminuyendo la obtención de medidas de corrección de conducta.

Indicador de logro transversal orientado a la familia

- Involucración familiar en el proceso de tratamiento de la usuaria: Los padres de la usuaria asisten a todos los talleres psicoeducativos sobre las adicciones y otras patologías, participan activamente realizando preguntas. Se logra la concientización a la familia sobre las patologías de su familiar para que actúen como un factor protector para el logro de los objetivos terapéuticos en la usuaria.

3.2.6. Monitoreo y evaluación de la intervención

Los instrumentos utilizados que nos permiten llevar a cabo las mediciones de los logros alcanzados son:

Registro de economía de fichas. Empleado para medir comportamientos que se desea instaurar, de forma semanal y quincenal. Esta estrategia nos permite especificar conductas que se quiere incrementar en la usuaria, el registro se da todos los días y se refuerza la conducta de forma semanal. La ficha conductual se armó en conjunto con la usuaria, se establecieron los reforzadores y los puntajes a alcanzar para ganar un reforzador. La supervisión del cumplimiento de las conductas quedó a cargo de una usuaria cuyo cargo es de hermana mayor, su función fue de colocar los puntajes a la usuaria. Los fines de semana en sesión con la usuaria se evaluaba su conducta y se brindaba la retroalimentación.

Lista de cotejo. Empleada para medir aspectos cognitivos, emocionales, fisiológicos y comportamentales. Este instrumento nos permite medir y evaluar conductas, emociones y pensamientos latentes en la estadía de la usuaria, la lista de cotejo se revisa cada 15 días.

Informes escritos y verbales semanales. Fueron brindados por la psicóloga de turno que se queda en el centro de lunes a viernes. Dentro del centro terapéutico se maneja registros de comportamientos e incidencias que suceden durante la semana en las usuarias y al momento de cambio de turno se brinda el reporte de cada usuaria para que se realice el abordaje establecido.

Registro de un diario emocional. Técnica que nos permite conocer a través de los escritos la percepción, estado emocional y conductual de la usuaria en su día a día, además nos brinda información de cómo la usuaria va reconociendo y

manejando sus estados emocionales, asimismo, nos permite identificar pensamientos irracionales para después realizar la reestructuración cognitiva de la misma.

Cuaderno de correctivos. Se registra conductas inadecuadas de las usuarias. El cuaderno de correctivo se registra todos los días, donde se coloca comportamientos a corregir presentados en su día a día de la usuaria como actuar impulsivamente, gritar, no pedir permiso, conversar entre usuarios con poco tiempo de estadía, utilizar replanas o hablar de consumo, etc. Un acumulado de 3 correctivos al día conlleva a que la usuaria medite sobre sus conductas, más de 5 correctivos al día, la usuaria realiza terapia de pulpo esto significa que realiza más laborales a comparación de otras usuarias y más de 18 correctivos a la semana la usuaria ingresa a aprendizaje, medida mayor que consiste en realizar laborales todo el día, terapia de silencio, lectura de biblia y no cuenta con beneficios como ver televisión y recibir extras (golosinas).

Prueba psicométrica para la evaluación de la ansiedad. La escala de ansiedad de Zung permitió obtener datos cuantitativos del estado emocional de la usuaria para medir y comparar los resultados hallados antes y después de la intervención.

CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. Descripción de los resultados

El proceso de intervención consto de 46 sesiones terapéuticas, de las cuales 34 sesiones se dieron durante el internamiento de la usuaria, 8 sesiones a nivel familiar cuando la usuaria se encontraba internada y 4 sesiones de seguimiento post internamiento. El abordaje se dio a nivel de las 4 esferas de la persona (emocional, cognitivo, conductual y familiar) con la finalidad de desarrollar habilidades cognitivas, emocionales y conductuales para el proceso de cambio de la conducta adictiva. Para evaluar los resultados se trabajó con autoregistros, lista de cotejos, economía de fichas, informes verbales y escritos, diario emocional, registro conductual y prueba psicológica de ansiedad de Zung.

Tabla 10

Actividades para el logro de conciencia de enfermedad

Actividades realizadas	Hallazgos	Logros	Instrumentos de verificación
Adicciones y enfermedades Comórbidas.	<p>La usuaria desconoce sobre la enfermedad de las adicciones y los efectos producidos en el organismo, no lo considera como una enfermedad ya que tiende a realizar comparaciones con su círculo de amigos, utilizando como justificación: “mis amigos también consumen y no están internados”, a la vez menciona que no sabe que le sucede porque por momentos considera sentirse bien, tranquila, luego pasa a estar con mucha energía y finalmente la tristeza se apodera de ella y para evitar sus emociones tiende a consumir.</p>	<p>La usuaria obtiene información acerca de su trastorno por adicción a sustancias y bipolaridad. Logra reconocer las consecuencias de su consumo compulsivo, identifica los efectos que producía el consumo de cocaína en su organismo y del porque su intento de abandono no funcionaba. Además, comprende del porque sus emociones cambian de estadios de depresión a manía (euforia y vitalidad) sin motivo aparente.</p> <p>Usuaría conoce sobre sus enfermedades: Trastorno por dependencia a sustancias y trastorno bipolar.</p>	<p>Para medir el cumplimiento de las actividades programadas para la usuaria se utilizó una lista de cotejo.</p>
Escalera del consumo y reconocimiento de los	<p>Se identifica en la usuaria el desconocer cuando su consumo se tornó adictivo, menciona “no sé</p>	<p>La usuaria identifica como su consumo social fue tornándose compulsivo, reconociendo las fases de</p>	

<p>mecanismos psicológicos de la adicción.</p>	<p>cuándo ya no podía dejar de consumir, antes lo controlaba”.</p> <p>Se observa en la usuaria los siguientes mecanismos de adicción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Negación: Tiende a utilizar los siguientes pensamientos “mi familia es la que está mal, ellos discuten, yo solo quiero tranquilidad”, “consumo cocaína, pero igual trabajo” • Racionalización: Los pensamientos predominantes son “si mis amigos consumen porque yo no”, “mi tío también consume drogas y no está internado” “no le hago daño a nadie, es más a nadie le importa si consumo o no” 	<p>su consumo: experimental, social, problemática y adictivo, además de reconocer sus factores desencadenantes que la conllevan a ingerir la sustancia.</p> <p>Respecto a los mecanismos de la adicción, la usuaria logra reconocer las formas de justificación de su consumo evidenciadas en los siguientes pensamientos “mi familia me está dando una gran oportunidad de cambio, ellos tenían conflictos pero no tenía nada que ver conmigo, los ruidos y las peleas me abrumaban y vi como una opción el consumir para olvidarme de mis problemas y ya estos últimos meses no podía controlar mi consumo, reconozco que no estaba bien, hay otras formas de calmar mis emociones”</p>
--	--	---

-
- Autoengaño:
“consumo cuando quiero y lo puedo controlar”

Factores de riesgo y protectores	Usuaría desconoce que son los factores de riesgo y protectores de su enfermedad y como estas influyen en su vida.	Reconoce que manejar dinero en exceso, estar en inactividad, frecuentar fiestas donde hay exposición de sustancias, amigos de consumo, salir a altas horas de la noche, el buscar aprobación de sus pares, el manejo inadecuado de conflictos y de sus emociones, actúan como factores de riesgo para volver a consumir cocaína. Por otro lado, identifica a su familia como un factor protector.
Prevención de recaídas, adherencia al tratamiento y motivaciones para mantenerse en abstinencia.	La usuaria desconoce sobre su enfermedad niega la posibilidad de recaídas en un futuro. Desconoce sobre la importancia de continuar con tratamiento psicológico y psiquiátrico	La usuaria comprende que puede ser vulnerable ante una posible recaída por lo que obtiene estrategias para sobreponerse ante ello, como el detectar las situaciones de riesgo, analizar las posibles consecuencias y actuar.

		<p>Asume como compromiso continuar con tratamiento psiquiátrico y psicológico para manejar su diagnóstico de bipolaridad y adicción.</p> <p>Asimismo, percibe como motivación a futuro el poder disfrutar de viajes con su familia, estudiar en una universidad la carrera de derecho y desarrollar una empresa de accesorios.</p>
<p>Ejecución de un proyecto de vida.</p>	<p>La usuaria presenta ideas superficiales y dudas acerca de que quiere realizar a un corto, mediano y largo plazo en su vida.</p>	<p>Se logra la ejecución de un proyecto de vida, donde la usuaria a nivel personal plasma lo siguiente:</p> <p>Continuar con tratamiento psicológico y psiquiátrico. A nivel académico prepararse para estudiar la carrera de Derecho. A nivel familiar fortalecer los vínculos afectivos y recuperar la confianza de sus padres.</p>

En la tabla 10 respecto al indicador 1: “Incrementar conocimiento sobre la conducta adictiva a través de la entrega de actividades programadas”, se observa la evolución de la usuaria en el desarrollo de conciencia de enfermedad. Inicialmente la usuaria desconocía toda información referente a la adicción y patologías

comorbidas, utilizaba mecanismos de negación, racionalización y autoengaño para justificar su consumo de sustancias, contaba con motivaciones nulas o parciales para dejar de consumir, presentaba incertidumbre acerca de las metas a alcanzar en su vida. Posterior a la intervención se logró en la usuaria conciencia de enfermedad evidenciada en la obtención de conocimientos sobre la conducta adictiva, conciencia sobre las enfermedades que padece, las implicancias de su enfermedad en áreas de su vida y reconoce los beneficios de modificar sus comportamientos para lograr su recuperación, se logra desarrollar motivaciones para mantenerse en abstinencia a través de la identificación y estructuración de un proyecto de vida. Además, se observa compromiso en la continuidad de su tratamiento psicológico y psiquiátrico durante el internamiento terapéutico y post internamiento evidenciadas en la etapa de seguimiento, donde la usuaria cumple con las sesiones psicológicas y psiquiátricas virtuales programadas. La técnica utilizada para el logro del indicador fue la psicoeducación donde se brindaba información sobre la adicción haciendo uso de análisis de casos para que posteriormente la usuaria elabore su análisis funcional y ejecute las actividades o tareas adaptando el tema con su historia personal.

Tabla 11

Modificación de pensamientos irracionales a pensamientos adaptativos

Pensamientos irracionales ligadas al consumo	Pensamientos adaptativos	Instrumentos de verificación

<p>“Consumo porque me hace sentir bien, ya no siento ese vacío”.</p>	<p>“El consumir cocaína me calmaba mis emociones de tristeza y desesperanza, me transportaba a un mundo irreal pero solo era momentáneo ya que cuando se terminaba los efectos me sentía peor que antes y buscaba otra vez consumir, me hacía daño, ahora reconozco mi enfermedad, se porque tengo episodios depresivos y que no está mal sentirse triste, he encontrado formas de calmar mis emociones”.</p>	<p>Se utilizó el registro de pensamiento ABCDE para identificar, cuestionar y cambiar el pensamiento irracional.</p>
<p>“Consumo para olvidarme de mis preocupaciones, además te da alegría”.</p>	<p>“Antes creía que consumir me hacía sentir bien, pero al contrario me traía más problemas en mi casa, descuide mis estudios y me estaba exponiendo a muchos riesgos, la droga no te da felicidad solo te destruye”.</p>	<p>También se hizo uso de un diario emocional para registrar e</p>
<p>“Yo puedo controlar mi consumo, mis padres exageran”.</p>	<p>“Reconozco que no puedo controlar mi consumo, antes solo consumía los fines de semana, pero desde el año pasado ya consumía entre 4 a 5 días continuos me estaba mintiendo ya no podía parar de consumir y si lo hacía me sentía mal y recurría otra vez a consumir”.</p>	<p>identificar los pensamientos irracionales.</p>

“Si consumo es por culpa de mis padres, ellos pelean mucho”. “Consumía porque quería, no por culpa de mis padres, encontré en la droga refugio a mis emociones y problemas, pero no solucionaba nada solo empeoraba mi situación, ahora asumo mi responsabilidad”.

“Consumo, pero igual cumplo con mi trabajo”. En los últimos meses ya faltaba al trabajo y si iba me sentía irritable, hacia las cosas con desgano, solo quería salir a consumir. Mi adicción ya me estaba perjudicando en todo”.

“El alcohol no es una droga, mi familia toma”. “Mis tíos consumen alcohol, ahora sé que es una droga legal, ellos no tienen adicción son bebedores sociales, pero si yo tomase alcohol me activaría y me llevaría a consumir cocaína porque yo ya tengo la enfermedad. Me puedo divertir sin ninguna sustancia, aprendí aquí a disfrutar de las cosas sin necesidad de estar bajo los efectos de la droga, todas bailamos y reímos cuando se festeja el cumpleaños de una hermana y es agradable disfrutar de esa forma”.

“Lo que tengo no es grave, solo es voluntad”. “Voluntad no basta para recuperarme, cuando consumía he intentado dejarlo, pero no podía, necesitaba estar internada y llevar

terapia para tener estrategias y hacer frente a mi adicción”.

“Mi consumo no ha generado problemas a mi familia, no les importa lo que me pasa”.

“Mi adicción a lastimado a mis padres y hermano, ellos me rogaban para dejar de consumir y no les hacía caso, con mi enfermedad no solo me he lastimado a mi sino también a los demás, ahora me están dando una gran oportunidad de cambiar mi vida y pienso retribuirlos con mi recuperación”.

“Tengo amigos que consumen y no son felices, físicamente se ven mal, me gustaría ayudarlos, pero no puedo tener que priorizarme”.

En la tabla 11 respecto al indicador 2 “Debatir y modificar pensamientos irracionales”, se observa que la usuaria modifica pensamientos irracionales que emplea para justificar su consumo, logrando un pensamiento más adaptativo y realista. A inicios de la intervención la usuaria verbalizaba pensamientos arraigados acerca de no contar con una enfermedad por consumir drogas, haciendo referencia que sus amigos y familiares también consumen; asimismo, señala que le ayudaba a controlar sus emociones, a olvidarse de sus problemas y desplazaba responsabilidad del consumo a sus padres, minimizando las consecuencias de su conducta. Al finalizar el tratamiento se logró que la usuaria reestructure pensamientos que

justifican su consumo, también que asuma responsabilidad de sus actos, que reconozca la adicción como una enfermedad grave, que identifique los costos que genera su consumo y tome conciencia que no es la solución para manejar sus emociones y problemas. Para la recolección de información se empleó la técnica de autoregistro de pensamientos y diario emocional.

Respecto al indicador 3: “Incrementar la ejecución de estrategias para el manejo de emociones”, la usuaria logra ejecutar estrategias para reconocer y manejar sus emociones de ansiedad, ira y tristeza. Inicialmente para medir los niveles de ansiedad que presentaba la usuaria se utilizó la prueba psicométrica de ansiedad de Zung donde obtiene como resultado un puntaje de 60, que la ubica dentro del rango ansiedad severa; resaltando la frecuencia de los siguientes indicadores: mayor nerviosismo, temblor involuntario de manos y piernas, fatigabilidad, taquicardia, orinar con mucha frecuencia, bochornos, insomnio e inquietud. Asimismo, al finalizar la intervención psicológica se aplicó la misma prueba obteniendo como puntaje 40, que la ubica en el rango de ansiedad normal; logrando disminuir a un nivel bajo los síntomas de ansiedad antes mencionados. Para el manejo de la ansiedad la usuaria utilizó técnicas de relajación, respiración, distractores cognitivos, alto al pensamiento y el uso de un diario emocional. Por otro lado, respecto al manejo de sus emociones, al iniciar el tratamiento psicológico la usuaria presentaba dificultad para identificar adecuadamente sus emociones, ante la pregunta de cómo se sentía solo mencionaba estar bien o sentirse molesta, reaccionando con agresividad, gritando, aislándose, llorando desconsoladamente y generándose heridas en los dedos. Tras la intervención psicológica se observa mejoras en la usuaria logrando que identifique sus emociones, los nombre

adecuadamente, evita aislarse, comunicando su sentir, busca acercarse al personal de turno, pide permiso para tener espacios y poder desahogarse sin generarse daños, evalúa sus emociones antes de reaccionar, optando por estrategias de lavarse la cara, tiempo fuera, distractores cognitivos, relajación y respiración y cuestiona aquello que generó su emoción. Para la medición de logro de los indicadores se usó la escala psicométrica de Zung y una lista de cotejo.

Tabla 12

Estrategias para el manejo de conflictos durante el inicio y fin de la intervención

Conducta	Hallazgos	Logros	Instrumentos de verificación
Estrategias para el manejo de conflictos	La usuaria ante situaciones que demanda su intervención y solución de conflictos, utilizaba como estrategias el gritar, ignorar, evadir, llanto inmotivado, culpar a los demás, planear o	La usuaria logra el desarrollo de conductas asertivas para el manejo de conflictos, como capacidad de escucha, opiniones distintas, se expresa adecuadamente utilizando como estrategia “el mensaje yo”, busca alternativas de solución ante un	Para la medición de las conductas a desarrollar se usó una lista de cotejo y cuaderno de correctivos donde se registra comportamientos de la usuaria en su convivencia.

involucrarse en conductas inadecuadas como fugas.	conflicto, responsabilidades de liderazgo de usuarias con menor tiempo de estadía enfrentándose constantemente a la búsqueda de alternativas de solución en su convivencia.	asume Se recopila datos en de la conducta ejecutada a través del informe brindado por el personal de salud de turno.
---	---	--

En la tabla 12 respecto al indicador 4: “Incrementar estrategias para el manejo de conflictos”, la usuaria durante los primeros meses de internamiento evidenció las siguientes dificultades: hablar de forma agitada, la mayor parte del tiempo gritaba y lloraba, hacía uso de replanas al momento de expresarse. Asimismo, presentaba dificultades en escuchar a los demás, ante un conflicto o llamada de atención frente a su accionar, la usuaria emitía comportamientos infantiles gritando y tapándose los oídos. Presentaba limitaciones para plantear alternativas de solución frente a una situación, utilizando como estrategia imponer sus ideas, realizaba quejas o esperaba que el personal ayude a resolver las incidencias que surgían en la convivencia. Después de la intervención aprende a escuchar y respetar los turnos cuando otra de las usuarias emite una opinión, se expresa de forma calmada y asertiva, rechaza asertivamente conductas de riesgo tales como involucrarse en acciones de fuga. Además, presenta iniciativa en

ejecutar conductas y propone formas de solucionar conflictos, por lo que asume el cargo de hermana mayor en la comunidad terapéutica. Se usó como estrategia el empleo de las técnicas de disco rayado, sándwich, mensaje yo, terapia de silencio y escucha.

Tabla 13

Adquisición de patrones de conductas saludables

Conducta deseada	Hallazgos	Logros	Instrumentos de verificación
Cambiarse de ropa.	El primer mes frente a la conducta cambiarse de ropa, obtuvo un acumulado de 27 correctivos, lo cual indica que la usuaria permanecía con la misma ropa y solo cuando se le indicaba se cambiaba, además también es importante considerar que en ese periodo de tiempo la usuaria presentaba	Al finalizar la intervención usuaria obtiene dos correctivos llamadas de atención respecto a su aseo personal, evidencia mayor compromiso con su higiene y aliño personal.	Se evalúa las conductas a través del uso de una economía de fichas y un cuaderno de correctivos.

	síntomas propios del	
	síndrome de	
	abstinencia.	
Pertenencias	En el primer mes	En el último mes de
limpias y ordenadas.	obtuvo 21 correctivos debido a que la ropa estaba desordenada dentro de la gaveta, además esta se encontraba sucia, los útiles de escritorio y sus cuadernos estaban maltratados y sucios, además de acumular papeles o cosas para desechar.	tratamiento la usuaria obtuvo 4 correctivos por aspectos mínimos de cuidado de sus pertenencias, se evidencia responsabilidad en la administración de sus cosas y en su cuidado.
No generarse heridas en los dedos.	La usuaria en el primer internamiento obtuvo 18 correctivos debido a que los dedos de ambas manos se encontraban con heridas, frente a esta	Al finalizar el tratamiento la usuaria, no obtiene correctivos por tener los dedos con heridas, observándose mejor manejo de sus

conducta, la usuaria emociones

refiere no darse evidenciadas en esta
cuenta cuando lo conducta.

hace, además de tener

en cuenta que en

dicho mes la usuaria

presentaba

sintomatología del

síndrome de

abstinencia.

No hablar de fuga o de consumo.
En el primer mes de internamiento, usuaria estuvo involucrada en planes de fuga, además de pedir cigarrillo y hablar de su consumo con otras usuarias sin un objetivo terapéutico, por lo que obtiene 15 correctivos.
Al finalizar el tratamiento la usuaria no obtiene correctivos por dicha conducta, al contrario, informa al personal asistencial si alguna usuaria habla de consumo sin fines terapéuticos o planea escaparse de la comunidad.

En la tabla 13 respecto al indicador 5: “Incrementar patrones de comportamientos saludables”, se observa el logro en la adquisición de patrones de conductas saludables en la usuaria. Los primeros meses de internamiento la usuaria evidenciaba conductas inadecuadas de aseo y cuidado personal, se mantenía con la misma ropa por varios días consecutivos, no se cambia sus prendas íntimas, presentaba descuido en el mantenimiento de sus cosas personales, se generaba lesiones en los dedos, se involucraba en temas o conversaciones relacionadas al consumo de drogas sin fines terapéuticos, asimismo fue participe de planeaciones de fuga de la comunidad. Tras la intervención se logró en la usuaria fortalecer conductas de autocuidado como asearse y cambiarse de ropa constantemente, el no generarse heridas en los dedos, tener mayor responsabilidad en el cuidado de sus pertenencias, y evitar hablar de consumo o fuga de la institución. Logrando la disminución de correctivos (llamadas de atención) frente a la conducta manifiesta y finamente asumió el cargo de hermana mayor quien guía y corrige a las usuarias de nuevo ingreso.

Tabla 14

Involucramiento familiar en el proceso de rehabilitación de la usuaria

Sesiones	Asistencia	Participación activa	Responde preguntas	Instrumentos de verificación
Sesión 1	✓	✓	✓	Se realiza la
Sesión 2	✓	✓	✓	verificación a
Sesión 3	✓	✓	✓	través de la
Sesión 4	✓	✓	✓	lista de

Sesión 5	✓	✓	✓	asistencia a los
Sesión 6	✓	✓	✓	padres de
Sesión 7	✓	✓	✓	familia.
Sesión 8	✓	✓	✓	

En la tabla 14 respecto al indicador 6: “Involucración familiar en el proceso de tratamiento de la usuaria”, se evidencia participación de la familia en el proceso de rehabilitación de la usuaria, donde los padres de familia asisten a los talleres y muestran una participación activa e interés para conocer sobre la dependencia de sustancias psicoactivas. La familia de la usuaria asistió a todos los talleres psicológicos programados, donde participan activamente respondiendo preguntas y realizando preguntas en torno al tema planteado, logrando concientizar sobre la enfermedad de su familiar y la importancia de recibir tratamiento oportuno, asimismo logran entender la importancia de tener reglas y normas de convivencia en el hogar, el marcar límites en su convivencia, conocen los factores de riesgo en el hogar que puede conllevar a su familiar a una posible recaída y como ayudarla a afrontar situaciones de riesgo, asimismo reconocen la comunicación como una estrategia de solución de conflictos. Finalmente logran mayor conciencia de sus emociones y como estas influyen en el proceso de recuperación de su familiar.

4.1.2. Análisis de resultados

A continuación, se realizará el análisis de los objetivos, para ello iniciaremos con el objetivo general y seguidamente los objetivos específicos.

Respondiendo el objetivo general: Desarrollar habilidades cognitivas, emocionales y conductuales para el proceso de cambio de la conducta adictiva en la usuaria. Se logró el desarrollo diferentes habilidades para atravesar los estadios de cambio que propone Prochaska y DiClemente. La usuaria logra conciencia de enfermedad, evidenciada en la comprensión de las implicancias de su enfermedad, identificando sus factores de riesgo y protección frente a la misma, comprometiéndose en su rehabilitación a través del cumplimiento de las actividades predispuestas, continuar con tratamiento psiquiátrico como psicológico e identificar motivaciones para su cambio. Asimismo, los resultados nos indican que la usuaria logra capacidades para reconocer y afrontar sus emociones, identifica y reestructura sus pensamientos irracionales ligados a su consumo, presenta mayor confianza en sí misma y adquirió recursos para hacer frente a su adicción y manejar conflictos. Tras la evaluación de seguimiento (4 sesiones virtuales) se observa que los resultados se mantienen, la usuaria ha logrado manejar sus sueños de consumo, lidia con estímulos que activan su adicción, evita que en casa haya presencia de drogas , que se hable de consumo, no asiste a reuniones sociales, evade conductas de riesgo, maneja de forma adecuada sus emociones poniendo en práctica las estrategias, enfocándose en el cumplimiento de sus compromisos y reconstruyendo su vínculo familiar, cumple con su tratamiento psiquiátrico prescrito y psicológico. Los resultados concuerdan con Prochaska y DiClemente (1985) quienes proponen los

estadios que atraviesan los usuarios adictos para lograr conciencia de enfermedad y cambio de la conducta adictiva.

En cuanto al objetivo específico 1: Desarrollar conciencia de enfermedad sobre dependencia a sustancias psicoactivas en la usuaria, se logra en la paciente conciencia de enfermedad, conoce e identifica los procesos que le llevaron a desarrollar su enfermedad, las consecuencias de la misma, y los beneficios de modificar su conducta problema, identificando motivaciones para su cambio a través del planteamiento de metas a corto, mediano y largo plazo. Dichos resultados concuerdan con lo encontrado por los siguientes autores: Bulacio, Vieyra, Alvarez y Benatuel (2004) dentro de sus estudios contemplan que la psicoeducación es una estrategia terapéutica importante en el abordaje clínico ya que permite a la usuaria comprender su realidad y apropiarse de herramientas para afrontar su enfermedad. Este apartado y el resultado del caso de estudio se sustenta con lo hallado por Marilia (2018), quien logra en su usuaria desarrollar conciencia de enfermedad y adherencia a su tratamiento a través de la utilización de la técnica de psicoeducación, además de ser un ente activo en su rehabilitación. Siguiendo esta línea Almanza (2018), en su estudio de caso trastorno por consumo de múltiples de sustancias, también utilizo como estrategia la psicoeducación en su abordaje terapéutico donde obtuvo como resultado que la usuaria conozca sobre su enfermedad y el proceso de su tratamiento. Por otro lado, Valdiglesias (2019) señala que los usuarios drogodependientes presentan problemas asociados a la comunicación interpersonal y a responsabilizarse por sus acciones, y estas deficiencias podrían generar una vulnerabilidad para el uso de drogas, por lo que

plantea en su caso de estudio la utilización de role playing y estudios de caso, donde el usuario a través de la actuación pueda resolver casos parecidos al propio.

Por todo lo mencionado anteriormente, se evidencia que los usuarios presentados alcanzaron el logro del reconocimiento de su enfermedad y compromiso para enfrentarlo, haciendo uso de la psicoeducación, estudios de casos y role playing en su tratamiento. Lo cual pone en evidencia que para fortalecer la conciencia de enfermedad es necesario trabajar las diferentes temáticas que conforman la problemática, y lograr el conocimiento del problema y a partir de ello, que los usuarios aprendan a buscar estrategias y alternativas de solución a lo que padece.

Para responder los resultados obtenidos en el objetivo específico 2: Desarrollar la capacidad para evaluar y reestructurar pensamientos irracionales que mantienen la conducta adictiva. Es preciso destacar las estrategias utilizadas dentro de la intervención, las cuales son: reestructuración cognitiva, autoregistros de pensamiento, técnica del bloqueo de pensamiento, el análisis funcional de la conducta adictiva y análisis de caso. Frente a los resultados obtenidos, se evidenció que la usuaria pudo identificar, debatir y reestructurar el pensamiento durante el proceso de intervención, atribuyendo actualmente su adicción como responsabilidad propia. Denotándose el avance por cada sesión que se obtuvo, donde inicialmente, la usuaria no reconocía un pensamiento irracional, pero a medida que se fue interviniendo logro identificar y reestructurar el pensamiento. Estos resultados coinciden con lo hallado por Bedoya y Orozco (2019) reafirman que la utilización de la reestructuración cognitiva influye en la prevención de recaídas en los usuarios. Además de señalar la importancia de trabajar de manera

interconectada entre los procesos cognitivos de las personas, su sentir y su conducta. Asimismo, Mesa (2017) en su estudio de un caso clínico por consumo de sustancias, logró que su usuario pueda identificar pensamientos distorsionados y cambiarlo por un nuevo pensamiento saludable sobre su vida y enfermedad, utilizando la técnica reestructuración cognitiva.

Por todo, lo encontrado en los diferentes estudios, podemos identificar cuán importante es abordar en la parte cognitiva del usuario (pensamientos) que son activadores para que los usuarios inicien, mantengan y abandonen el consumo de sustancias psicoactivas. Por lo que, se busca convertir el pensamiento irracional en racional, para lograr comportamientos saludables y que estas actúen como atenuadores ante una posible recaída de consumo.

En cuanto al objetivo específico 3: Fortalecer estrategias de manejo emocional en la usuaria. Para el logro de este objetivo es importante señalar que durante el proceso de internamiento la usuaria recibía medicación psiquiátrica que intervenía a nivel del trastorno bipolar, asimismo, las técnicas empleadas son distractores cognitivos, diario emocional, debate de pensamiento, técnicas de relajación y respiración. Los resultados son favorecedoras a partir del segundo mes, donde la usuaria interiorizó estrategias de manejo de ansiedad, evidenciándose en la disminución de síntomas fisiológicos y psicológicos propios de la ansiedad como inquietud, taquicardia, bochorno y preocupación, asimismo aprendió a identificar y comunicar sus emociones, reaccionando sin agresividad y evitación. Esto hace referencia que la usuaria en el transcurso de los meses presenta mayor autocontrol de sus emociones a comparación de su primer mes de internamiento donde reprimía sus emociones, se encerraba en el baño, se aislaba de las otras usuarias, y ante la

consulta de cómo se sentía no identificaba bien sus emociones, reaccionando con enojo y frustración. Estos resultados se relacionan con lo hallado por Almanza (2018) quien en su caso clínico encontró los siguientes resultados, la usuaria logra reconocer sus respuestas de ansiedad y disminuir sus niveles, encontrando formas adaptativas de canalizarlas, utilizando técnicas como entrenamiento en relajación y respiración y debate socrático, por lo que señala que intervenir en el manejo del síndrome de abstinencia, ayuda a la usuaria a disminuir los niveles de ansiedad y craving para evitar posibles recaídas. Asimismo, Mesa (2018) menciona que cuando un usuario está en proceso de deshabituación del consumo de drogas, es importante brindar estrategias para hacer frente a las ansias de consumo, logrando de esta manera disminuir el malestar en el adicto por ende baja probabilidad de recaída. Asimismo, Callejo (2015) señala que es importante trabajar la autorregulación emocional en usuarios drogodependientes para lograr una mejor salud física y psicológica, de la misma manera, también influye en cómo perciben y afrontan su enfermedad, responsabilizándose en su recuperación, buscando fortalecer sus vínculos afectivos y solicitando la ayuda correspondiente. Además, cuentan con mayor manejo de emociones intensas previniendo una recaída a consumo de sustancias.

Correlacionando los resultados hallados, deducimos que es importante el trabajo en el control de emociones para lograr el cambio de la conducta adictiva y prevenir recaídas, ya que, si se logra canalizar adecuadamente una emoción, la usuaria tendrá menor probabilidad de usar el consumo de drogas como evitación de su mundo real y podrá tener la capacidad de enfocar su atención en su recuperación y en otros aspectos de importancia como fortalecimiento de su vínculo afectivo.

Respecto al objetivo específico 4: Fortalecer estrategias de resolución de conflictos en la usuaria para enfrentar conductas de riesgo de recaída, se utilizó técnicas como psicoeducación, role playing, mensaje yo y técnica de sándwich. Se obtuvo como resultado el desarrollo de estrategias o conductas asertivas, que actúan como factor protector para que la usuaria logre manejar conflictos, desarrolla la capacidad de escucha, respeta los silencios y opiniones, propone alternativas de solución frente a una situación. Los resultados obtenidos coinciden con el estudio de Almanza (2018) quien señala que es importante entrenar en habilidades asertivas a drogodependientes, para favorecer la emisión de conductas de negación ante una petición de consumo y manejar conflictos. Asimismo, el instruir a usuarios drogodependientes en el desarrollo de esta capacidad, están avalados por Velázquez, Arellanez y Martínez (2012) quienes en su estudio señala la importancia para prevenir recaídas y favorecer el establecimiento de relaciones saludables además de enfrentarse satisfactoriamente ante la negación de una conducta de riesgo u oferta de consumo.

Por lo encontrado en los diferentes estudios, se reconoce la importancia del desarrollo de conductas asertivas en los usuarios drogodependientes para hacer frente a peticiones de consumo y manejar situaciones de conflicto o riesgo.

En cuanto al objetivo específico 5: Modificar patrones de comportamientos no saludables en la usuaria, se obtuvo resultados favorables en donde se evidencia la modificación conductual de forma gradual desde el inicio del tratamiento, para obtener los resultados favorecedores se hizo uso de técnicas conductuales como economía de fichas, compromiso conductual, utilización de reforzadores y castigos ante la ejecución de las conductas preestablecidas como el cuidado e higiene

personal. Los factores que favorecieron la adquisición de conductas saludables se deben a que constantemente en el centro se evalúa conductas, anotando e informando a la usuaria sobre su accionar, asimismo los reforzadores y castigos son aplicados de forma inmediata. El logro de este objetivo está sustentado bajo la teoría del condicionamiento operante de Skinner, quien propone que una conducta se incrementa, mantiene o debilita según los estímulos del ambiente que actúan como reforzadores positivos o negativos que influyen en el aprendizaje. Asimismo, los resultados son coherentes con el estudio propuesto por Gil (2014) quien plantea que es importante cambiar patrones de comportamientos no saludables reforzadas por la familia en los adolescentes, para lograr el manejo de sus comportamientos, relaciones sociales, expresión y manejo de emociones. Tal es así, que el autor interviene en una adolescente con conducta disruptiva, donde obtiene que el tratamiento aplicado fue eficaz para disminuir la frecuencia, intensidad y duración de las conductas problemas, utilizó las técnicas de resolución de conflictos, reforzamiento positivo y negativo y uso de economía de fichas.

Relacionando los resultados encontrados, se evidencia que intervenir en conductas no saludables, ayudan en el desenvolvimiento adecuado y saludable de la usuaria en su ambiente, aprendiendo a controlar estímulos que demandan una respuesta automática y hacerlo consciente sobre sus implicancias. Además, la aplicación de técnicas de modificación conductual, favorece en la instauración de una conducta saludable si esta es aplicada correctamente, por ende, habrá un mejor manejo y relación con los demás.

Con respecto al objetivo específico 6: Lograr involucrar a la familia en el cumplimiento de los objetivos terapéuticos planteados. Para el logro del objetivo se

utilizó técnicas de psicoeducación y acompañamiento psicológico a la familia durante el internamiento de la usuaria. Los resultados evidencian que se cumplió el objetivo, los padres conocen sobre la enfermedad de su hija, se interesan y están dispuestos a trabajar en conjunto con la usuaria para su mejoría. Bulacio, Vieyra, Alvarez y Benatuel (2004) señalan que la psicoeducación es una herramienta base para intervenir ante cualquier patología, ya que permite al individuo ampliar su panorama sobre la enfermedad que padece y hacerlos activos en su mejoría. Asimismo, Bobes et al (2017) plantea que es importante intervenir desde un modelo sistémico familiar en la rehabilitación de una enfermedad, ya que la familia actúa como un factor de riesgo y protección para el alcance de logros en la recuperación de la usuaria.

Ante lo expuesto anteriormente, se infiere que, para obtener mejores logros en la rehabilitación de un usuario, la familia tiene un rol activo en el proceso de tratamiento, por lo que es necesario que cuenten con fuente de información confiable relacionado a la patología del familiar, con el objetivo de que reconozcan signos de recaídas al consumo, ayudarlos a enfrentar los síntomas y ser un adecuado soporte emocional.

4.2. Reflexión de la experiencia

4.2.1. Limitaciones encontradas en el proceso de intervención

Una de las limitaciones encontradas durante el proceso de intervención fue el no contar con los recursos necesarios. En específico, la comunidad terapéutica carecía de pruebas psicológicas adaptadas para la población de estudio. Para atenuar dicho percance se hizo uso de pruebas alternativas, las cuales son ampliamente usadas en investigaciones o intervenciones psicológicas de otra

naturaleza; asimismo, se optó por realizar una entrevista detallada y profunda con los familiares de la usuaria para corroborar información y facilitar la aproximación a la presunción diagnóstica.

Asimismo, una limitación encontrada en la intervención psicológica fue el poco desarrollo de habilidades sociales razón por la cual es importante incluir en futuros tratamientos psicológicos la fomentación de habilidades sociales a fin de lograr que la usuaria pueda desenvolverse adecuadamente en su medio utilizando estrategias para prevenir una posible recaída.

Otra limitación presentada fue el desconocimiento de repelas o palabras comunes usadas dentro de las comunidades terapéuticas y del contexto de la usuaria. Esto motivó a buscar información sobre las repelas en internet, asimismo, en la interacción con los usuarios y profesionales de la comunidad terapéutica se preguntaba sobre el significado de las palabras comunes usadas, lo cual facilitó la comunicación con la usuaria, así como promover la empatía y el establecimiento de una buena relación terapéutica.

Solo se realizaron 4 sesiones de seguimiento post internamiento, debido a cuestiones económicas y administrativas. Sin embargo, se sabe que a la fecha marzo de 2022, la usuaria se mantiene en abstinencia (información recabada por medios virtuales).

4.2.2. Impacto en la institución con los resultados hallados

La intervención del caso tuvo impactos positivos en la institución. A partir del empleo del “diario emocional” como técnica para la intervención, esta fue implementada en el abordaje regular de las usuarias. De forma similar, la técnica

de “economía de fichas” se estableció como parte del proceso terapéutico de las usuarias albergadas.

En lo que respecta a la usuaria, se logró conciencia de enfermedad, modificó gran parte de los pensamientos que favorecían el consumo, adquirió un estilo de vida saludable a través de la práctica de conductas orientadas a su bienestar, cambio su percepción acerca de la vida y futuro encontrando motivaciones a corto y largo plazo. En el ámbito familiar, los vínculos afectivos se reforzaron.

Asimismo, la familia de la usuaria abordada recomendó a la institución, incrementándose un ingreso a la comunidad terapéutica de rehabilitación.

4.2.3. Aporte en el área psicológica y en el contexto

En el área de psicología clínica y de la salud, específicamente en las adicciones, se aporta conocimiento científico a partir del estudio de caso único, donde se brinda información teórica sobre la adicción y evolución de la misma, así como la efectividad de las intervenciones psicológicas a través del empleo de técnicas cognitivo-conductuales. Asimismo, se aporta información respecto a la intervención en el campo de las adicciones desde un modelo multidisciplinario lo cual genera un incremento del beneficio derivado del tratamiento. De igual manera, el presente estudio de caso señala la importancia de trabajar con reforzadores y motivaciones durante el proceso de internamiento y tratamiento de los usuarios con la finalidad de generar e impulsar la capacidad de autosuficiencia, por ende, un mayor compromiso con el proceso de rehabilitación.

En el contexto familiar se logra el involucramiento y responsabilidad de los miembros de la familia en el proceso de recuperación de uno de sus miembros, logrando sensibilizarlos con la enfermedad, el desarrollo de estrategias de

autocontrol y manejo de situaciones en las que la usuaria rehabilitada pueda estar expuesto al consumo, así como proveerlas de estrategias para el reconocimiento de señales que puedan indicar una posible recaída y cómo actuar frente a ello.

4.2.4. Demandas profesionales requeridas

Competencias técnicas. Para cubrir el puesto de psicóloga y realizar un adecuado abordaje psicológico es importante familiarizarse con los términos de la adicción. Para ello, se buscó adquirir conocimientos a través de la asistencia a cursos relacionados con la materia y recurrir a la literatura científica sobre el abordaje terapéutico psicológico en pacientes drogodependientes. También se desarrolló la capacidad de planificación y organización durante el abordaje a las usuarias.

Habilidades blandas. Se logró fortalecer el autocontrol emocional que evitó el ceder fácilmente ante el chantaje emocional de las usuarias, además de mejorar la capacidad de manejo de conflictos y toma de decisiones de forma inmediata. De la misma manera, se optimizó la creatividad para la planificación de diversos talleres manuales y artísticos que demandan el fortalecimiento de dicha capacidad.

4.2.5 Autoevaluación y autocrítica personal e institucional

El presente estudio de caso denotó retos personales y académicos. Se considera que el desempeño manifestado en el abordaje psicológico fue adecuado, ya que se tuvo el compromiso desde el día de la asignación del caso, además de solicitar ayuda y recibir retroalimentación constante de las psicólogas del centro que cuentan con mayor experiencia en el campo. En cuanto a las capacidades que

requieren mejora, se encuentran el manejo de espacios, tiempos en la intervención, capacitaciones constantes acerca de la enfermedad y tratamiento de adicciones.

En cuanto a la institución, es importante resaltar el trabajo multidisciplinario en el abordaje de las usuarias y en la recuperación de las mismas. El médico psiquiatra evalúa, diagnostica y prescribe la medicación más idónea para las necesidades de la usuaria, siendo reevaluada una vez al mes; el médico general evalúa la salud física de la paciente; y la enfermera monitorea y se encarga de brindar la medicación prescrita a la usuaria. Por otro lado, para favorecer mejoras en el tratamiento es necesario contar con espacios y horarios adecuados donde no se genere interrupciones cuando la intervención está en curso, lo cual genera un clima de tranquilidad y seguridad. Asimismo, es fundamental la comunicación y la retroalimentación constante por parte de los otros profesionales de la salud mental en función al caso abordado. Finalmente, es importante la facilitación de instrumentos psicológicos adaptados para la evaluación y valoración del progreso de la usuaria.

CONCLUSIONES

- En relación al objetivo general del caso, se concluye que la usuaria logró desarrollar habilidades cognitivas, emocionales y conductuales para modificar su conducta adictiva optando un estilo de vida saludable haciendo uso de estrategias y habilidades adecuadas que la permitan enfrentar su enfermedad de adicción y prevenir una posible recaída.

Respecto a los objetivos específicos se concluye:

- La usuaria logró desarrollar conciencia de enfermedad, evidenciándose en el reconocimiento de su enfermedad, las implicancias de la misma, compromiso con su recuperación, adherencia a su tratamiento psicológico y farmacológico, así como establecimiento de metas a corto, mediano y largo plazo a través de la elaboración de un proyecto de vida.
- La usuaria logró el reconocimiento de pensamientos irracionales asociados a su consumo y la capacidad para reestructurarlos haciendo uso de la discusión de pensamientos cada vez que surja una idea para justificar su consumo y reemplazarlo por una alternativa de pensamiento más saludable.
- La usuaria logró desarrollar estrategias para manejar sus emociones canalizándola de una forma más saludable haciendo uso de sus herramientas como técnicas de relajación, respiración, reestructuración de pensamientos para racionalizar emociones y distractores cognitivos. Disminuyendo sus niveles de ansiedad y optando por una conducta más saludable frente a lo que demanda su emoción.

- La usuaria logró desarrollar estrategias de resolución de conflictos, haciendo uso de las técnicas de la comunicación asertiva, habla de forma calmada, escucha a los demás, emite opiniones y se responsabiliza de la misma, buscando alternativas de solución frente a un suceso y rechaza adecuadamente conductas de riesgo.
- La usuaria logra incorporar patrones de conductas saludables de cuidado e higiene personal. Cumpliendo reglas y normas que le facilitaran para el desenvolvimiento saludable en su medio.
- Se logró el involucramiento de la familia en el proceso de recuperación de la usuaria, asumiendo la familia un papel activo en el desarrollo de los talleres, de esta manera nos facilita el cumplimiento de los objetivos planeados para la usuaria.

RECOMENDACIONES

- Es necesario ampliar las investigaciones de estudio de caso con enfoque cognitivo conductual, en la que aborden trastornos de adicción a sustancias psicoactivas asociado a una comorbilidad.
- Se recomienda trabajar de manera conjunta con los siguientes especialistas: médico psiquiatra, quien ayudará a la estabilización de la paciente a través de la prescripción médica; el médico general, quien abordará las molestias físicas de la usuaria; la enfermera, monitoreará la evolución de la usuaria; y psicólogas con mayor experiencia en adicciones, con el fin de lograr una adecuada intervención psicológica y favorecer la rehabilitación de la usuaria.
- Se recomienda que en casos de usuarios que presenta una comorbilidad se continúe con tratamiento y seguimiento psiquiátrico y psicológico, con la finalidad de poder reducir factores de vulnerabilidad ante una posible recaída.
- Se identifica la necesidad de validar los instrumentos psicológicos en población drogodependiente, utilizados en la comunidad terapéutica.
- Se recomienda entrenar a los usuarios en habilidades cognitivas, emocionales y conductuales para el manejo de su enfermedad y afrontar situaciones de vulnerabilidad.
- Se recomienda desarrollar habilidades sociales en posteriores intervenciones con la finalidad de prevenir recaídas y lograr un adecuado desenvolviendo social en el contexto de la usuaria.

- Se recomienda intervenir en el desarrollo de la conciencia de enfermedad en usuarios drogodependientes para promover la motivación por el cambio, la adquisición de conductas saludables, el fortalecimiento de habilidades para hacer frente a una posible recaída y darle un sentido adecuado a su vida.
- Se recomienda realizar seguimiento a la usuaria y familia post internamiento por un periodo de tiempo prolongado, contando con protocolos de seguimiento validados.
- Se recomienda realizar un plan de tratamiento semiestructurado para el abordaje psicológico, siendo esto moldeable de acuerdo a las necesidades de la usuaria.
- Se recomienda implementar ambientes favorables para un abordaje psicológico adecuado.
- Se recomienda que, en la intervención psicológica a un usuario con adicción, se trabaje también con la familia y sus otros sistemas, ya que son el soporte para que el usuario se rehabilite.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abramonte, K. (2019). *Motivación al cambio y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de lima sur* [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio institucional de la Universidad Autónoma del Perú. <https://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/843>
- Almanza, V (2018). *Caso clínico G.M, trastorno de dependencia de varias sustancias en atención por hospitalización, en centro psiquiátrico* [Tesis de maestría, Universidad de San Buenaventura]. Biblioteca digital de la Universidad de San Buenaventura. http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co/bitstream/10819/7106/1/Caso%20clínico%20G.M%20trastorno_Verenidce%20Almanza_2018.pdf
- Amador, J. (2013). *Escala de inteligencia de Wechsler para adultos, cuarta edición (WAIS-IV)*. Universidad de Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/33834/1/Escala%20de%20inteligencia%20de%20Wechsler%20para%20adultos-WAIS-IV.pdf>
- Andrade, J., Yepes, Á. y Sabogal, M. (2013). Resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en 50 jóvenes universitarios entre los 16 y 22 años de la Universidad de San Buenaventura Medellín extensión Ibagué. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(1), 11-22. <https://www.redalyc.org/pdf/4978/497856284003.pdf>
- Bedoya, L. y Orozco, L. (2019). *Características del tratamiento cognitivo conductual en adicción a sustancias psicoactivas* [Monografía,

- UNIMINUTO]. Repositorio institucional de la Corporación Universitaria Minuto de Dios. <https://repository.uniminuto.edu/handle/10656/7544>
- Becoña, I. y Cortés, M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>
- Bobes, J. y Casas, M. (2017). *Manual de trastornos adictivos* (2a Ed.). http://bibliosjd.org/wp-content/uploads/2017/03/Manual.de_.Trastornos.Adictivos.pdf
- Bulacio, J., Vieyra, M., Alvarez D., y Benatuil, D. (2004). El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. *XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires*. <https://www.aacademica.org/000-029/16.pdf>
- Campos, D. y Odar, E. (2018). *Programa desde el enfoque cognitivo conductual en la resiliencia en internos drogodependientes de un centro de rehabilitación*. [Tesis de licenciatura, Universidad de Señor de Sipán]. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/5476/Campos%20Heredia%20%26%20Odar%20Regalado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Carbo, C. (2018). La comunidad terapéutica y el trabajo residencial del centro especializado para el tratamiento de alcoholismo y drogodependencia “jehová de los ejércitos. Universidad Técnica de Babahoyo. <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/5497/P-UTB-FCJSE-PSCLIN-000148.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- CARE (2021). Proyecto GROW mejora el acceso a los servicios de salud mental y la atención de adicciones con enfoque de género. <https://care.org.pe/proyecto-grow-mejora-el-acceso-a-los-servicios-de-salud-mental-y-la-atencion-de-adicciones-con-enfoque-de-genero/>
- Castaños, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M., Tubert, S. (2007). Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Instituto de la Mujer. <https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/salud/publicaciones/Seriesalud/docs/Intervdrogodep.pdf>
- Castilla, C., Villamarín, S., Vicente, A. y Berdullas, S. (2017). El declive de la atención en las adicciones. *INFOCOP*, 77(2017). <https://www.cop.es/infocop/pdf/2856.pdf>
- Centro de información y educación para la prevención del abuso de drogas – CEDRO. (2018). *El problema de las drogas en el Perú*. CEDRO. <http://repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/378/1/CEDRO.Problema%20de%20las%20drogas.2018.pdf>
- Colom, J., & Fernández, M. (2009). Adolescencia y desarrollo emocional en la sociedad actual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 235-242. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832320025>
- Callejo, J. (2015). *Inteligencia emocional para la rehabilitación personal de un drogodependiente* [Tesis de licenciatura, Universidad de Valladolid]. Repositorio institucional de la Universidad de Valladolid. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/10628/TFG->

G1060.pdf;jsessionid=EE80D7B1F01F80B5BD2D04B72DE6AD00?sequence=1

Cuatrocchi, M. (2007). *La adicción a las drogas: Su recuperación en comunidad terapéutica*. <https://bibvirtual.upch.edu.pe:2893/es/ereader/cayetano/67008>

Defensoría del pueblo (2019). Supervisión a los centros de salud mental comunitarios. <https://www.defensoria.gob.pe/deunavezportodas/wp-content/uploads/2019/12/Supervisi%C3%B3n-a-los-centros-de-salud-mental-comunitarios-2019-ADM.pdf>

Degollado, L. (2019). *Resiliencia y autoestima en adolescentes de educación media superior, de Toluca, estado de México* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio institucional de la UNAM. <https://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/105062/tesis%20LP%20Resilienica%20Degollado%20completa.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

Del Moral, M. y Fernández, L. (2017). *Conceptos fundamentales en drogodependencias*. https://web.vocespara.info/comparte/2017_vcs/Drogodependencias_y_adicciones/OK_Terminos_en_adiciion.pdf

DEVIDA (2019). *Programa presupuestal de prevención y tratamiento del consumo de drogas*. <https://www.devida.gob.pe/documents/20182/343542/PTCD+2019.pdf>

DEVIDA (2017). Estado de la oferta pública de tratamiento de las adicciones. <file:///C:/Users/lenovo/Downloads/ESTADODELAOFERTAPUBLICA-FINALALTA.pdf>

- Díaz, G. (2020). *Importancia del programa motivacional en ciclo de cambio de comportamiento en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el centro de rehabilitación de Ñaña*. Universidad Privada Norbert Wiener. http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/4175/T061_42213500_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Domínguez, D (2021). *Trastornos de personalidad, estilos de afrontamiento y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana* [Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte]. Repositorio institucional UPN. <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/26441>
- Eddy, I. (2014). La identidad del Adolescente. Como se construye. *ADOLESCERE*, 2(2), 14-18. <https://cdn.adolescenciasema.org/usuario/documentos/0201%20Mesa%20debate%20-%20Eddy.pdf>
- Fundación atenea (2016). Hombres, mujeres y drogodependencias. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Hombres-mujeres-y-drogodependencias.pdf>
- German, I. (2010). *La relevancia criminológica de las adicciones sin sustancia a determinadas conductas y de su tratamiento*. Instituto Vasco de Criminología. *International e-Journal of Criminal Sciences*. 3(4), 1-23.
- Gil-Iñiguez, A. (2014). Intervención en un caso de un adolescente con problemas de conducta. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 61-67. <https://www.redalyc.org/pdf/4771/477147183007.pdf>

- Gil, J. (2018). *Factores de riesgo en el consumo de Sustancias psicoactivas de estudiantes del Colegio Nuestra señora de Fátima de Villavicencio* [Tesis de licenciatura, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio institucional de la Universidad Cooperativa de Colombia. https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/6801/1/2018_factores_riesgo_consumo.pdf
- Guti, J. (2019). Modelo transteórico del tratamiento de las conductas adictivas (Prochaska y Diclemente). <https://josemiguelgutipeque.blogs.uva.es/files/2019/12/Modelo-Transteórico-del-Tratamiento-de-las-Conductas-Adictivas.pdf>
- Junta de Andalucía (2018). *Programa de abordaje grupal del adolescente proyecto psicoterapéutico multicentro en salud mental servicio andaluz de salud*. Junta de Andalucía, Consejería de Salud. <https://reddedalo.files.wordpress.com/2012/03/el-adolescente-y-su-grupo-de-iguales-d-s-malaga-norte-y-este.pdf>
- Heredia, C., Santaella, G., y Somarriva, L. (2012). *Interpretación del test giestáltico visomotor de Bender*. Universidad Nacional Autónoma de México. http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/Interpretacion_Test_Gestaltico_Visomotor_Bender_Heredia_y_Ancona_Santaella_Hidalgo_Somarriva_Rocha_TAD_5_sem.pdf
- La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2019). *Informe mundial sobre las drogas*. https://wdr.unodc.org/wdr2019/field/B2_S.pdf

- La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2021). *Informe mundial sobre las drogas*. <https://www.unodc.org>
- Mayor, L. (1995). El cambio en las conductas adictivas. *Revista de Psicología de la PUCP*. Vol. XIII. <https://dialnet.unirioja.es>
- Méndez-Díaz, M. (2014). Cocaína y dependencia. *Ciencia*, 70-77. https://www.amc.edu.mx/revistaciencia/images/revista/65_1/PDF/Cocaina.pdf
- Menocal, R., Pérez, M. y González, Y. (2017). *Plan de intervención psicológico orientado a disminuir niveles de ansiedad estado – rasgo, en adictos a sustancias psicoactivas, internos en el hogar Abraham del centro de rehabilitación de marginados (REMAR), Managua, I semestre* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua]. Repositorio institucional UNAN-Managua. <https://repositorio.unan.edu.ni/10839/1/9126.pdf>
- Mendoza, Y. y Vargas, K. (2017). Factores psicosociales asociados al consumo y adicción a sustancias psicoactivas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 139-167. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi171h.pdf>
- Mesa, A. (2017). *Intervención clínica cognitivo conductual en un caso* [Tesis de especialización, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio institucional UPB. https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/5166/digital_36189.pdf?sequence=1

- Ministerio de Salud del Perú (2012). *Aprueban reglamento de la ley n° 29765, que regula el establecimiento y ejercicio de los centros de atención para dependientes, que operan bajo la modalidad de comunidades terapéuticas.*
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/270902/242004_DS_N_C2_B0_006-2012-SA.PDF20190110-18386-2ird9f.PDF
- National Institute on drug abuse (2021). *La cocaína.*
<https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/drugfacts-cocaine-spanish.pdf>
- Nizama, M. (1992). Modelo ecológico de tratamiento de la adicción. *Anales de Salud Mental*, 8(1992), 27-45.
http://repebis.upch.edu.pe/articulos/anasm/v8n1_2/a2.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito - UNODC (2013). *Pasta Básica de Cocaína. Cuatro décadas de historia, actualidad y desafíos.*
https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2013/LIBRO_PBC.pdf
- Papalia, D. y Martorell, G. (2017). *Desarrollo Humano* (13ª Ed.). McGraw-Hill Education.
<http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/0250.%20Desarrollo%20humano.pdf>
- Programa Nacional de centros juveniles (2020). *Informe estadístico 2020.*
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1752478/INFORME-ESTADISTICO-2020.pdf.pdf>
- Sánchez, M. y Suárez, S. (2019). *Identificación del consumo de sustancias estimulantes del sistema nervioso central (cafeína y anfetaminas) de los*

estudiantes de una universidad privada de Bogotá, Colombia [Tesis de licenciatura, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales]. Repositorio institucional UDCA. <https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/1949/Sanchez%20Benitez%2C%20Maria%20Alejandra%20y%20Suarez%20Gomez%20Sharon%20Nicoll.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Santamaría J., Fomperosa I., Argüello N. y Portillo C. (2009). Manejo multidisciplinario de los trastornos adictivos, a propósito de un caso. Unidad de Trastornos Adictivos de Santander. Santander. España. <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-13137802>

Silva, B. (2019). *Propiedades psicométricas de la escala depresión del Zung, en alumnos del quinto grado de secundaria de la provincia de Ascope* [Tesis de licenciatura, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio institucional USS. <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/6574>

Suarez, C. (2014). *Estudio cualitativo del consumo de alcohol en adolescentes. Universidad Pablo de Olavide Sevilla* [Tesis doctoral, Universidad Pablo de Olavide]. Repositorio institucional de la Universidad Pablo de Olavide. https://rio.upo.es/xmlui/bitstream/handle/10433/1182/cristian_suarez_tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Solís, C. (2007). *El Inventario Clínico Multiaxial de Millon- II (MCMI- II): Validez y Confiabilidad en Pacientes de Dos Hospitales de Salud Mental de Lima Metropolitana* [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio institucional PUCP. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/4820>

- Terrones, F. (2019). *Ansiedad y estilos de afrontamiento en mujeres víctimas de violencia del distrito de Matara* [Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte]. Repositorio institucional UPN. <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/21084/Terrones%20Mu%C3%B1oz%20Fiorela%20Hisamar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Urday, F, Gonzáles, C. Lorenzo, J. Peñalva, B, Sánchez, E, Serafín H, & Pinto, L. (2019). Percepción de riesgos y consumo de drogas en estudiantes universitarios de enfermería, Arequipa, Perú. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (36), 19-35. <https://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i36.33416>
- Valdiglesias, D. (2019). *Intervención cognitivo conductual en un paciente con drogodependencia* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio institucional UNMSM. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/11414>
- Vallejo, N. (2018). ¿Drogadicción o drogadependencia?. *Revista Española de Drogodependencias*, 43(4), 5-15. <https://www.aesed.com/upload/files/v43n4-editorial1.pdf>
- Velázquez, M., Arellanez, J. y Martínez, A. (2012). Asertividad y consumo de drogas en estudiantes mexicanos. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(1), 131-141. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79824560013>
- Vergara, M. (2013). *Perspectiva ecológica del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes* [Monografía de licenciatura, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio institucional UPB. https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/5879/digital_24934.pdf?sequence=1

Villacís, T. (2018). *Factores asociados al consumo de drogas en la unidad educativa Espíritu Santo del Cantón Ambato* [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Ambato]. Repositorio institucional UTA. <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/27356/2/Proyecto%20de%20Investigaci%C3%B3n%20final..pdf>

ANEXO N°1

ECONOMIA DE FICHA

Se colocará 1 punto por cada conducta cumplida durante el día a día y 0 puntos cuando no se logra la conducta señalada.

Cada semana se evaluará y se contará los puntos, a evaluada se hará acreedora de los siguientes beneficios en caso se logra cumplir las conductas señaladas:

- 30-35 puntos = Llamada telefónica con sus padres
- 25-29 puntos= Carta o video por parte de los padres
- 20-25 puntos = Dulce
- >20 puntos = Motivaciones verbales

N°	CONDUCTA	L	M	M	J	V	TOTAL
01	Cambiarse de ropa al menos de forma interdiaria						
02	Peinarse						
03	Cepillarse mañana, tarde y noche						
04	Mantener gaveta limpia						
05	Evita hablar de consumo o fuga						
06	Utiliza adecuadamente sus permisos						
07	Mantener sus dedos sanos (sin heridas)						
	TOTAL						

ANEXO N°2

FICHA DE SEGUIMIENTO (INTERVENCIÓN POST INTERNAMIENTO)

CONDUCTA	PUNTOS (1: es incumplimiento, presencia de ansias de consumo y no abstinencia) y (2: cumplimiento, mantención en abstinencia y no ansias de consumo)	OBSERVACIÓN (Especificar el proceso de logro de la conducta o percances)
ABSTINENCIA		
CUMPLIMIENTO DE REGLAS DE CASA		
CUMPLIMIENTO DE HORARIOS		
CUMPLIMIENTO CON SU MEDICACIÓN		
ANSIAS AL CONSUMO		

ANEXO N°3

FICHA DE REGISTRO SOBRE LA IDENTIFICACIÓN Y CANALIZACIÓN DE EMOCIONES

CRITERIOS	ESCALA				Observaciones/ Registra lo evidenciado en sesión
	Casi nunca 1	A veces 2	Casi siempre 3	Siempre 4	
Identifica emociones					
Comunica emociones					
Reacciona sin agresividad					
Evita aislarse					

ANEXO N°4

LISTA DE COTEJO DEL CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES

N°	TAREAS	CUMPLIMIENTO	LOGRO DEL OBJETIVO	OBSERVACIONES
01	Elaborar escalera del consumo			
02	Factor protector y de riesgo			
03	Mecanismo de la adicción			
04	Análisis funcional			
05	Registro de experiencias			
06	Panel preventivo			

ANEXO N°5

ANALISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA ADICTIVA

Conducta Problema	Estímulos antecedentes	Respuestas	Consecuencias

ANEXO N°7

LISTA DE COTEJO DE ACTIVIDADES BRINDADAS 2

TAREAS	Cumplimiento	Logro del objetivo	Retroalimentación
Autobiografía			
“¿Quién soy?”			
Visión y FODA			
Misión y valores			
Metas y objetivos			
Planificación de tiempo			
Compromiso y mensaje de internamiento			

ANEXO N°9

ANÁLISIS DE CASOS

Casos extraídos de Aguilar (2015).

Tarjetas flash

Olivia fue de compras al supermercado. Ella era usuaria de un centro de tratamiento desde hace tres meses. Se sentía bien ya que llevaba casi dos meses sin beber. Aunque estaba sola, pensó que no sería riesgoso si hacía las compras rápido y sin pasar por el pasillo de licores. Sin embargo, no resistió las ganas de “probarse” y se dio una vuelta por el pasillo de vinos. Una vez allí se le vinieron a la cabeza recuerdos de cuando buscaba alguna botella de alcohol para llevarse a la casa. Olivia sabía lo fácil que sería tomar una botella y pasarla por la caja de supermercado, “la bebería antes que lleguen mis hijos del colegio”, pensó. Este pensamiento la angustió y se dio cuenta que se había gavillado un deseo de consumo. Rápidamente se alejó del pasillo y sacó de su bolsillo unas tarjetas que había escrito como parte de su terapia. Estas decían: “Te ves linda desde que no bebes. ¡Sigue así!”, otra decía: “Mis hijos se ponen contentos cuando llegan a casa y me ven bien y feliz”, la última decía “No necesitas probar nada. Si algo anda mal ¡Vete de ahí!”. Olivia dejó el carro del supermercado y salió del lugar. Regresaría otro día a hacer las compras, pero esta vez lo haría acompañada.

Anota tus preguntas o ideas que te surjan de la lectura:

ANEXO N°10

No sé qué sucedió

"No sé qué sucedió. Me sentía muy bien. Había permanecido limpio durante casi diez semanas... el último mes ni siquiera sentía deseos de consumir o malestares. Luego, repentinamente, sucedió.

El fin de semana planifiqué pasar una tarde con mi hijo de 12 años. Hace tiempo que no pasábamos tiempo junto. Fuimos al cine, él quería ver la película "Ganster Americano". No me preocupé, aunque sabía que la película trataba de un traficante de drogas. Me sentía seguro y, además, andaba con mi hijo. Compramos unas cabritas y entramos al cine.

No me di cuenta cuando me había comido casi todas las cabritas y solo... secaba continuamente la transpiración de mis manos en mis pantalones y sentía mi corazón acelerado. En la película había escenas muy reales de personas consumiendo... y yo no podía evitar los recuerdos. Sentí pánico cuando una sensación característica de la droga comenzó a invadir mi boca. Quise salir del cine, pero mi hijo estaba tan entusiasmado viendo la película que no me atreví a pedirle que nos fuéramos. Traté de relajarme cerrando los ojos, respirando rítmicamente... tenía que luchar para alejar de mí los recuerdos de consumo y tratar de no sentir los retorcijones en el estómago.

Finalmente salimos del cine. Le dije a mi hijo que pasáramos a comernos un completo. Quería olvidarme del deseo de consumo. Conversamos sobre su colegio, sobre una niña que le gusta, le conté unos chistes. Fue un buen momento, hace tiempo que no me

sentía tan bien con él. Antes de irnos me dio un abrazo... se me apretó la garganta. Me sentí un buen padre.

Al regreso a la casa me encontré con unos amigos. Me invitaron a un asado para la noche. Se iban a juntar donde un vecino con quien yo consumía, así es que les dije que no. Que tenía otros compromisos.

Al llegar a la casa mi señora me preguntó cómo nos fue. Le dije que bien. No me animé a decirle que tuve deseos de consumir para no preocuparla. Nuestra relación ha mejorado tanto desde que estoy en tratamiento que no quiero que empiece a dudar de mí nuevamente. Me tomé varios cafés para terminar de eliminar el deseo.

Durante la cena ella insistió con la pregunta sobre cómo estoy. Me dijo que me notaba algo extraño. Reconozco que me molestó su pregunta y le contesté medio enojado. "Voy a comprar cigarros" – le dije. Y salí al negocio de la esquina. Me sentía nervioso y quería fumarme un cigarro antes de tomarme las pastillas e ir a dormir.

Una vez en la calle me volví sentir intranquilo. Me llegaba el olor del asadito que tenía mi vecino de la esquina, la música, las risas... Pensé en escaparme un ratito. No tiene porqué saberlo nadie – me decía. Parado en medio de la calle miraba mi casa, pensaba en el abrazo de mi hijo... la música del carrete zumbaba en mi cabeza. Empecé a caminar..."

ANEXO N°11

RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Fernanda es paciente de un centro de tratamiento intensivo a donde debe acudir de lunes a viernes de 09:00 a 16:30 hrs. Ella tiene dos hijos que cuida su madre durante las mañanas mientras está en terapia. Su esposo trabaja como guardia de seguridad y solicitó a su empresa hacer los turnos de la mañana para poder llegar temprano y cuidar a sus hijos en las tardes.

Un día, el esposo de Fernanda le dice que le cambiaron el turno y ya no podrá cuidar a los niños en las tardes por lo que le pide que deje de asistir al centro durante las mañanas y vaya después de almuerzo, así aprovechan también de comer juntos. Fernanda intenta explicarle que para ella es importante estar en terapia en las mañanas Ambos discuten al no lograr compatibilizar sus horarios y responsabilidades. Finalmente acuerdan volver a conversar durante la tarde.

ANEXO N°12

INVENTARIO MULTIAXIAL DE MILLON II



INSTRUCCIONES

1. Anote todas sus contestaciones en la hoja de respuestas que se le ha facilitado. **NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO.**
2. Para contestar en la hoja de respuestas utilice un **LÁPIZ** blando que escriba en color **NEGRO** y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.
3. Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarle de describir sus sentimientos y actitudes. **SEA LO MÁS SINCERO POSIBLE.**
4. No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas, están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.
5. A continuación tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar en la Hoja de respuestas. **SI ESTÁ DE ACUERDO** con una frase o piensa que describe su forma de ser, **RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO** correspondiente a la letra "V" (verdadero). Si por el contrario la frase no refleja ni caracteriza su forma de ser, **RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO** de letra "F" (falso). Así:

Hoja de Respuestas

"Soy un ser humano"

Como esta frase es verdadera para Ud. se ha rellenado

Completamente el espacio de la letra V (verdadero)

	V	F
1.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. "Mido más de tres metros"

Esta frase es falsa para Ud. por lo que se ha rellenado

Completamente el espacio de la letra F (falso)

6. Procure responder a todas las frases aunque no esté completamente seguro. Es mejor contestar a todas pero si no es capaz de decidirse, debe rellenar el espacio de la letra F (falso).
7. Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego rellene el otro espacio.
8. No hay límite de tiempo para contestar a todas las frases, pero lo mejor es hacerlo con rapidez.

NO ABRA ESTE CUADERNILLO HASTA QUE SE LO INDIQUEN.

1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.
2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente que hacerlas con otros.
3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.
4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.
5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.
6. Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.
7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.
9. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.
10. Me encuentro a gusto siguiendo a los demás.
11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por donde empezar.
12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.
13. Tengo poco interés en hacer amigos.
14. Me considero una persona muy sociable o extravertida.
15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.
16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.
17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.
18. Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.
19. Siempre he querido permanecer en un segundo plano en las actividades sociales.
20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.
21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.
22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
23. Muchas veces pienso que me deberían castigar por las cosas que he hecho.
24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.
26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.
27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme sólo y vacío.
28. Tengo habilidad para "dramatizar" las cosas.
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
30. Disfruto en situaciones de intensa competitividad.
31. Cuando entro en crisis busco en seguida alguien que me ayude.
32. Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.
33. Casi siempre me siento débil y cansado.
34. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.
35. A menudo mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.
36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.

37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.
38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.
39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.
40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significan nada especial para mí.
41. Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.
42. Soy una persona muy agradable y dócil.
43. La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".
44. No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.
45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.
46. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfecta posible, muchas veces enlentece mi trabajo.
47. Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.
48. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
49. Soy una persona tranquila y temerosa.
50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
51. Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.
52. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.
54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.
55. No soporto a las personas "sabihondas" que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.
56. He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.
57. Parece que me aparto de mis objetivos, dejando que otros me adelanten.
58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.
59. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
60. Siempre estoy buscando en hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
61. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
63. Le gusto a muy poca gente.
64. Si alguien me criticase por cometer algún error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.
65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.
66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.
67. Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.
68. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.
70. Tomar las llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
71. Me siento continuamente muy cansado.
72. No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.

73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
74. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.
75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.
76. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.
77. Soy la típica persona de la que los otros se aprovechan.
78. Siempre hago lo posible por complacer a los demás incluso si ellos no me gustan.
79. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.
80. Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.
81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
82. No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.
83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
84. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.
85. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.
87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y a mi familia.
88. Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.
89. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.
90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.
91. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero.
92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.
93. Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ningún motivo.
94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.
95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.
96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.
97. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
98. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.
99. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.
100. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.
103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.
104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o que lo haga intencionalmente mal.
105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.
106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.

107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.
108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.
109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atracción de los demás.
112. Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.
113. Me siento desorientado, sin objetivos y no sé hacia donde voy en la vida.
114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.
115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.
116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.
117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.
118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.
119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.
120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.
121. Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.
122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
123. Siempre pongo a prueba a la gente para ver hasta donde son de confianza.
124. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
125. Me resulta fácil hacer nuevos amigos.
126. Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molestan.
128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
129. No culpo a quien que se aproveche de alguien que se lo permite.
130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.
132. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.
134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
136. En los últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.
137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.
138. La gente me dice que soy una persona íntegra y moral.
139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es muy amable conmigo.
140. El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
141. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.
142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
143. No me importa que la gente no se interese por mí.

144. Francamente miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.
145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.
147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.
148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.
149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.
150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.
151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.
152. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.
153. Estoy de acuerdo con el refrán "Al que madruga Dios le ayuda".
154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.
155. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.
156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.
158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo casi siempre me siento tenso y controlado.
159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
161. Rara vez me emociono mucho con algo.
162. Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de donde terminaría.
163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.
164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.
165. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.
166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.
167. Últimamente me siento completamente destrozado.
168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.
169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.
170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.
171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.
172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.
173. Prefiero estar con gente que me protegerá.
174. He tenido muchos periodos en mi vida que he estado tan animado y he derrochado tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y de alcohol.

FIN DE LA PRUEBA.

COMPRUEBE, POR FAVOR, QUE NO HA DEJADO NINGUNA FRASE SIN CONTESTAR.

ANEXO N°13

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. D.

POR W. W. K. ZUNG

NOMBRES: _____ Edad: ____ Sexo: ____ Religión: _____

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me siento abatido y melancólico.					
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.					
3	Tengo acceso de llanto o ganas de llorar.					
4	Duermo mal.					
5	Tengo tanto apetito como antes.					
6	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.					
7	Noto que estoy perdiendo peso.					
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.					
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.					
10	Me canso sin motivo.					
11	Tengo la mente tan clara como antes.					
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.					
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto.					
14	Tengo esperanza en el futuro.					
15	Estoy mas irritable que antes.					
16	Me es fácil tomar decisiones.					
17	Me siento útil y necesario.					
18	Me satisface mi vida actual.					
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.					
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.					
TOTAL DE PUNTOS						

ANEXO N°14

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. A. POR W. W. K. ZUNG

Nombre: Edad: Sexo: Religión:

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me más nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.					
2	Me siento con temor sin razón.					
3	Despierto con facilidad o siento pánico.					
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.					
5	Siento que todo está bien y que nada malo puede suceder					
6	Me tiemblan las manos y las piernas.					
7	Me mortifican los dolores de la cabeza, cuello o cintura.					
8	Me siento débil y me canso fácilmente.					
9	Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente.					
10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.					
11	Sufro de mareos.					
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.					
13	Puedo inspirar y expirar fácilmente					
14	Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies.					
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.					
16	Orino con mucha frecuencia.					
17	Generalmente mis manos están secas y calientes.					
18	Siento bochornos.					
19	Me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche					
20	Tengo pesadillas.					
TOTAL DE PUNTOS						

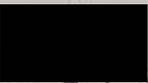
ANEXO N°15
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA COMUNIDAD
TERAPÉUTICA

FICHA DE CONSENTIMIENTO

Certifico que mi área operativa ha tomado conocimiento de la presentación de este caso de estudio como Trabajo de Suficiencia Profesional y según nuestros procedimientos internos nos comprometemos a canalizarlo y apoyar las gestiones que fueran necesarias dentro de las normas vigentes, autorizando el uso de datos e información por tener fines académicos.

Certifico además, que el profesional tiene la competencia necesaria para su empleo.

Observaciones:

Nombre del Jefe del Área Operativa:	Marycarmen Topalaya Huamán
Nombre del Área Operativa:	Departamento de Psicología
Firma y sello:	Fecha:
 Marycarmen Topalaya Huamán PSICÓLOGA C.Ps.P. 28389	20 / 01 / 2022