

DISEÑO DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN FRENTE AL CONSUMO DE SUSTANCIAS  
PSICOACTIVAS EN LOS INTERNOS DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE  
MEDIANA SEGURIDAD Y CARCELARIO – PAMPLONA

Leidy Andrea Núñez Bautista

Leydy Marieth Lozano Sánchez

Psicólogas

Trabajo De Grado:

En La Modalidad De Proyecto De Grado Como Requisito Para Optar Al Título De Especialista

En Psicología Clínica

Directora:

Ph.D. Amparo Durán Mosquera



Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela De Ciencias Sociales

Facultad De Psicología

Bucaramanga

2010

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN, 4

ABSTRACT, 4

INTRODUCCIÓN, 5

MÉTODO, 15

    Población, 15

    Muestra, 15

    Instrumentos, 15

    Procedimiento, 17

    Diseño y Metodología, 17

RESULTADOS Y DISCUSIÓN, 18

CONCLUSIONES, 34

RECOMENDACIONES, 367

ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA, 39

ESQUEMA DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN, 41

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS, 42

APÉNDICES, 45

## LISTADO DE APÉNDICES

Apéndice A: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Sustancias Psicoactivas (VESPA), 45

Apéndice B: Inventario de Depresión de Beck, 47

Apéndice C: Escala de Desesperanza de Beck, 49

Apéndice D: Formato de Historia Clínica, 50

Apéndice E: Consentimiento Informado, 55

Apéndice F: Protocolo de Intervención Grupal, 57

Apéndice G: Estudio de Caso CRS, 61

Apéndice H: Estudio de Caso EAG, 73

Apéndice I: Estudio de Caso WC, 84

Apéndice J: Estudio de Caso JMD, 94

Apéndice K: Soporte de las pruebas aplicadas, 103

## RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

**TÍTULO:** DISEÑO DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN FRENTE AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS INTERNOS DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE MEDIANA SEGURIDAD Y CARCELARIO – PAMPLONA

**AUTORAS:** LEIDY ANDREA NÚÑEZ BAUTISTA  
LEYDY MARIETH LOZANO SÁNCHEZ

**FACULTAD:** PSICOLOGÍA – ESPECIALIZACIÓN DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.

**DIRECTORA:** Ph.D. AMPARO DURÁN MOSQUERA

### RESUMEN

En Colombia el consumo de sustancias psicoactivas se constituye como un problema de salud pública, por los altos costos sociales y económicos que conlleva, sumado al registro de prevalencia realizado por el observatorio de Drogas de Colombia (2008), identificando como sustancias predominantes el tabaco, (44%) alcohol (86%) y marihuana (8%); ante lo cual se consideran las consecuencias que acarrea su consumo a nivel social, laboral, personal y familiar, por cuanto se ha logrado establecer relación con el aumento en la comisión de delitos, deterioro del sistema familiar y con los pares, dificultades con el sistema Legal nacional, además de alteraciones fisiológicas y psicológicas particulares, razón por la cual se plantea la necesidad de hacer un acompañamiento psicológico, mediante la aplicación del protocolo de intervención, orientados a la disminución, en términos de frecuencia de las conductas de consumo en los internos del EPMSC -Pamplona.

Los participantes fueron en su totalidad hombres, penados primarios, reincidentes y sindicados, por diversos delitos, que deciden participar voluntariamente. Se lleva la aplicación del VESPA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Consumo de Sustancias Psicoactivas), obteniendo como resultados el elevado consumo de marihuana con un 36,6% durante el último mes y la última semana, además de la cocaína en un 19,4%. Como estrategia de intervención se aplica el protocolo grupal junto con el acompañamiento individual, basado en el enfoque cognitivo conductual, logrando la disminución significativa en el consumo y la mejora en relación con las conductas problemas identificadas como objeto de intervención.

**PALABRAS CLAVE:** Sustancias Psicoactivas, Conductas de Consumo, Dependencia Física y Psicológica, Esquemas Maladaptativos Tempranos, Protocolos de Intervención Psicológica y Modelo Cognitivo Conductual.

VoBo DIRECTOR

## GENERAL SUMMARY OF WORK OF DEGREE

**TITLE:** INTERVENTION PROTOCOL DESIGN TOWARD THE USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES ON INMATES OF PAMPLONA'S MEDIUM SECURITY PRISON.

**AUTHORS:** LEIDY ANDREA NÚÑEZ BAUTISTA  
LEYDY MARIETH LOZANO SÁNCHEZ.

**FACULTY:** PSYCHOLOGY – CLINICAL PSYCHOLOGY SPECIALIZATION.

**DIRECTOR:** Ph.D. AMPARO DURÁN MOSQUERA.

### ABSTRACT

In Colombia psychoactive substances consumption it's constituted like a public health issue, because of the social and economics ups and downs that it leads, added to the prevalence file made by the Colombian drugs observatory (2008), identifying like predominant substances the tobacco, (44%) alcohol (86%) and marijuana (8%); whereupon are consider the consequences that the social, labor, personal, and familiar level consumption bring, so it has been achieved to establish a relationship with the increase in crimes, familiar system and mates deterioration, with legal national system difficulties, besides the physiological and psychological particular changes, reason why is stated the need to do a psychological accompanying, by applying the interventional protocol, oriented to the decrease, in consumption conducts frequency terms of the EPMSC-Pamplona interns

The whole participants were men, primary criminal, recidivists and syndicate, because of diverse crimes, that decided to participate voluntary. VESPA (epidemiological monitoring system of psychoactive substances consumption) application took place, obtaining as results higher marijuana consumption with a 36, 6% during the last week, besides of the cocaine in a 19, 4%. As intervention strategy is applied the group protocol along with the individual accompanying, based on the cognitive-behavioral approach, achieving a meaningful decrease in consumption and relationship improvement with the behavioral problems identified as intervention object

**KEY WORDS:** psychoactive substances, consumption behavior, physical and psychological dependency, early maladaptative schemas, intervention protocol of psychological and cognitive-behavioral model.

VoBo DIRECTOR

## INTRODUCCIÓN

Actualmente la psicología como ciencia cuenta con múltiples campos de aplicación, uno de ellos es la psicología de la salud eje de la presente práctica, la cual se considera como una perspectiva sistémica e integrativa, cúmulo de contribuciones profesionales, científicas y educativas, que tiene como fin la promoción y el mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, estudio de las causas y diagnósticos de la salud - enfermedad y disfunciones, así como el análisis y mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de políticas de la salud (Matarazzo, 1980; citado por Oblitas 2004).

Sumado a lo anterior, la psicología de la salud se enmarca dentro de dos modelos de trabajo "el biopsicosocial" y "el cognitivo-conductual"; el primero es un modelo emergente que se centra en establecer que salud y enfermedad están dadas bajo procesos multideterminados y donde factores como: el biológico (genética, bioquímica y fisiología), psicológico (cognición, emoción y percepción), socio - cultural (colectivo social, individual, étnico) y ciclo evolutivo, están en continua interacción y se afectan entre sí (Oblitas, 2004); mientras que el segundo, es un modelo psicoterapéutico que ha suministrado un sinnúmero de técnicas útiles en la modificación de hábitos, pensamientos, creencias, sentimientos y comportamientos, con alcances específicos en el tiempo, lo cual fortalece el trabajo de prevención y promoción de la salud. Es de resaltar que el enfoque psicológico mencionado, se constituye como la base para las intervenciones a nivel grupal e individual en el marco del proceso terapéutico de la presente práctica profesional.

Otro de los campos de la psicología que hace parte de esta intervención corresponde a los problemas psicosociales, los cuales se centran en el estudio de las dificultades psíquicas y sociales sin que se constituyan en cuadros clínicos; estos a su vez inciden en la salud y enfermedad, configurando situaciones de riesgo, que requieren intervención sobre el sujeto afectado o su entorno (Bernardi, Ceretti, Schwartzmann, s.f.). Asimismo, es de mencionar que los problemas psicosociales hacen parte del eje IV de la evaluación multiaxial, clasificados en las siguientes categorías: problemas relativos al grupo primario de apoyo, al ambiente social, la enseñanza, laboral, de vivienda, económico, de acceso a los servicios de asistencia sanitaria, interacción con el sistema legal, el crimen u otros (Manual de la Asociación Americana de Psicología DSM-IV- TR 2003).

A partir de lo mencionado anteriormente, es importante resaltar al ser humano como ente afrontando diversas dificultades que llegan afectar su estado de salud mental y su bienestar integral de forma clínicamente significativa; una de las problemáticas que se presenta con mayor frecuencia desde hace ya varias décadas, ha sido la alta incidencia del consumo de sustancias psicoactivas, tanto legales e ilegales, que a su vez están asociadas a múltiples factores psicosociales que alteran el entorno o contexto en el cual se desenvuelve, constituyéndose en un problema de salud pública que perjudica la población en general.

Ahora bien los aspectos mencionados anteriormente se vinculan con las actuales Políticas de Salud Pública y el Plan de Atención Básico en Salud a nivel Nacional, en los que se desarrollan proyectos orientados a la prevención de factores de riesgo, promoción de factores protectores y atención de dificultades que afectan el adecuado funcionamiento biopsicosocial del ser humano, de los cuales se puede resaltar el trabajo realizado en población escolar y adolescente del Cauca – Colombia, donde se promueve la implementación de actividades como rumba sana, festivales

de música y danza, conformación de clubes prejuveniles y juveniles, así como el Concejo de Política Social Juvenil, como estrategias frente a esta problemática (Ortíz, 1999).

Bien, teniendo en cuenta todo lo anterior, es fundamental para lograr la comprensión del fenómeno objeto de la intervención de este proyecto, la conceptualización de los aspectos relacionados con la misma; en primer lugar se hace mención a que las conductas de consumo de sustancias psicoactivas son consideradas como una enfermedad y un proceso que conduce al deterioro a causa de la ingesta de una o varias drogas, las cuales actúan en el cerebro mediante mecanismos que normalmente existen para regular las funciones de estados de ánimo, pensamientos, motivaciones generando así alteraciones, siendo estas cualquier sustancia química, natural o sintética, con cualidades para alterar la conducta, la percepción y aumentar o disminuir el rendimiento físico o psíquico de la persona (Restrepo, 2002).

Se debe mencionar que la adicción es una de las características más relevantes del consumo de sustancias psicoactivas, la cual según el DSM IV (1995) hace referencia a una serie de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos, que indican que el individuo continúa ingiriendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella, por cuanto existe un patrón de repetida auto administración que, a menudo, lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia (citado en Ávila et al 2003).

Ahora bien, otro término para designar la adicción es toxicomanía, la cual se trata de una dimensión farmacológica, que se conoce como una conducta de intoxicación voluntaria, provocado por la ingestión de una o varias drogas (Yayhoui, 1996; citado en Restrepo, 2002). Según el concepto emitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003), las drogas son sustancias que se introducen al organismo mediante inhalación, ingestión, vía endovenosa e

intramuscular, con la capacidad evidente para generar alteraciones a nivel del sistema nervioso central, que conlleva al sujeto a experimentar nuevas sensaciones o modificaciones psíquicas placenteras, presentando como resultado de su continuo uso sintomatología asociada a la dependencia, tanto física como psicológica, convirtiéndose en ente transformador del comportamiento base de la persona.

En efecto, según Ávila et al, (2003) se distinguen dos tipos de factores para que una persona se inicie en una adicción:

**Factores determinantes**, en los cuales se plantea que: a) El uso tiene su inicio en el momento en que el individuo realiza el acto de darse permiso para usar la primera dosis de la sustancia psicotrópica. Es importante aclarar que esta acción puede realizarse teniendo en cuenta determinantes como: estar a la moda, experimentar, tener la presión del grupo y por imitación de patrones. Cuando el uso de la droga se prolonga en forma sutil o manifiesta, el consumidor pasa al estado de abuso; b) El abuso de sustancias, consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias, manifestado por consecuencias adversas, significativas y recurrentes relacionadas con esta conducta durante un período continuo de doce meses o persistente, que se manifiesta como el uso recurrente de la droga tras lo cual se incumple con obligaciones académicas o laborales; la utilización es recurrente incluso cuando se pone en riesgo la propia integridad, recurriendo al mismo incluso cuando se presentan inconvenientes en las relaciones sociales y/o legales (DSM-IV- TR, 2002); c) La dependencia, se presenta cuando el consumidor ha experimentado el uso y el abuso de la sustancia, fase caracterizada por la presencia de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos, experimentando tolerancia (DSM-IV- TR, 2002), que son exteriorizados en una dependencia por el grupo de referencia, la cual consiste en que sus

miembros logra que cada miembro cumpla con el mandato de usar la sustancia en forma experimental, sin saber que, un porcentaje considerable, pasa al abuso y dependencia de la droga.

De igual manera, la dependencia psicológica, es la condición en la cual una droga produce sentimientos de satisfacción y motivación psíquica, generada como consecuencia de un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva. Los síntomas de la dependencia son similares para todas las sustancias aunque para algunas es menos evidente, e incluso puede no hacerse manifiestos (Souza, 1997; citado por Ávila et al, 2003).

Por otra parte la dependencia fisiológica es un estado de adaptación del organismo, producido por la administración repetida de una sustancia, cuya manifestación más frecuente es la aparición de trastornos físicos, más o menos intensos, cuando se interrumpe la administración de la misma. Una vez iniciado el consumo, se continúa usando la sustancia a pesar de los efectos adversos que ejerce en su organismo y en sus relaciones con la sociedad.

Continuando con los factores determinantes encontramos d) La progresividad, comprendida como el proceso de economía corporal dado a nivel fisiológico, ante la presencia e interacción de una sustancia psicotrópica, como mecanismo de compensación que facilita el funcionamiento adecuado de los órganos y sistemas del individuo, aun cuando se den altas concentraciones plasmáticas de diversas sustancias, como es el caso de la toxicomanía. Sumado a esto en la adicción se presenta el fenómeno de tolerancia en que el sujeto va a recurrir a cantidades crecientes de droga para sentir el mismo efecto que cuando se inició hasta alcanzar quizá el nivel de intoxicación. Cuando la tolerancia disminuye la intensidad del reforzamiento producido por la droga, la dependencia psicológica llega a ser el factor dominante de la conducta de búsqueda y

mantenimiento del consumo del psicotrópico. Esta condición se conoce como un anhelo o necesidad irresistible de consumo (Craving); ahora, tras la combinación de la sintomatología de tolerancia desarrollada, se presentan diferentes niveles de consumo dentro de los cuales se encuentra el experimental (como ensayos basados en la curiosidad u desconocimiento), ocasional (donde el sujeto selecciona escenarios y momentos para el consumo), regular (consumo habitual asumiendo una posición activa frente al consumo) y dependencia (necesidad del consumo para evitar el malestar).

Centrando nuevamente en los factores determinantes de la adicción se encuentra e) La recaída, presentada a causa de los quebrantamientos de una regla autoimpuesta o de un grupo de reglas que rigen determinado comportamiento, por lo cual se considera que la persona en situación de consumo y su red social de apoyo deben estar alertas para controlar cualquier factor de riesgo que se presente de forma adicional, tales como estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presión social (DSM IV, 1995). Ahora se encuentra f) La negación o dificultad para aceptar la adicción que el sujeto ha ido construyendo en el tiempo y el deterioro que ésta le produce en las diferentes áreas funcionales de su vida. Por otra parte se invalida una parte de la experiencia vital como si no existiera y g) La cronicidad, como presencia en el tiempo de determinada condición o estado de una persona. En la adicción, se presenta la dependencia física causando la pérdida del control sobre el consumo habitual de sustancias psicótropas, pese a las consecuencias de deterioro que trae consigo.

**Factores influyentes,** que está constituido por: a) genéticos, donde algunos estudios investigativos han determinado la presencia de factores hereditarios influyentes en el uso y abuso de sustancias como alcohol, cocaína, entre otras; b) psicológicos, teniendo en cuenta que como tal no se plantea una personalidad adictiva ya que algunas particularidades que presentan los

sujetos consumidores, como dependencia emocional, inseguridad, ansiedad, poca tolerancia a la frustración y la inmadurez, entre otros, también pueden evidenciarse en cualquier otro sujeto que no en situación de consumo. En relación con esto se da a conocer que algunas personas pueden ser vulnerables ante el uso, abuso o dependencia de drogas a causa de un uso deficitario de las estrategias de afrontamiento; c) familiares, por cuanto la familia es considerada como la institución primaria de la sociedad, en la cual se establece pautas de comportamiento regidas por principios morales y éticos, en la actualidad se ha identificado una clara tendencia en relación con el aprendizaje social de modelos (padres) con comportamientos de consumo, sobre las conductas evidentes a lo largo del crecimiento de los hijos; es decir que la presencia de padres consumidores aumenta las probabilidades de desarrollar la misma tendencia en los hijos; d) Socio-ambientales, relacionados con la presencia de factores protectores cuyo propósito es promover los estilos de vida saludables para evitar el incremento de personas en situación de consumo, es de mencionar tres elementos que los constituyen como lo son medios de comunicación colectiva, gobiernos locales y la policía; y los factores de riesgo, que según la teoría planteada por Ávila et al (2003), aumentan en función del contexto social, personal, político y cultural.

Se procede ahora, como elemento complementario a conceptualizar el síndrome de abstinencia que se presenta como fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas, este también es denominado síndrome de deprivación, en el cual se presenta una serie de signos y síntomas diversos y propios para cada tipo de sustancia apareciendo como consecuencia directa de la supresión y reducción de consumo de la droga de uso habitual (Martínez, Martín, Valero y Salguero, s.f.).

Cada uno de los aspectos mencionados con anterioridad, llevan a la necesidad de conocer puntualmente lo relacionado con las sustancias de mayor uso dentro del contexto, tanto ilícitas como lícitas, tomando como referencia la revisión realizada en los Establecimientos Penitenciarios de Chile (Área de Salud Tratamiento Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, 2009. P.71).

Tabla 1.  
Clasificación de las Drogas

|            | Depresoras   | Estimulantes  | Distorsionadoras  |
|------------|--|---|---|
| Definición | Disminuyen y/o enlentecen el funcionamiento del Sistema Nervioso Central   | Actúan sobre el Sistema Nervioso Central, produciendo   | Actúan sobre el Sistema Nervioso Central, produciendo   |
| Drogas     | Alcohol, opio y sus derivados: morfina, codeína, heroína, metadona; barbitúricos y tranquilizantes. Alteración de la concentración en ocasiones del juicio, disminución de la apreciación de los estímulos externos, relajación, sensación de bienestar, apatía, disminución de la tensión y la angustia | Tabaco, cocaína, pasta base, crack, L.S.D, peyote, anfetaminas, cafeína, éxtasis. inhalantes.   | Marihuana, hachís, mezcalina, hongos e  |
| Efectos    |  | Euforia, desinhibición, menor control emocional, irritabilidad y agresividad, menor fatiga, disminución del sueño, excitación motora e inquietud. | Modificación del estado de vigilia, noción de tiempo y espacio, exageración de las percepciones sensoriales, especialmente visión y audición. |

Una vez hecha esta precisión, se hace necesario socializar de forma general las consecuencias que acarrea el consumo sobre las diferentes áreas del funcionamiento del ser humano, partiendo de lo planteado por Ávila, et al. (2003). Los autores mencionan que se presenta deterioro a nivel

de: a) La familia, afectando la dinámica relacional y su funcionalidad; b) El área laboral aumentando el ausentismo y generando en la mayoría de los casos la pérdida de trabajo; c) Con relación a la economía se evidencia un déficit significativo, principalmente por la incurrencia de préstamos que en ocasiones no son cancelables y terminan en amenazas y agresiones, e incluso se recurre al hurto como fuente para conseguir dinero como fuente para conseguir el consumo; d) Área Psicológica evidente en el cambio progresivo de la conducta, mostrándose sensible, irritable, ansioso y deprimido afectado el comportamiento adecuado; e) Corporal donde se produce deterioro en el sistema digestivo, el sistema nervioso central, el sistema cardiopulmonar y luego los demás sistemas; f) Área sexual, principalmente en la mujeres por el comportamiento con la pareja y la presencia de celotipia; g) Lo Espiritual donde el sujeto abandona todo lo relacionado con la creencia de un Ser Superior.

Una última precisión relacionada con las conductas de consumo, hace referencia a los modelos de intervención que se han planteado hasta el momento, como estrategias en la disminución de los perjuicios que conlleva esta patología. Uno de los más aceptados en relación con la eficacia demostrada a través de las investigaciones corresponde al modelo cognitivo conductual, teniendo en cuenta el uso de una metodología experimental orientado a la comprensión y modificación de los comportamientos disfuncionales que sirven de base al consumo, como elementos perturbadores que demandan apoyo especializado a nivel de la salud mental.

De acuerdo con el Instituto Peruano de Psicoterapia Cognitivo Conductual, “la sistematización e integración de las diferentes estrategias cognitivo conductuales pueden ser una adecuada alternativa a aplicarse en la reestructuración del autoconcepto y compromiso de abandono de la conducta adictiva de personas dependientes a sustancias psicoactivas que se

inician en un proceso de recuperación bajo la modalidad ambulatoria, sobre todo debido a que el consumo de sustancias generan un debilitamiento gradual del autocontrol, del grado de conciencia de la gravedad del problema y un desbastamiento de las diferentes áreas de la vida del adicto” (sin p.p).

Los programas creados con base en este modelo, dependen en gran medida a la cronicidad del consumo y el compromiso del sujeto frente al cambio; además, las instituciones de atención a población en situación de consumo se ha desarrollado a partir del plan general de atención en Salud Pública, especialmente a nivel de salud mental, por lo cual se considera que han tenido repercusión en la atención de este fenómeno (World Health Organization, 1993; Alfonso y Madrigal, 1999).

Finalmente, es por esta razón, que la intervención terapéutica ante la problemática del consumo de sustancias psicoactivas tiene como base el modelo cognitivo conductual, llevando a cabo la aplicación de estrategias a nivel grupal e individual a través de técnicas que propicien la reestructuración cognitiva, el autocontrol, regulación emocional y estrategias de afrontamiento promoviendo la rehabilitación de la ingesta de drogas, evidentes en la creación de un protocolo de atención psicológica para los internos del Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario - Pamplona.

## MÉTODO

### Población

El Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario – Pamplona, cuenta en la actualidad con 237 internos, distribuidos en patio general, talleres, rancho, granja y disco, con edades que oscilan entre los 18 y 69 años, de estrato medio – bajo, que se encuentran en la institución bajo el carácter de sindicados y condenados primarios y reincidentes.

### Muestra

Se realizó evaluación a 93 de los 103 internos del patio general, 20 cuestionarios invalidados por uso inadecuado del mismo, por cuanto la totalidad de datos válidos es 81; los internos no evaluados son excluidos teniendo en cuenta el criterio establecido de recibir tratamiento psiquiátrico no derivado del consumo; el 100% de la población corresponde a hombres (por las características de la institución), con una edad mínima de 19 años, máxima de 42 (media de 29,17 y desviación típica de 6,043), y estrato socioeconómico predominantemente 1 con 69,9%.

### Instrumentos

Los instrumentos utilizados durante el proceso de evaluación general y clínica fueron:

Formulario de Vigilancia de Sustancias Psicoactivas (VESPA): Cuestionario creado como elemento de vigilancia en la Secretaría de Salud Pública de Bogotá y replicado a lo largo del país; está orientado a la identificación de aspectos relacionados con el consumo de sustancias en los siguientes aspectos: tipo de droga, frecuencia de uso, vía de administración, edad de inicio y edad en que se suspende el consumo (Secretaría Distrital de Salud, s.f) (Apéndice A).

**Inventario de Depresión de Beck:** Creado por Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock,, J. y Erbaugh, J. en el año 1961, para evaluar la gravedad del cuadro depresivo. El BDI consta de 21 ítems que evalúan los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es autoaplicado y de fácil calificación por lo cual se utiliza comúnmente en el ámbito clínico. El instrumento ha sido adaptado y validado por Conde y Useros (Bobes, Portilla, Bascarán, Sáiz y Bousoño, 2004) (Apéndice B).

**Escala de Desesperanza de Beck:** Creado por Beck, A., Weissman, A., Lester, D. y Trxler, L, en el año 1974, para evaluar las expectativas negativas de la persona sobre el futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida. Es un predictor de posible suicidio. Consta de 20 ítems y es igualmente autoaplicado (Bobes, et al, 2004) (Apéndice C).

**Ficha de datos sociodemográficos:** Orientada a elaborar la caracterización de la población evaluada que hace parte de la muestra seleccionada.

**Historia Clínica:** Instrumento diseñado por el Centro de servicios Psicológicos de la Universidad Pontificia Bolivariana, con uso autorizado para la especialización en psicología clínica y orientada a la recolección de información personal y de consumo de los pacientes (Apéndice D).

## Procedimiento

**Fase de Diagnóstico:** Se llevó a cabo el contacto con la población y posterior aplicación del instrumento de Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Consumo de Sustancias Psicoactivas a la población en general, orientado a la identificación de internos con dependencia, abuso y abstinencia por consumo de sustancias psicoactivas, que hicieron parte del tratamiento.

**Fase de Diseño e Intervención:** La fase de intervención trae implícita también la evaluación de los casos de atención individual, con lo cual se parte para el diseño del protocolo de atención, teniendo en cuenta el componente grupal e individual que corresponde, orientado bajo el modelo cognitivo – conductual. La intervención se realizó de forma mixta, mediante atención individual en sesiones de 60 minutos dependiendo de las características del caso y la realización de sesiones grupales orientadas al cumplimiento de las metas terapéuticas establecidas.

**Fase de Evaluación del Proceso:** Tras la culminación de la fase de diseño e intervención, se llevó a cabo la evaluación del cumplimiento de metas terapéuticas a nivel grupal e individual.

## Diseño o Metodología

Teniendo en cuenta la orientación del presente proyecto, se da a conocer que las sesiones de intervención individual y grupal, se realizaron bajo el enfoque cognitivo – conductual.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación se dan a conocer los resultados tras la implementación de cada uno de los elementos contenidos en la metodología del proyecto, teniendo en cuenta la información sociodemográfica recolectada en la Ficha de datos; posteriormente se presentan los resultados de la prueba de tamizaje VESPA, la cual se analizó en relación con los lineamientos de la estadística descriptiva, aplicados mediante el SPSS 19.0, donde se ve la respectiva interpretación con base en los fundamentos teóricos registrados en apartados anteriores.

Se continúa con la sistematización de la experiencia con la población, los logros y metas alcanzados en las sesiones grupales e individuales, así como la información relevante concerniente al tema, teniendo en consideración los elementos abordados como cumplimiento por el componente ético de la intervención clínica con personas en situación de reclusión.

### Integración de las Características de la Población

Para iniciar con la descripción se plantea que el 100% de la población, es decir 93 sujetos, son de género masculino, internos en el Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario –Pamplona, en calidad de condenados primarios, reincidentes y sindicados; con un estrato socioeconómico predominantemente 1 con 69,9%, nivel educativo con una prevalencia de 28%, sin estudios cursados y bachillerato incompleto, pues la mayoría de ellos se encuentran en quinto ciclo del área educativa; finalmente en relación con la edad, se identificó como mínima los sujetos de 19 años y máxima de 42, con una media de 29,17 años.

Por su parte en una investigación realizada por Crespo, Ruíz, Rodríguez, Tamara y Torres, (s,f) en 11 centros penitenciarios de Colombia, caracterizaron socio demográficamente la

población, encontrando que la edad media a nivel nacional se ubica en los 32 años, muy cercana a la presente en el estudio, que corresponde a los 29 años, además la edad mínima es 19 años y la máxima 69, teniendo en cuenta que un porcentaje significativo de ellos cometió el primer delito aproximadamente a los 23,19 años; aspectos relacionados con lo tipificado en la muestra seleccionada en el presente trabajo, a pesar de no haber considerado algunos datos como la edad de comisión del primer delito. De igual forma, se presenta otra información significativa, dentro de los que se menciona que la procedencia predominante de los estratos bajos (1 y 2 especialmente), el bajo nivel educativo y los empleos poco cualificados.

Sumado a ello, se encontró que para el año 2008, Castaño creó el perfil de las personas en situación de consumo, donde se afirma que el 80,9% son hombres, de los cuales, el 38% son solteros, 59,5% tienen entre 18 y 23 años y el 42% pertenecen a estrato medio bajo. Al contrastar los resultados se logra percibir la diferencia significativa en relación con la edad, por cuanto en los internos del EPMSC se identificó consumo sin distinción de edad, a partir de los 19 años hasta los 4; así mismo, el estrato socioeconómico medio no es muy frecuente por lo cual las conductas de consumo se están presentando en estrato bajo (Castaño, s.f).

Volviendo a los hallazgos de la ficha sociodemográfica, se encontró que la población abordada estuvo constituida por los internos del patio general, donde se concentra la mayoría de los sujetos, especialmente aquellos que se encuentran realizando actividades de índole académico o laboral (PAI de limpieza, artesanías, ciclos educativos), como estrategia para el descuento de tiempo físico que deben permanecer en la institución para cumplir con la condena emanada por la entidad competente.

Lo mencionado anteriormente corresponde a un breve acercamiento a los elementos característicos de la muestra, aspecto necesario de ser abordado teniendo en cuenta la particularidad de la misma frente a la investigación, pero la cercanía en perfil a los aspectos revisados en el contexto de la teoría. En relación con lo ubicado a nivel práctico, vivencial o experiencial, es innegable reconocer que trabajar con población que ha cometido delitos implica un acercamiento a la realidad contextual de ser internos cumpliendo la condena por un acto de agresión contra la norma, crimen que se selecciona considerando las limitaciones impuestas por sus habilidades y aptitudes, las tendencias de personalidad, el grado de dependencia de las drogas, el nivel educativo, etc., interacción mediada por la presencia de prejuicios que sin distinción claro, se convierte en elemento diferenciador de los roles en la relación.

En relación con el proceso conviene hacer una aclaración que atañe al contexto ético de la investigación, considerando que la totalidad de internos participaron de forma voluntaria, elemento verificable en los consentimientos informados, en los cuales se vio la necesidad de hacer hincapié en el respeto por la confidencialidad y la salvaguarda de la información frente al personal de custodia y administrativos, teniendo en cuenta que sus condenas pueden ser mantenidas de no presentar adecuados comportamientos con los entes mencionados y en la convivencia con los demás internos, (Ley 1090, artículo 10 a).

Ahora bien, en el momento de iniciar con la aplicación del instrumento de tamizaje y durante la primer intervención individual, un gran número de internos manifestaban su inquietud y preocupación por el uso de los resultados allí identificados, especialmente porque a lo largo de la experiencia que han tenido con personas del área asistencial no ha sido satisfactoria, principalmente porque al narrar sobre las situaciones de consumo que se registran en los patios, se ponen en riesgo los beneficios que ellos reciben en general y por área, además de implicar el

juicio y proceso de segregación social por parte de sus compañeros, al incurrir en uno de los delitos mayormente castigados, ser “sapo”, término utilizado para denotar a aquel que filtra información sobre la convivencia interna, hacia los entes administrativos.

Como elemento para subsanar el temor por responder con sinceridad el instrumento y participar abiertamente del proceso grupal e individual, se empleó la empatía con las terapeutas, especialmente con aquella que se relaciona por primera vez con la población, teniendo en cuenta que una de las terapeutas ha estado cercana al proceso de cada patio por ser supervisora de prácticas de psicología de la Universidad de Pamplona; además se enfatizó en que la información emanada a la institución como producto final del proceso realizado por las psicólogas corresponde a datos sin identificación por interno.

Producto del proceso de práctica se logran dos avances significativos que facilitan la intervención grupal e individual: a) el prejuicio construido socialmente en torno al trabajo con población interna de una penitenciaría y en especial consumidores activos, se desestructura con base en evidencias de respeto bidireccional en la relación establecida y b) El establecimiento de empatía propiciado por las psicólogas se constituye en elemento catalizador de cambios terapéuticos.

Al llegar a este punto se hace necesario pasar a revisar los resultados obtenidos con los instrumentos aplicados, en especial el de tamizaje de consumo.

### Síntesis de los Instrumentos Aplicados

De otro lado, se presenta a continuación la tabla de resultados donde se sintetiza la información obtenida tras la aplicación del VESPA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de

Sustancias Psicoactivas), datos que sirvieron como base fundamental en la selección de los internos que participaron de las intervenciones psicológicas en relación con la presencia de conductas relacionadas con el consumo disfuncional de 1 o más sustancias psicoactivas.

Tabla 2.  
Estadísticos Descriptivos de la Prueba VESPA en Internos del EP MSC - Pamplona

| Sustancia                               | Edad de Inicio de Consumo | Frecuencia de Uso   | Prevalencia |
|---|---------------------------|---------------------|-------------|
| Marihuana                               | 6 años                    | Hace Un año o Más   | 14%         |
|   |                           | Nunca la ha Probado | 25,8%       |
|   |                           | La Probó una Vez    | 7,5%        |
|   |                           | Durante Último Año  | 6,5%        |
|   |                           | Durante Último Mes  | 2,2%        |
| Basuco                                  | 11 años                   | Hace Un año o Más   | 19,4%       |
|   |                           | Nunca la ha Probado | 53,8%       |
|   |                           | La Probó una Vez    | 15,1%       |
|   |                           | Durante Último Año  | 7,5%        |
|   |                           | Durante Último Mes  | 0%          |
| Cocaína                                 | 9 años                    | Hace Un año o Más   | 20,4%       |
|   |                           | Nunca la ha Probado | 17,2%       |
|   |                           | La Probó una Vez    | 49,5%       |
|   |                           | Durante Último Año  | 6,5%        |
|   |                           | Durante Último Mes  | 5,4%        |
| Bebidas Alcohólicas (Primer Borrachera) | 6 años                    | Hace Un año o Más   | 12,9%       |
|   |                           | Nunca la ha Probado | 12,9%       |
|   |                           | La Probó una Vez    | 4,3%        |
|   |                           | Durante Último Año  | 5,4%        |
|   |                           | Durante Último Mes  | 7,5%        |
| Inhalantes                              | 6 años                    | Hace Un año o Más   | 48,4%       |
|   |                           | Nunca la ha Probado | 65,6%       |
|   |                           | La Probó una Vez    | 16,1%       |
|   |                           | Durante Último Año  | 16,1%       |
|   |                           | Durante Último Mes  | 5,4%        |
| Pastillas para                          | 12 años                   | Hace Un año o Más   | 12,9%       |
|   |                           | Nunca la ha Probado | 65,6%       |
|   |                           | La Probó una Vez    | 16,1%       |
|   |                           | Durante Último Año  | 16,1%       |
|   |                           | Durante Último Mes  | 5,4%        |

|                                      |         |                       |       |
|--------------------------------------|---------|-----------------------|-------|
| Quitar el Sueño                      |         | Durante Último Año    | 1,1%  |
|                                      |         | Durante Último Mes    | 0%    |
|                                      |         | Durante Última Semana | 0%    |
| Pastillas para<br>Quitar los Nervios | 12 años | Nunca la ha Probado   | 69,9% |
|                                      |         | La Probó una Vez      | 7,5%  |
|                                      |         | Hace Un año o Más     | 6,5%  |
|                                      |         | Durante Último Año    | 5,4%  |
|                                      |         | Durante Último Mes    | 6,5%  |
|                                      |         | Durante Última Semana | 0%    |
|                                      |         | Nunca la ha Probado   | 78,5% |
| Éxtasis                              | 9 años  | La Probó una Vez      | 5,4%  |
|                                      |         | Hace Un año o Más     | 3,2%  |
|                                      |         | Durante Último Año    | 5,4%  |
|                                      |         | Durante Último Mes    | 2,2%  |
|                                      |         | Durante Última Semana | 1,1%  |
|                                      |         | Nunca la ha Probado   | 67,7% |
|                                      |         | La Probó una Vez      | 7,5%  |
| Heroína                              | 9 años  | Hace Un año o Más     | 12,9% |
|                                      |         | Durante Último Año    | 4,3%  |
|                                      |         | Durante Último Mes    | 1,1%  |
|                                      |         | Durante Última Semana | 2,2%  |
|                                      |         | Popper                | 2,2%  |
|                                      |         | Gasolina              | 2,2%  |
|                                      |         | Hongos                | 5,6%  |
| Otras sustancias                     |         | Big "H"               | 1,1%  |
|                                      |         |                       |       |
|                                      |         |                       |       |

En relación con la tabla presentada anteriormente, uno de los aspectos más importante para analizar es la edad de inicio del consumo, por cuanto es preocupante evidenciar en la muestra que la ingesta de sustancias psicoactivas se dio en la infancia temprana y en la pre adolescencia; en primer lugar a los 6 años empezaron a consumir de forma experimental con sustancias como la marihuana, inhalantes y bebidas alcohólicas, siendo algunas de estas de tipo legal, blandas y fácil acceso, mientras que a los 9 y 12 años se da el consumo de drogas en su mayoría ilegales, duras y de alto grado de dependencia física como la heroína, cocaína, basuco, pastillas para quitar el sueño, los nervios y el éxtasis; es posible que este acercamiento a las drogas se relacione con la disfuncionalidad familiar, los patrones de modelamiento y la influencia del contexto social

en el que se desarrollaron, haciéndoles vulnerables ante esta conducta y otras consideradas como desadaptativas, en especial los comportamientos delictivos.

En correspondencia con los resultados presentados anteriormente, Castaño (s.f) dio a conocer en el Seminario Internacional de Drogas y VIH en Colombia, que específicamente en el caso de la heroína la edad de inicio corresponde al periodo comprendido entre los 15 y 17 años, teniendo en cuenta que no es una sustancia con la que se inicie el consumo general, por ser una droga dura y ser subsecuente al consumo de otras sustancias como cigarrillo, alcohol y marihuana, cuyo inicio se da hacia los 12 años, aspecto relacionado con que el 88% de las personas en situación de consumo, tienen antecedentes familiares de primera línea.

Ahora bien, en cuanto a la incidencia del consumo de sustancias psicoactivas predominan las sustancias ilegales, la cuestión radica en la particularidad de que en un establecimiento de este tipo (EPMSC) se logre el acceso a estas drogas; de acuerdo con lo mencionado, la sustancia que durante el último mes y semana fue consumida en mayor medida corresponde a la marihuana en un 38,8%, seguida de la cocaína 19,4%, inhalantes 10,8%, bebidas alcohólicas 7,5%, contrario a las pastillas para los nervios (6,5%), el éxtasis y la heroína (3,3%), los cuales muestran bajos niveles de consumo, y finalmente la prevalencia de la ingesta del basuco y pastillas para quitar el sueño es nula.

Desde el ángulo presentado por Rojas, (2000; Citado por García, X), los datos identificados en el presente estudio, tienen punto de comparación con las cifras registradas por el Ministerio de Salud, frente a las conductas de consumo de tabaco, considerando que el VESPA, instrumento de medición utilizado, deja de lado la ingesta de cigarrillo que al interior de los Establecimientos Penitenciarios es muy elevado; por el contrario el alcohol que a nivel nacional tiene una

prevalencia de 72,5% en hombres se ve reflejado en la población interna como un 49% que al menos una vez en la vida ha consumido, cifras alarmantes, teniendo en cuenta que la edad

Es importante aclarar que los datos de prevalencia planteados anteriormente corresponden al uso de las sustancias, sin diferenciar entre uso y abuso de las mismas, así como la presencia de conductas de politoxicomanía, en las que el sujeto se autoadministra varias sustancias con el fin de mantener alteradas sus funciones mentales (PsicoActiva, s.f). Asimismo es de resaltar que al interior del Establecimiento Penitenciario algunos de los sujetos en situación de consumo realizan labores en pro de conseguir su dosis, es decir lavan la ropa, asean celdas o se convierten en lo que se denomina “carro” en la jerga carcelaria.

Respecto a la prevalencia en el último año se denota el consumo de inhalantes 16,1%, seguido del basuco 7,5% , cocaína y marihuana 6,5%, bebidas alcohólicas, pastillas para quitar el sueño y el éxtasis 5,4%, mencionando que estas sustancias tiene, de igual manera un porcentaje significativo en relación a la frecuencia de uso de hace un año o más, a diferencia de la heroína, pastillas para quitar los nervios, éxtasis.

En cuanto a la experimentación de una sustancia en un momento determinado de su vida se puede concluir que la de mayor frecuencia es el consumo de bebidas alcohólicas 49,5%, casi la mitad de los sujetos de estudio admitieron haberla probado una vez, así como las pastillas para quitar el sueño 16,1%, basuco 15,1%, cocaína 11,8%; en relación a las sustancias que nunca han probado se establece en un alto índice las siguientes en un 78,5% el éxtasis, 69,9% pastillas para quitar los nervios, 67,7% la heroína, 65,6% pastillas para quitar el sueño, 53,8% el basuco, inferior a la media se encuentra 37,6% la cocaína, 25,8% la marihuana y 17,2% las bebidas alcohólicas.

Finalmente surge un grupo de sustancias que no se dan a conocer el nivel de prevalencia y que no son contempladas en el instrumento como tal, pero que son ingeridas por los internos: Big H 1,1%, popper y gasolina en 2,2% y hongos 5,6%.

Ahora bien, los datos aquí mencionados pueden contrastarse a nivel teórico, donde se hace mención a la relevancia del tema encontrando una serie de investigaciones en torno al consumo de sustancias en población privada de su libertad; uno de los estudios encontrados, se realizó en Medellín (Colombia) dejando como resultado que la prevalencia de consumo de sustancias es elevada en el contexto seleccionado, especialmente lo relacionado a la heroína Castaño, (2002).

Sumado a lo anterior, es importante hacer mención a los resultados evidenciados en las pruebas aplicadas como elementos complementarios en el proceso de intervención individual, a partir de los cuales se puede medir la efectividad del plan de tratamiento implementado.

Tabla 3.  
Evolución en Terapia Individual

| Pacientes | EAG    |        | Paciente W |        | Paciente CRS |        | Paciente H |        |
|-----------|--------|--------|------------|--------|--------------|--------|------------|--------|
| Pruebas   | BDIBDE | BDIBDE | BDIBDE     | BDIBDE | BDIBDE       | BDIBDE | BDIBDE     | BDIBDE |
| Sesión 1  | 22     | 17     | 14         | 8      | 25           | 14     | 25         | 14     |
| Sesión 2  | 27     | 16     | 17         | 8      | 26           | 14     | 24         | 15     |
| Sesión 3  | 17     | 16     | 16         | 5      | 22           | 10     | 16         | 13     |
| Sesión 4  | 12     | 14     | 12         | 6      | 17           | 9      | 19         | 8*     |

\*La información aquí consignada se soporta en los anexos del presente informe.

Al analizar los datos de las pruebas aplicadas como herramientas complementarias en la verificación del cumplimiento del tratamiento adelantado en las sesiones individuales se

identifican cambios significativos en función del mejoramiento del estado de ánimo y la disminución de desesperanza, relacionándose por ende con una disminución en ideación suicida. En primer lugar se encuentra el Señor EAG, uno de los pacientes más sintomáticos dentro del grupo terapéutico instaurado; inicialmente el paciente da a conocer una serie de signos que indican una alteración evidente en el estado de ánimo, especialmente lo relacionado con la pérdida de interés por actividades que con anterioridad generaban satisfacción, disminución en la calidad de sueño y apetito.

Por su parte el paciente 2, Señor W no presenta sintomatología depresiva que requiera especial atención en la intervención individual, sus metas terapéuticas se relacionan con aspectos mencionados en la presentación de caso; a pesar de lo cual se aplican las pruebas de cada sesión como herramienta de evaluación continua.

El señor CRS, es un paciente sin sintomatología; mientras que el Señor H hace evidentes una serie de signos alarmantes en relación con alteración del estado de ánimo, acompañado por desesperanza sobre su futuro. Estos aspectos se extrapolaron con el discurso triádico depresivo del paciente, pues manifiesta claramente una visión negativa de sí mismo, del mundo y de su futuro, por lo cual se hizo necesario hacer una intervención orientada entre otras a estas metas.

Finalmente, es de mencionar que en ocasiones las caídas significativas en la puntuación obedecen al momento de la intervención en la cual está el paciente.

### Cambios es Función de la Intervención

Ahora bien, frente a las intervenciones planteadas en el protocolo grupal y el acompañamiento psicológico a nivel individual, se evidencian cambios significativos, teniendo

en cuenta que lograr la extinción total de la conducta de consumo es una meta terapéutica realizable a largo plazo.

Al inicio de los encuentros grupales se lleva a cabo el establecimiento de empatía con la población, elemento fundamental para el buen desarrollo del protocolo; frente a esto es importante mencionar que la población interna del EPMSC, se mostró receptiva a los aportes realizados desde el área de psicología, facilitando la vinculación bidireccional, además, fue necesario que en la primer sesión se socializaran algunos términos que hacen parte de la jerga carcelaria, por cuanto ellos utilizan estas expresiones con frecuencia y de no comprenderlas se puede interpretar de forma errónea la información expuesta en las sesiones.

Este momento de aproximación a la cultura carcelaria, se constituye quizá como el elemento que ayudó en la desmitificación del rol asignado al psicólogo como parte de los entes administrativos, por cuanto los internos identifican en las terapeutas una preocupación real comprender sus discursos, vivencias e historias de vida en la penitenciaría. Asimismo, los internos se muestran en esa primera sesión despreocupados, pues aclaran la realización del pacto internos de respetar elementos clave como la confidencialidad con la información allí revelada.

Durante esta primera sesión, también se llevó a cabo el establecimiento de metas terapéuticas, donde algunos de los internos dan a conocer que su intención se orienta al manejo de la sintomatología relacionada con el síndrome de abstinencia y no precisamente a eliminar las conductas de consumo, movilizándolo a un buen número de compañeros a la misma meta, sin embargo, se trabajó con ellos en la importancia de identificar su propia visión, saber hacia dónde quieren orientar su proyecto de vida fuera del INPEC y la relación directa o indirecta con el consumo de sustancias psicoactivas; posteriormente tras el avance de las sesiones se logra

movilizar a los internos hacia la identificación de las creencias que subyacen al consumo y los elementos circundantes que hacen las veces de mantenedores de la conducta. La mayoría de las creencias se relacionan con que “el mundo sin las drogas es muy duro”, “no hay elección, cuando uno cae... cae de verdad”, “este mundo (la cárcel) no se puede vivir sin estar embalado”, “igual mi vida no va a mejorar sin las drogas”, entre otras, que fueron gestadas a partir de las experiencias tempranas vividas en el contexto familiar y social en el cual se dio el crecimiento.

En relación con ello, a partir de las intervenciones y las tareas asignadas, se evidencia que la mayoría de la población creció en sectores de las ciudades donde median las dificultades psicosociales, relacionadas con la presencia de extrema pobreza, pandillismo, delincuencia común, reorganización de grupos desmovilizados, entre otros; razones que sumado a las condiciones familiares de desintegración, padres con consumo de alcohol u otras sustancias, distancia emocional entre los miembros del sistema nuclear, favorecieron la constitución de esquemas maladaptativos tempranos, cuya reacción a nivel conductual corresponde a la comisión de delitos y consumo de SPA.

Los esquemas maladaptativos más frecuentes en la población objeto de intervención corresponden al dominio de desconexión y rechazo, dentro de los cuales se ubican inestabilidad/ abandono, desconfianza/abuso, privación emocional, vejez/ defectuosidad y aislamiento social/ alienación, han sido activados por las condiciones de vida y mantienen el consumo regular a lo largo de estos años.

Es en este momento en el cual se lleva a cabo la reestructuración cognitiva con base en el uso de las técnicas: detección de pensamientos, flecha descendente, diálogo socrático, entre otras, facilitando que los pacientes reconozcan el consumo como una problemática que se presenta en

función de experiencias que en su mayoría se dieron durante la infancia, logrando así resignificar a nivel grupal e individual los aprendizajes, de tal forma que se revaliden y cambien la perspectiva conductual de respuesta de consumo.

Sumado a lo anterior, durante las sesiones grupales se abordó el aprendizaje de técnicas de autocontrol y autorregulación, por cuanto se presentaron algunos retrasos, especialmente por el ambiente de informalidad que se dio, ante lo cual se hizo necesario el reencuadre por parte de las moderadoras, gracias a lo cual la aprehensión de la técnica se logra en la mayoría de los pacientes, iniciando su aplicación en la cotidianidad de sus labores y diligenciando posteriormente en el formato de registro diario de actividades.

Es a partir de la tercera sesión que se logra un indicador de participación óptimo, especialmente por el conocimiento que adquieren los pacientes de la estructura de la sesión y el nivel de empatía con las psicólogas moderadoras de los encuentros, aspecto que facilitó el desarrollo temático propuesto, pues se tenía planteado el desarrollo de estrategias psicológicas de intervención relacionadas con el control del enojo y la ira, ante lo que algunos de los participantes niegan la existencia de estos sentimientos, haciendo uso de medios evitativos a nivel conductual y cognitivo, pero es gracias a la pericia de la intervención que se logra la expresión de los mismos facilitando el abordaje clínico.

Posteriormente, durante las sesiones 5 y 6, se lleva a cabo la implementación de estrategias para la prevención de la recaída, haciendo la respectiva aclaración que no está vinculada con que los pacientes hayan eliminado las conductas problema en su totalidad, sino que se logra una disminución significativa en la frecuencia de situaciones de consumo, por lo cual se espera que progresivamente se den mejoras y no se recaiga con facilidad de nuevo en el consumo.

A partir de la implementación del protocolo de intervención se alcanzaron las metas terapéuticas programadas y se confirma la efectividad de las técnicas cognitivo conductuales en el manejo de pacientes con conductas de adicción. Se presentó el caso de 1 deserción, relacionada con dificultades específicas con los demás miembros del grupo.

| ESTRATEGIA  | ALCANCES  | LIMITACIONES  |
|---|---|---|
| Reestructuración cognitiva, Detección de pensamientos, Flecha descendente, Diálogo socrático. | <p>Se logró que cada uno de los participantes identificara sus pensamientos automáticos conducentes a las creencias centrales, siendo estos relacionados con la conducta de consumo la cual se presenta en la totalidad de los participantes desde su infancia.</p> <p>Además, poner a prueba la validez de cada uno de ellos facilitó el proceso de transformación de pensamientos que sustentan el mantenimiento de conductas de consumo.</p> <p>La aplicación de estas técnicas no solo aportan a la disminución del consumo sino a la identificación de problemáticas personales y familiares es así que se lleva a cabo un proceso de aprendizaje que facilita la modificación de ciertas conductas negativas.</p> <p>Se da la movilización del grupo de intervención hacia una misma meta terapéutica e incluso hacia metas relacionadas con lo que se refiere al proyecto de vida.</p> | <p>Para algunos pacientes es complejo el proceso de identificar los pensamientos, requiere de entrenamiento arduo.</p> <p>Las creencias se han arraigado de tal forma que se consideran únicas y se presentan dificultades para abordarlas. Otra dificultad es el uso de la terminología técnica utilizada por las terapeutas y de igual forma por la de los internos.</p> <p>Además de la desmotivación ante las tareas asignadas.</p> |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p>técnicas de autocontrol, autorregulación, control del enojo y la ira, respiración y relajación</p>  | <p>A partir de la intervención se logra el reconocimiento dereacciones psicofisiologicas desfavorablesfrente a situaciones del contexto carcelario,familiar y personal ante lo cual se lleva a cabo la aplicación de estrategias de autocontrol y autorregulación generando así nuevas reacciones menos agresivas. Se obtiene la disminución de conductas autolesivas. Se identifica que los participantes ante el consumo de sustancias psicoactivas tienen claridad en las percepciones que estas ocasionan, contrario a cuando no están bajo el efecto de las sustancias, a partir de la aplicación de estas técnicas se adquiere en ellos el reconocimiento y evidencia del estado de sensaciones corporales y psicofisiológicas. En la aplicación de estas técnicas se da la interiorización en cuanto a</p> | <p>Frente a la aplicación de las técnicas se complejizan las mismas debido a los esquemas y creencias de los internos, ya que consideran que las reacciones evitativas y agresivas son las únicas alternativas de solución ante situaciones problemáticas. Algunos participantes aunque reconocieron que hay otras alternativas para relajarse consideran, que son mucho más favorables las sensaciones y percepciones ante el consumo de sustancias, pues consideran que se da un estado de relajación, concentración, evitación de miedo siendo esta la única estrategia para el afrontamiento de problemáticas.</p> |
| <p>Role playing, distracción, inducción de imaginación, asertividad, resolución de problemas, habilidades sociales, tiempo fuera, modelo A-B-C-D</p> | <p>nuevos estilos de afrontamiento ante situaciones que les resultan complejas. Mejoran sus relaciones interpersonales. Se logra una disminución significativa en la frecuencia de situaciones de consumo. Concientización en cuanto a</p>  | <p>La desesperanza de algunos participantes frente a nuevas alternativas de enfrentamiento ante el consumo y problemas ya que mencionan que en algunas ocasiones es la única forma de sobrevivencia. No se elimina la conducta</p>   |
| <p>Prevención de la recaída, análisis de ventajas y desventajas, flechas descendentes</p>  | <p>reacciones psicofisiologicas y pensamiento automáticos esperando que</p>   | <p>problema en su totalidad.</p>   |

---

progresivamente se den mejoras y no se recaiga con facilidad en el consumo. Se identifican pensamientos catastróficos acerca de la ingestadesustancias psicoactivas. Se fortalecen las redes de apoyo.

---

## CONCLUSIONES

A partir del ejercicio de sistematización de la experiencia de práctica se concluye lo siguiente:

El nivel de prevalencia identificado en la población interna del EPMSC es muy relevante, teniendo en cuenta que durante la semana anterior a la aplicación del VESPA, los porcentajes de consumo de marihuana se ubica en un 36,6% y de base de cocaína en 14%, posibilitando el mantenimiento de conductas de politoxicomanía, lo que a su vez favorece la cronicidad del proceso experimentado y el aumento en la disfuncionalidad clínica del paciente.

De acuerdo con lo planteado en el apartado introductorio del presente trabajo, el fenómeno social gestado a partir de las conductas regulares de consumo de sustancias psicoactivas, trasgrede los límites de las instituciones gubernamentales, corroborando una vez más que se constituye en un problema de salud pública que demanda atención transdisciplinar, tanto a nivel de prevención como intervención y rehabilitación, especialmente por la edad a la cual se está experimentando el primer acercamiento a las sustancias psicoactivas, que la mayoría de las veces se aproxima a la 7 u 8 años.

Tomando como base el contexto carcelario en el cual se encuentran todos los pacientes y los perjuicios que trae para el proceso de rehabilitación, en función de variables como las dificultades de convivencia, el distanciamiento físico y emocional de la familia, la desproporción de tiempo libre con actividades recreativas, laborales o académicas, se hizo necesario incluir en el protocolo de atención grupal, sesiones orientadas al mejoramiento de los niveles motivacionales frente a la rehabilitación y el fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento.

En relación con las variables que desencadenan la aprehensión y subsecuente desarrollo de conductas de consumo, en los casos individuales se identificaron aspectos relacionados con la permisividad de las figuras maternas, frente a la rigidez de los padres, no favoreciendo el establecimiento de reglas claras, sino haciendo difusa la función de la norma como reguladora del comportamiento; además en los contextos donde se da origen a las conductas, hay un elevado índice de pandillismo que hace las veces de modelo frente a la creación de estrategias para el proyecto de vida.

Considerando las características de adherencia al tratamiento en función de las sesiones individuales, se puede afirmar que el uso de técnicas de intervención cognitivas y conductuales, resulta eficaz en la rehabilitación de personas en situación de consumo, a pesar de lo cual se hace necesaria la continuidad de proceso, por cuanto la terapia breve no facilita (por situaciones contextuales) la extinción de la conducta de consumo, aunque si se permite el cumplimiento de metas terapéuticas a corto plazo, mejorando la funcionalidad en las áreas de ajuste de los pacientes.

En relación con el proceso de atención grupal, se identificó la importancia de implementar estrategias facilitadoras del establecimiento de empatía con la población, teniendo en cuenta que de no presentarse este elemento en el trabajo conjunto, no se posibilitaría el abordaje de temas planteados en el protocolo que son de importancia para la rehabilitación de sus participantes.

En la atención grupal e individual se identificó la presencia de una serie de esquemas que requirieron de la intervención adecuada para reestructurarlas en función de activar creencias de control sobre el consumo y los síntomas de *craving*. Es de mencionar que las creencias mas arraigadas que subyacen el comportamiento del paciente en situación de consumo se han

constituido a partir de aprendizajes en la adolescencia y el refuerzo dado por contextos socio familiares disfuncionales que alteran el buen curso del desarrollo humano.

La situación de aislamiento social y estigmatización por parte de los familiares hace que los pacientes al interior del Establecimiento Penitenciario y Carcelario activen creencias de alivio frente a la experiencia misma de encierro, y quizá de las más frecuentes son las creencias anticipadoras y permisivas, a través de los cuales se escudan para valorar el consumo como única forma útil para la supervivencia en el contexto.

El encarcelamiento genera una serie de cambios en todas las esferas de desarrollo del ser humano, razón por la cual el consumo de Sustancias Psicoactivas se encuentra directamente relacionado con una de las estrategias para afrontar la situación disonante.

## RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta las consecuencias personales, sociales e institucionales del consumo, se debe propender por la continuidad del tratamiento, tanto a nivel grupal como individual, evitando que las conductas adaptativas desarrolladas en función de la atención, se extingan; pues a nivel grupal se abordan elementos de identificación que favorecen el establecimiento de una red de apoyo adecuada y en la atención individual la intervención se focaliza en aspectos específicos de cada paciente.

Es necesario que se logre el establecimiento de acuerdos con las demás ciencias de la salud ubicadas en el pabellón asistencial (medicina, terapia ocupacional, enfermería, entre otras), para que se vinculen con la atención a este grupo de internos, con lo cual se posibilita el desarrollo de un programa integral en pro de la rehabilitación, considerando que la atención primaria es la estrategia indicada cuando se desea disminuir la aparición de nuevos casos.

En relación con los resultados obtenidos es necesario que se incluyan otras variables al momento de evaluar las conductas de consumo en la población, por ejemplo su situación judicial en función de ser penados primarios, reincidentes y sindicados, por cuanto el conocimiento de la cultura carcelaria puede influir en las formas como se afronta

Como competencia de la profesión y de la especialidad cursada, se debe promover el desarrollo de programas y proyectos orientados a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en población de edad escolar, teniendo en cuenta que es el referente étéreo al cual iniciaron las conductas problema identificadas en la población que se intervino.

Es de mencionar que se deben realizar nuevos procesos y reforzar aquellos que se estén implementando a nivel de prevención primaria frente al consumo de sustancias, teniendo en

cuenta que la totalidad de pacientes atendidos grupal e individualmente iniciaron la conducta en la infancia, generalmente bajo la presión del grupo de amigos o distancia de los miembros del grupo primario de apoyo.

## ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

Uno de los aprendizajes más significativos que hoy día reconocemos, corresponde a la forma en que el prejuicio creado a partir de los imaginarios sociales sobre los internos, puede llegar a obstruir al momento de intervenir con la población; estos han sido desarticulados haciendo uso de las técnicas aprendidas durante la especialización, como herramientas movilizadoras para las transformaciones de los pacientes, por cuanto aprehenderlos y utilizarlos nos ha permitido un acercamiento respetuoso, ético y responsable, en el marco de nuestro quehacer como psicólogas.

A partir de la experiencia práctica dentro de la especialización, logramos extrapolar los constructos teóricos que por años hemos ido incorporando y que nuestros maestros nos han ayudado a descubrir, con la realidad, con lo dialógico que puede resultar el ejercicio de entrar al contexto del otro, con las movilizaciones personales que se dan y la firmeza integral que se construye, como agentes facilitadores de cambios.

Hemos logrado explorar y fortalecer nuestras habilidades como psicólogas clínicas, asimismo descubrimos que establecer una relación empática con los internos en su contexto real, posibilita el inicio de mejoras terapéuticas significativas y que solo a partir de la corresponsabilidad se logra avanzar en el cumplimiento de las metas.

Con el desarrollo de este proyecto, que combina la investigación y la intervención, hemos ratificado nuestros intereses por trabajar a nivel profesional con el consumo de sustancias psicoactivas, especialmente por el alto costo personal, social, cultural y político, que conlleva.

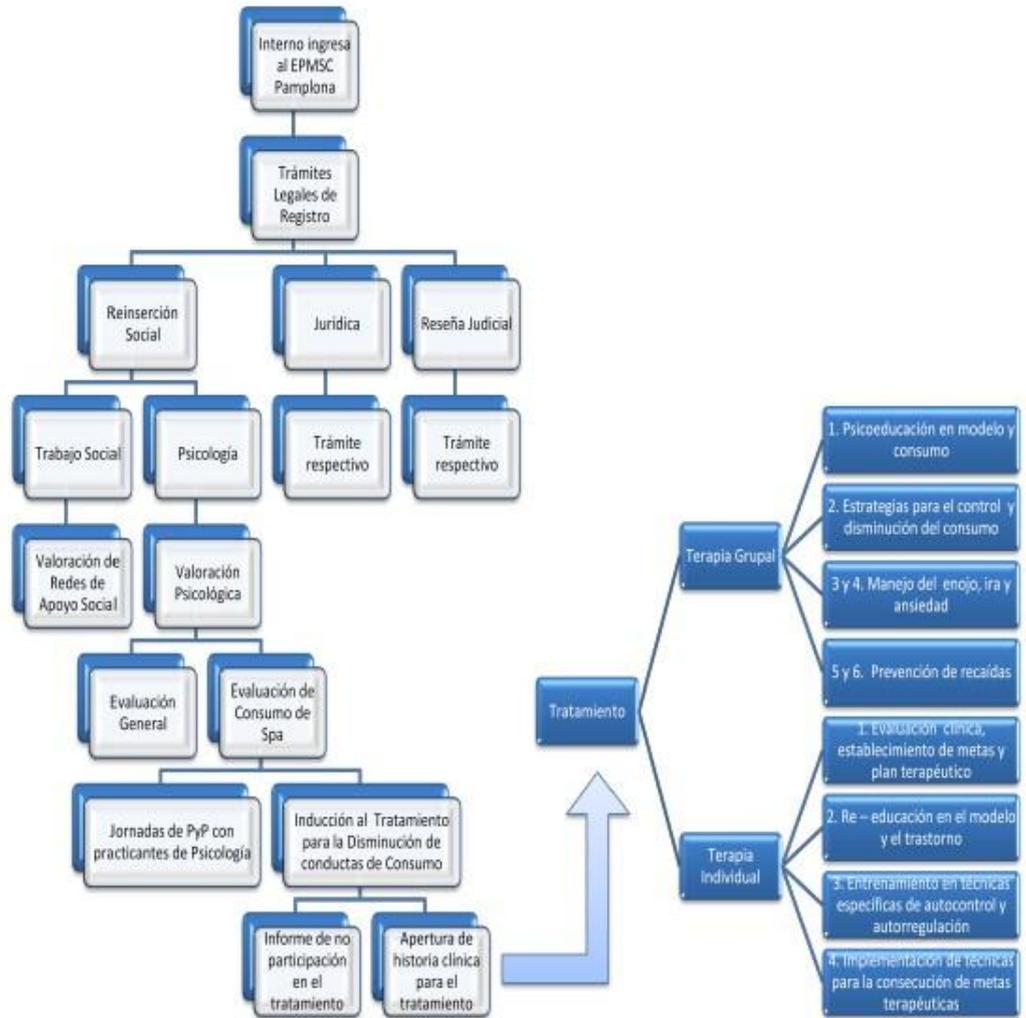
Finalmente, considerando las dificultades que se nos han presentado para la culminación de la práctica, nos sentimos satisfechas por cumplir con nuestra meta personal y profesional, al transformarnos en psicólogas clínicas, egresadas de la institución que por años se ha convertido

en nuestro segundo hogar, la Universidad Pontificia Bolivariana, y a su cuerpo docente deseamos expresarle nuestras más profundos agradecimientos por los aportes que han dado a nuestro quehacer como psicólogas.

Ps, Leydy Marieth Lozano Sánchez

Ps, Leidy Andrea Núñez Bautista

### ESQUEMA DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN GRUPAL E INDIVIDUAL



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Psiquiatría Americana (2003). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado. DSM IV-TR. Barcelona. Masson.

Ávila, K., Barahona, P., Hernández, S., Picó, J. y Sánchez, M. () Descargado de <http://www.col.ops-oms.org/Municipios/Cali/01Introduccion.htm>

Bobes, J., Portilla, M., Bascarán, M., Sáiz, P. y Bousoño, M. (2004). Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica. Tercera Edición. Ars Medica: España.

Castaño, A. (2002). Consumo de Heroína en Colombia. Adicciones. 14(1). P. 87 – 90.

Castaño, G. (s.f). Prácticas de Riesgo en un Grupo de de Consumidores de Heroína de la Ciudad de Medellín. SEMINARIO INTERNACIONAL DE DROGAS Y VIH EN COLOMBIA.2

Crespo, C., Ruíz, J., Rodríguez, J., Tamara, J. y Torres, G. (s.f). Carreras Criminales en Hombres Condenados por Homicidio en Centros Penitenciarios y Carcelarios de Colombia.

Universidad Nacional de Colombia, Descargado de <http://www.psicologiajuridica.org/psj223.html>.

Dirección Nacional de Estupeficientes. (2004). Estudio Nacional De Consumo. Descargado de <http://www.descentralizadrogas.gov.co/09/Estudio%20NaI%20Completo.pdf>.

García, M. (2003). Habla de las condiciones sociodemográficas que se consideran precipitantes para la comisión de delitos, además habla de la asociación entre consumo de sustancias y la vida delictiva

- Martínez, J., Martín, A., Valero, M. y Salguero, M. (s.f). Abstinencia. Descargado hace ratifico de <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/mono.pdf> Hospital Regional Carlos Haya. Málaga España
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. Primera Edición. México: Thomson
- Ortiz, L. (1999). *Protocolos de Atención Integral para la Salud de Escolares y Adolescentes*. Descargado de <http://www.col.ops-oms.org/Municipios/Cali/01Introduccion.htm>
- Restrepo, M. (2002). *El Problema del Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Descargado de [http://www.unisimonbolivar.edu.co/publicaciones/components/com\\_booklibrary/ebooks/958-97499-9-2.pdf](http://www.unisimonbolivar.edu.co/publicaciones/components/com_booklibrary/ebooks/958-97499-9-2.pdf)
- Secretaria Distrital de Salud. (s.f). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Consumo de Sustancias Psioactivas, Ventana de Centros de Tratamiento*. Descargado de <http://190.25.230.149:8080/dspace/bitstream/123456789/502/1/consumo%20de%20psicoactivos.pdf>.
- Valencia, F., Parra, A., Silva, L., Fagua, J. y Carvajal, C. (2009). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008 Informe Final*.
- World Health Organization (1993). *National Drug an Alcohol Treatment Responses in 23 Conuntries. Result of a Key Informant survey*. Descargado de [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B6T63-3YRSMXP-T&\\_user=10&\\_coverDate=07/31/1995&\\_rdoc=1&\\_fmt=high&\\_orig=search&\\_origin=search&\\_sort=d&\\_docanchor=&view=c&\\_searchStrId=1577838362&\\_rerunOrigin=google&\\_](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T63-3YRSMXP-T&_user=10&_coverDate=07/31/1995&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1577838362&_rerunOrigin=google&_)

acct=C000050221&\_version=1&\_urlVersion=0&\_userid=10&md5=2385ae6a3d2c7e97e4  
a28a08184f314e&searchtype=a

Zapata, M. y Segura, A. (2007). Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Jóvenes  
Escolarizados del Departamento de Antioquia.

APÉNDICES

Apéndice A. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Sustancias Psicoactivas VESPA

VESPA

A continuación encontrará una serie de preguntas que buscan evaluar algunas situaciones relacionadas con el consumo; le pedimos el favor de responder sinceramente a cada uno de los interrogantes garantizando que la institución tendrá los resultados de forma general y no individualizados.

LEA COMPLETAMENTE CADA UNA Y SELECCIONE UNA SOLA DE LAS ALTERNATIVAS DE RESPUESTA marcando X en el espacio de la alternativa escogida.

Muchas gracias por su colaboración.

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estrato: \_\_\_\_\_  
 Nivel de Escolaridad Alcanzado: \_\_\_\_\_

1. Con relación a la marihuana:
  - a.  Nunca la he probado
  - b.  Lo probé solo una vez
  - c.  Hace un año o más que no la uso
  - d.  La usé durante el último año
  - e.  La usé durante el último mes
  - f.  La usé la semana pasada
2. ¿A qué edad comenzó a usarla? \_\_\_\_\_
3. Con relación al basuco:
  - a.  Nunca lo he probado
  - b.  Lo probé solo una vez
  - c.  Hace un año o más que no lo uso
  - d.  Lo usé durante el último año
  - e.  Lo usé durante el último mes
  - f.  Lo usé la semana pasada
4. ¿A qué edad comenzó a usarla? \_\_\_\_\_
5. Con relación a la cocaína o perico:
  - a.  Nunca la he probado
  - b.  Lo probé solo una vez
  - c.  Hace un año o más que no la uso
  - d.  La usé durante el último año
  - e.  La usé durante el último mes
  - f.  La usé la semana pasada
6. ¿A qué edad comenzó a usarla? \_\_\_\_\_
7. Con relación a las bebidas alcohólicas:
  - a.  No las he consumido nunca
  - b.  Las probé solo una vez
  - c.  Hace un año o más que no las uso

Las consumió durante: \_\_\_\_\_
- d.  El último año
- e.  El último mes
- f.  La semana pasada
8. ¿A qué edad comenzó a usarla? \_\_\_\_\_
9. Con relación al consumo de bebidas alcohólicas hasta emborracharse:
  - a.  Nunca he tomado hasta emborracharme

Las consumió durante: \_\_\_\_\_
- b.  Hace una año o más
- c.  El último año
- d.  El último mes
- e.  La semana pasada
10. ¿Qué edad tenía cuando tuvo la primer borrachera? \_\_\_\_\_
11. Con relación al uso de inhalantes como el bóxer o el thinner:
  - a.  Nunca los he probado
  - b.  Los probé solo una vez
  - c.  Hace un año o más que no los uso
  - d.  Los usé durante el último año
  - e.  Los usé durante el último mes
  - f.  Los usé la semana pasada

¿A qué edad comenzó a usarlos? \_\_\_\_\_
12. Con relación al uso de pastillas para quitar el sueño:
  - a.  Nunca las he probado

- b.  Las probé solo una vez  
c.  Hace un año o más que no las uso  
d.  Las usé durante el último año  
e.  Las usé durante el último mes  
f.  Las usé la semana pasada  
¿A qué edad comenzó a usarlas? \_\_\_\_\_
14. Con relación al uso de pastillas para quitar los nervios:
15. los nervios:  
a.  Nunca las he probado  
b.  Las probé solo una vez  
c.  Hace un año o más que no las uso  
d.  Las usé durante el último año  
e.  Las usé durante el último mes  
f.  Las usé la semana pasada  
¿A qué edad comenzó a usarlas? \_\_\_\_\_  
Con relación al uso de pastillas como el
16. éxtasis:
17. a.  Nunca las he probado  
b.  Las probé solo una vez  
c.  Hace un año o más que no las uso  
d.  Las usé durante el último año  
e.  Las usé durante el último mes  
f.  Las usé la semana pasada  
¿A qué edad comenzó a usarlas? \_\_\_\_\_  
Con relación al uso de heroína:
18. a.  Nunca la he probado  
b.  La probé solo una vez
19. c.  Hace un año o más que no la uso  
d.  La usé durante el último año  
e.  La usé durante el último mes  
f.  La usé la semana pasada  
¿A qué edad comenzó a usarla? \_\_\_\_\_  
Con relación al uso de \_\_\_\_\_:  
(escriba una sustancia ilegal diferente que conozca)
20.  
21.
- g.  Nunca la he probado  
h.  La probé solo una vez  
i.  Hace un año o más que no la uso  
j.  La usé durante el último año  
k.  La usé durante el último mes  
l.  La usé la semana pasada
22. ¿A qué edad comenzó a usarla? \_\_\_\_\_

## Apéndice B. Inventario de Depresión de Beck.

### 5.3. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

1

*Instrucciones:* A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo
  - Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
  - No me encuentro triste
  - Me siento algo triste y deprimido
  - Ya no puedo soportar esta pena
  - Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

---

2. Pesimismo
  - Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
  - Creo que nunca me recuperaré de mis penas
  - No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
  - No espero nada bueno de la vida
  - No espero nada. Esto no tiene remedio

---

3. Sentimientos de fracaso
  - He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
  - He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
  - Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
  - No me considero fracasado
  - Veo mi vida llena de fracasos

---

4. Insatisfacción
  - Ya nada me llena
  - Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
  - Ya no me divierte lo que antes me divertía
  - No estoy especialmente insatisfecho
  - Estoy harto de todo

---

5. Sentimientos de culpa
  - A veces me siento despreciable y mala persona
  - Me siento bastante culpable
  - Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
  - Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
  - No me siento culpable

---

6. Sentimientos de castigo
  - Presiento que algo malo me puede suceder
  - Siento que merezco ser castigado
  - No pienso que esté siendo castigado
  - Siento que me están castigando o me castigarán
  - Quiero que me castiguen

---

7. Odio a sí mismo
  - Estoy descontento conmigo mismo
  - No me aprecio
  - Me odio (me desprecio)
  - Estoy asqueado de mí
  - Estoy satisfecho de mí mismo

---

8. Autoacusación
  - No creo ser peor que otros
  - Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
  - Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
  - Siento que tengo muchos y muy graves defectos
  - Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

---

9. Impulsos suicidas
  - Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
  - Siento que estaría mejor muerto
  - Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
  - Tengo planes decididos de suicidarme
  - Me mataría si pudiera
  - No tengo pensamientos de hacerme daño

---

10. Períodos de llanto
  - No lloro más de lo habitual
  - Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
  - Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
  - Ahora lloro más de lo normal

|                          |   |
|--------------------------|---|
| 11. Irritabilidad        | <input type="checkbox"/> No estoy más irritable que normalmente<br><input type="checkbox"/> Me irrito con más facilidad que antes.<br><input type="checkbox"/> Me siento irritado todo el tiempo<br><input type="checkbox"/> Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba  |
| 12. Aislamiento social   | <input type="checkbox"/> He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto<br><input type="checkbox"/> Me intereso por la gente menos que antes<br><input type="checkbox"/> No he perdido mi interés por los demás<br><input type="checkbox"/> He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos  |
| 13. Indecisión           | <input type="checkbox"/> Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones<br><input type="checkbox"/> Tomo mis decisiones como siempre<br><input type="checkbox"/> Ya no puedo tomar decisiones en absoluto<br><input type="checkbox"/> Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda  |
| 14. Imagen corporal      | <input type="checkbox"/> Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado<br><input type="checkbox"/> Me siento feo y repulsivo<br><input type="checkbox"/> No me siento con peor aspecto que antes<br><input type="checkbox"/> Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)   |
| 15. Capacidad laboral    | <input type="checkbox"/> Puedo trabajar tan bien como antes<br><input type="checkbox"/> Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa<br><input type="checkbox"/> No puedo trabajar en nada<br><input type="checkbox"/> Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo<br><input type="checkbox"/> No trabajo tan bien como lo hacía antes   |
| 16. Trastornos del sueño | <input type="checkbox"/> Duermo tan bien como antes<br><input type="checkbox"/> Me despierto más cansado por la mañana<br><input type="checkbox"/> Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir<br><input type="checkbox"/> Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche<br><input type="checkbox"/> Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme<br><input type="checkbox"/> Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas<br><input type="checkbox"/> Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas<br><input type="checkbox"/> No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas |
| 17. Cansancio            | <input type="checkbox"/> Me canso más fácilmente que antes<br><input type="checkbox"/> Cualquier cosa que hago me fatiga<br><input type="checkbox"/> No me canso más de lo normal<br><input type="checkbox"/> Me canso tanto que no puedo hacer nada  |
| 18. Pérdida de apetito   | <input type="checkbox"/> He perdido totalmente el apetito<br><input type="checkbox"/> Mi apetito no es tan bueno como antes<br><input type="checkbox"/> Mi apetito es ahora mucho menor<br><input type="checkbox"/> Tengo el mismo apetito de siempre   |
| 19. Pérdida de peso      | <input type="checkbox"/> No he perdido peso últimamente<br><input type="checkbox"/> He perdido más de 2,5 kg<br><input type="checkbox"/> He perdido más de 5 kg<br><input type="checkbox"/> He perdido más de 7,5 kg  |
| 20. Hipocondría          | <input type="checkbox"/> Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas<br><input type="checkbox"/> Estoy preocupado por dolores y trastornos<br><input type="checkbox"/> No me preocupa mi salud más de lo normal<br><input type="checkbox"/> Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro   |
| 21. Libido               | <input type="checkbox"/> Estoy menos interesado por el sexo que antes<br><input type="checkbox"/> He perdido todo mi interés por el sexo<br><input type="checkbox"/> Apenas me siento atraído sexualmente<br><input type="checkbox"/> No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo  |

## Apéndice C. Escala de Desesperanza de Beck

## 6.1. Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS)

|   |   |   |
|---|---|---|
| 1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo  | V | F |
| 2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo       | V | F |
| 3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así       | V | F |
| 4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años  | V | F |
| 5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer                  | V | F |
| 6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar                                     | V | F |
| 7. Mi futuro me parece oscuro   | V | F |
| 8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio     | V | F |
| 9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro | V | F |
| 10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro                               | V | F |
| 11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable                   | V | F |
| 12. No espero conseguir lo que realmente deseo  | V | F |
| 13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora                  | V | F |
| 14. Las cosas no marchan como yo quisiera   | V | F |
| 15. Tengo una gran confianza en el futuro   | V | F |
| 16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa                     | V | F |
| 17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro                       | V | F |
| 18. El futuro me parece vago e incierto   | V | F |
| 19. Espero más bien épocas buenas que malas   | V | F |
| 20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré  | V | F |

Apéndice D. Formato de Historia Clínica

|   |  |                     |
|---|--|---------------------|
|  | PRÁCTICA DE ESPECIALIZACIÓN EN<br>PSICOLOGÍA CLÍNICA<br>ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO<br>DE MEDIANA SEGURIDAD Y<br>CARCELARIO PAMPLONA | CÓDIGO: F-HCL-001   |
|   | FORMATO HISTORIA CLÍNICA   | PÁGINA<br>50 DE 102 |

|                                   |      |            |      |
|-----------------------------------|------|------------|------|
| FECHA DE RECEPCIÓN:               | DIA  | MES        | AÑO  |
| REMITIDO POR:                     | DIA: | MES:       | AÑO: |
| 1. DATOS DEMOGRÁFICOS             |      |            |      |
| NOMBRE:                           |      |            |      |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD :          |      | EDAD:      |      |
| FECHA DE NACIMIENTO:              |      | LUGAR:     |      |
| DIRECCION:                        |      |            |      |
| TELEFONO;                         |      | OFICINA:   |      |
| PROFESION:                        |      | OCUPACION: |      |
| ESTADO CIVIL:                     |      | RELIGION:  |      |
| DATOS DE UNA PERSONA DE CONTACTO: |      |            |      |
| Nombre:                           |      |            |      |
| Parentesco:                       |      |            |      |
| Teléfono:                         |      |            |      |
| NOMBRE DEL PSICÓLOGO TRATANTE:    |      |            |      |
| INFORMACION FAMILIAR              |      |            |      |
| TIPOLOGÍA FAMILIAR                |      |            |      |
| SUBSISTEMA FAMILIAR AFECTADO      |      |            |      |
| CONFORMACIÓN FAMILIAR:            |      |            |      |

| NOMBRE | PARENTESCO | EDAD | OCUPACION | TIPO DE RELACIÓN |
|--------|------------|------|-----------|------------------|
|        |            |      |           |                  |
|        |            |      |           |                  |
|        |            |      |           |                  |
|        |            |      |           |                  |

GENOGRAMA

3. SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE

• MOTIVO DE CONSULTA:

---

---

---

---

---

---

---

---

• OBSERVACIÓN GENERAL DEL CONSULTANTE:

---

---

---

---

---

---

---

---

• DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL: (funcionamiento en diferentes áreas, nivel de afectación, redes de apoyo (percibido y real)).

---

---

---

---

---

---

---

---

4. ANTECEDENTES MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS

---

---

---

---

---

---

---

---

5. ANTECEDENTES FAMILIARES

---

---

---

---

---

---

---

---

6. ANTECEDENTES PERSONALES

FACTORES PRENATALES (CONDICIÓN FÍSICA Y PSICOLÓGICA DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

PARTO \_\_\_\_\_

---

---

---

---

ASPECTOS RELEVANTES DEL DESARROLLO \_\_\_\_\_

---

---

---

---

7. ÁREAS DE FUNCIONAMIENTO

ÁREA FAMILIAR: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

ÁREA PERSONAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ÁREA SOCIAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ÁREA EDUCATIVA / OCUPACIONAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ÁREA AFECTIVA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 8. PROCESO DE EVALUACIÓN

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 9. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DSM IV:

EJE I: \_\_\_\_\_

EJE II: \_\_\_\_\_

EJE III: \_\_\_\_\_

EJE IV: \_\_\_\_\_

EJE V: \_\_\_\_\_

EJE VI: \_\_\_\_\_

#### 7. PLAN DE INTERVENCIÓN

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Apéndice E. Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Universidad Pontificia Bolivariana está desarrollando un proyecto para evaluar la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en población penada. Después de haber recibido la información necesaria por parte de las Ps. LEIDY ANDREA NÚÑEZ y LEYDY MARIETH LOZANO, quienes dieron respuesta a mis inquietudes; manifiesto libre, consciente y voluntariamente mi intención de participar en la investigación.

Entiendo que mi participación consiste en responder un cuestionario y después participar de un programa de intervención que me ofrecen. Conozco mi derecho a retirarme en cualquier momento y autorizo para que los resultados de la evaluación sean presentados en cualquier medio de divulgación científica siempre y cuando se preserve mi identidad.

En constancia firmo:

Nombre, firma y documento de identidad:

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Cédula de Ciudadanía #: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre, firma y documento de identidad de las investigadoras

\_\_\_\_\_  
Ps. Leidy Andrea Núñez Bautista  
63.541.534 B/manga

\_\_\_\_\_  
Ps. Leydy Marieth Lozano Sánchez  
63'543.717 B/manga

Apéndice F. Protocolo de Intervención Grupal

Enfoque: Modelo Cognitivo - Conductual

Técnicas a Utilizar:

Diálogo Socrático, reestructuración cognitiva, detección y detención de pensamiento, análisis de ventajas y desventajas, flecha descendente, reatribución de la responsabilidad, imaginación, psicoeducación, registro del pensamiento, distracción, programación de actividades, role playing, entrenamiento en respiración y relajación, resolución de problemas, tiempo fuera, inducción de imaginación, entrenamiento en asertividad, habilidades sociales, modelo A-B-C-D

Tabla N° 4  
Intervención Grupal

| N°Tiempo | Temas   | Objetivos de la Sesión  | Descripción de la Sesión   |  |
|----------|---------|---|--|--|
| 1        | 3 horas | Psicoeducación del modelo terapeutico y la dependencia y abuso de sustancias psicoactivas | <p>- Posicionar a la terapeutas como facilitadoras en el proceso terapéutico.</p> <p>- Establecer una relación empática con los participantes de las sesiones grupales.</p> <p>- Enseñar a los pacientes el modelo de intervención (terapia cognitivo-conductual).</p> <p>- Construir de</p> | <p>La sesión inicia con un saludo de apertura por parte de las terapeutas, las cuales socializan cual es su rol dentro del grupo; Así mismo se realiza una dinámica de presentación, con la cual se facilita el establecimiento de la empatía con la población.</p> <p>Posteriormente se instruye a los participantes sobre el significado de la terapia cognitivo-conductual, también se lleva a cabo la construcción de las pautas y reglas generales para la adecuada implementación del protocolo de intervención: a) No se permiten amenazas, agresiones físicas ni verbales, b) confidencialidad frente a la información proporcionada parte del proceso, c) teniendo en cuenta el modelo de trabajo, se reitera la importancia de cumplir con las actividades asignadas intersesión, d) Informar al ordenanza cuando no se pueda asistir a una sesión con razón justificada, e) Utilizar la técnica conductual de tiempo fuera cuando se incumpla algunas de las reglas mencionadas</p> |

|   |         |  |  |   |
|---|---------|--|--|---|
|   |         |  | <p>forma conjunta las reglas para el adecuado desarrollo de las sesiones.</p> <p>-Realizar psicoeducación sobre la problemática a intervenir.</p> <p>-Identificar las metas terapéuticas del grupo.</p>  | <p>con anterioridad.</p> <p>Avanzada la sesión se explora los conocimientos que tienen los internos acerca de la problemática, como herramienta para que las terapeutas realicen psicoeducación con lo cual se aborda los principales conceptos de las conductas de consumo realizando un proceso de concienciación y reatribución de responsabilidad (locus de control externo).</p> <p>Para finalizar la primera sesión se asigna la tarea de realizar un autorregistro de pensamiento, orientado a identificar los desencadenantes de la conducta de consumo. A partir de los reportes verbales de los participantes se extrae los focos de intervención.</p>  |
| 2 | 3 horas | Estrategias para el control y disminución del consumo. | <p>- Identificar las creencias anticipatorias, dealivioy sostenimiento.</p> <p>- Reestructurar las creencias erróneas en torno al consumo</p> <p>- Entrenar a los participantes en las técnicas de respiración y relajación propiciando la identificación de sensaciones corporales y el autocontrol.</p> <p>- Implementar la utilización de la técnica conductual de programación y</p> | <p>Al inicio del encuentro se establece la agenda, lleva a cabo la revisión del estado de ánimo desde la sesión anterior; posteriormente se debe invitar a los asistentes a evocar lo ocurrido en la primera sesión, y de forma voluntaria participan dando a conocer los registros asignados como tarea. Con base en el autorregistro de pensamiento, se logra identificar los pensamientos automáticos y creencias subyacentes relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, dando a su vez aplicabilidad a las siguientes técnicas detección, detención del pensamiento y desarrollo de creencias de control (diálogo socrático) posibilitando así la reestructuración cognitiva.</p> <p>A continuación se realizan ejercicios de respiración y relajación generando en los participantes mayor autocontrol e identificación de las reacciones fisiológicas que se presentan ante situaciones de estrés, ansiógenas, de desequilibrio emocional y de craving.</p> <p>Para finalizar se lleva a cabo la explicación de la técnica de programación y control de actividades, a partir de ejemplos elaborados desde su contexto consiguiendo así que los participantes obtengan alternativas para</p> |

|     |                  |  |  |  |
|-----|------------------|--|--|--|
|     |                  |  | control actividades.   | de comprender y reconocer las conductas relacionadas con el consumo e incrementar comportamientos productivos.<br>Con el grupo se construirá un formato para el registro de actividades diarias, incluyendo los siete días de la semana divididos en bloque de una hora, el cual realizarían entre sesión y sesión.  |
| 3-4 | 3 horas cada una | Manejo del enojo, ira y ansiedad. pertinente de las temáticas abordar. | <p>- Educación en el uso de estrategias para la activación y uso de estrategias de control que favorezcan las situaciones de disminución de consumo</p> <p>- Promover conductas de autocontrol a través de técnicas cognitivas conductuales para el adecuado manejo del enojo, ira y ansiedad.</p> | <p>Los primeros elementos desarrollados en la sesión corresponden al protocolo del modelo cognitivo conductual (Beck, 2000), tenidos en cuenta en las intervenciones anteriores. Posteriormente se realiza una conceptualización de los términos de enojo, ira y ansiedad acompañados de ejercicios prácticos relacionados con la comprensión de las temáticas.</p> <p>Se implementará el entrenamiento de las siguientes técnicas: role playing, distracción, inducción de imaginación, asertividad, resolución de problemas, habilidades sociales, tiempo fuera, modelo A-B-C-D como un método de reestructuración cognitiva con el propósito de tener el control de estas conductas.</p> <p>Para finalizar los participantes desarrollarán la Escala para medir el enojo (Reilly, Shopshire, Durazzo, Campbell 2008).</p> |
| 5-6 | 3 horas          | Prevención de recaídas   | de - Mantenimiento en el uso de creencias de control favoreciendo la prevención de   | <p>Se inicia abordando los elementos que estructuran la sesión.</p> <p>Es de mencionar que en esta intervención de retomarán algunas de las técnicas utilizadas para la disminución del consumo de sustancias, previniendo las recaídas en</p>   |

|  |  |
|--|--|
| <p>recaídas.</p> <p>-Entrenaren técnicas cognitivas conductuales para la prevención de recaídas en comportamiento de consumo de sustancias psicoactivas.</p> | <p>relación con el aumento del mismo. Para ello, se realiza la explicación del modelo cognitivo del uso y recaídas, posteriormente se implementarán las siguientes técnicas: Identificación de estímulos de alto riesgo (internos – externos) concientizando a los participantes de los mismos, para que pueda utilizar las estrategias de afrontamiento tanto cognitivas como conductuales pertinentes al contexto en se encuentran pues este los hace muy vulnerables ante dichos estímulos, análisis de ventajas y desventajas, flechas descendentes con el fin de abordar pensamientos catastróficos acerca de la ingesta de drogas, de ellos mismos y sobre su futuro y fortalecimiento en las redes de apoyo extrapolando las diferentes técnicas que beneficien sus relaciones interpersonales.</p> |
|--|--|

Como elemento básico en el trabajo grupal e individual se lleva a cabo la reestructuración cognitiva a través de diferentes técnicas de intervención cognitivas y conductuales, las creencias centrales e intermedias se grafican de forma general a continuación:



Apéndice G. Estudios de Caso CRS

DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

Nombre: Señor CRS

Sexo: M

Estado Civil: Soltero

Edad: 24

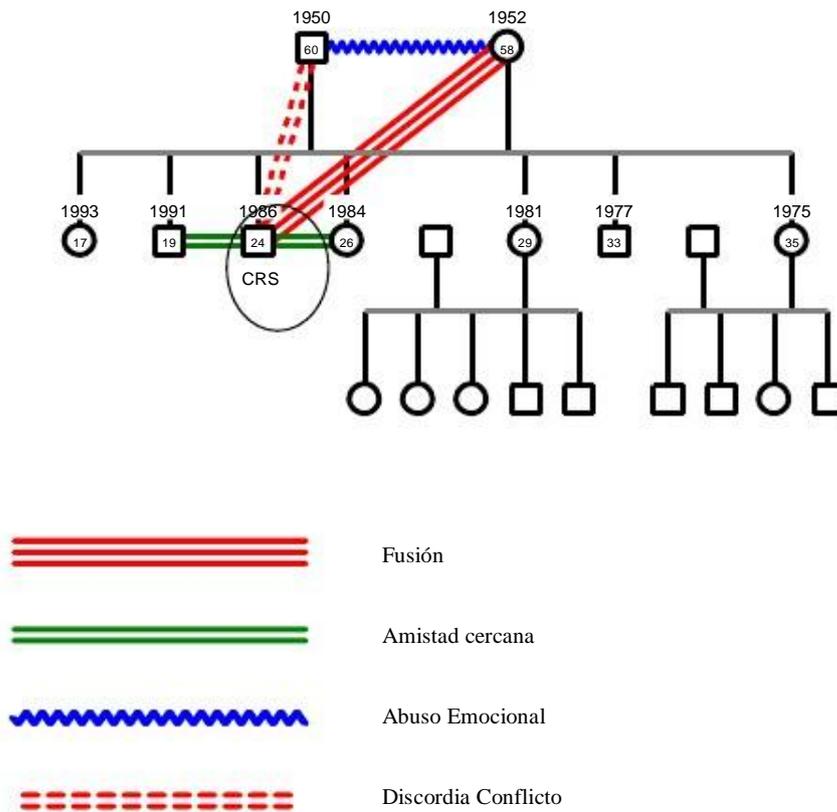
Lugar de nacimiento: Bucaramanga

Ocupación: PAI de Limpieza

Nivel de Estudios: Primaria Incompleta

Nivel Socioeconómico: 1

GENOGRAMA



## MOTIVO DE CONSULTA

“ La plena es que estoy aburrido’ porque todos me dicen “la burra” y yo quiero saber como bajarle a la **bareta** un poco, pa’ no dar tanto visage”

## LISTADO DE CONDUCTAS PROBLEMA. HISTORIA Y ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Consumo disfuncional de sustancias psicoactivas, especialmente marihuana y perico.

Conductas delictivas en el Establecimiento como trabajo para conseguir SPA.

Dificultad en el reconocimiento y expresión de las emociones.

Irritabilidad y conflictos de convivencia con los demás internos.

El paciente inicia consumo de sustancias desde los 10 años de edad, con historia disfuncional de policonsumo que lo ha llevado a condena privativa de la libertad por un total de 58 meses físicos, en relación con fabricación, porte y distribución de estupefacientes. En la actualidad hay un nivel elevado de consumo, lo que genera continuas dificultades con el personal interno, guardia y administrativos. Está cumpliendo la pena mencionada con anterioridad, y espera nueva condena pues en requisita realizada en el año 2006, fue sorprendido con un paquete de marihuana. A nivel familiar solo mantiene contacto con su hermano de 19 años, quien también está recluso hace 4 años en una penitenciaría de Bucaramanga por el delito de porte de estupefacientes; así mismo se contacta frecuentemente con su hermana de 26 años quien está en la Cárcel de Mujeres en Bucaramanga, por secuestro simple, hurto calificado y concierto para delinquir.

Con la madre, quien es la figura de mayor cercanía y actúa como principal fuente de apoyo emocional, no se mantiene contacto telefónico, por cuanto según el interno esto le causa malestar a la misma.

### DESCRIPCIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

El paciente proviene de una familia de estrato bajo, conformada por sus padres y seis hermanos, tres hombres y tres mujeres; las relaciones al interior del sistema siempre han sido disfuncionales, teniendo en cuenta el modelo de abuso emocional que se identifica en la relación de sus figuras paternas. En el caso del padre, se encontraba en situación de consumo regular de marihuana a lo largo del desarrollo de sus hijos, constituyéndose como modelo disfuncional de figura masculina. Cuando el padre deja la marihuana, se da paso a las dificultades de relación con los hijos menores, por la situación de consumo experimental que habían iniciado.

Teniendo en cuenta la quebrantada economía de la familia y la relación del padre con la madre, el paciente inicia el proceso de consolidar creencias vinculadas con el esquema de Desconfianza/ Abuso, a partir del cual decide buscar formas de auto sostenimiento orientado a brindar mejores condiciones de vida a su mamá, razón por la cual inicia comportamientos de hurto con algunos pares que hacía n parte de la pandilla del barrio donde vivían, el cual se encuentra caracterizado a lo largo de las últimas décadas, por los altos índices de delincuencia juvenil, como el consumo de droga y alcohol.

Con el paso de los años, hacia su adolescencia, el consumo deja de ser experimental y empieza como regular, acompañado del incremento en la comisión de delitos con porte de armas, atacando transeúntes y camiones.

A los 12 años, mientras se encontraba con un grupo de compañeros, consumiendo bazuco, los paramilitares le propinaron un disparo en la cabeza, dejándolo en estado de coma por 15 días. Posterior a eso inicia la recuperación sin que se presenten secuelas en las funciones mentales superiores.

Sumado a lo anterior, es de mencionar que el primer ingreso a la correccional de menores en su ciudad de origen se da a los 16 años, donde permanece por 1 año y medio; sale en libertad y a los 8 meses es capturado nuevamente y condenado hasta la actualidad, cursando condena en el EPMSC- Pamplona como reincidente, desde hace 6 años, donde ha entablado relaciones interpersonales adecuadas, principalmente en función del mantenimiento de la conducta de consumo.

Además de esto, no mantiene contacto con la mamá, por cuanto afirma que a ella le causa mucho dolor saber las condiciones en las que en ocasiones se encuentra el paciente y funciona como activador de pensamientos automáticos relacionados con el suicidio, para evitar su sufrimiento. Por el contrario, con dos de sus hermanos se comunica con cierta frecuencia, por encontrarse reclusos en Bucaramanga, pagando condenas por Ley 30 (hermano que también es consumidor activo) y secuestro simple, porte ilegal de armas y concierto para delinquir (hermana activa frente al consumo).

#### CICLO DE VIDA

La infancia del paciente se desarrolló bajo patrones de crianza disfuncionales, sin el establecimiento de reglas y normas claras, donde se gestan múltiples situaciones de maltrato

físico y emocional del padre hacia la madre, especialmente cuando los hijos avanzan en el crecimiento y él continúa con el uso regular de marihuana, generando modelos para el consumo de sus hijos.

En la adolescencia, CRS se vincula significativamente con grupos de delincuencia común aumentando el nivel de peligrosidad de los hurtos, hasta conducirlos al ingreso a la correccional de menores, donde experimenta una serie de situaciones que generan un proceso de mantenimiento de esquemas en torno al abuso de su padre y el temor de ser abandonado.

En la adultez, CRS se ha mantenido interno en diferentes penitenciarías, siendo la última hasta el momento el EPMSC – Pamplona, donde ha establecido relaciones interpersonales acordes a sus intereses. No ha tenido relaciones de pareja estables, duraderas o significativas y presenta grandes dificultades en la construcción de su proyecto de vida.

## CONTEXTO

### Familia

En la actualidad no mantiene contacto con su núcleo primario de apoyo, exceptuando a sus dos hermanos con quienes se comunica frecuentemente. Hace aproximadamente 6 meses no ha hablado con su mamá, por cuanto ella se desplazó desde Bucaramanga y le afectó a nivel de la salud, ver las condiciones actuales en las que se encuentra. El paciente afirma que le ha causado gran tristeza distanciarse de ella, pero sabe que su “propio sacrificio” le hace bien al ser más significativo en su vida.

### Social y Recreacional

Al interior del Establecimiento Penitenciario CRS cuenta con adecuado grupo de apoyo, a pesar de lo cual es importante mencionar que la mayoría de las personas con las que ha establecido vínculo afectivo, actualmente son consumidores activos. No cuenta con apoyo de un grupo de pares que lo visite durante las jornadas establecidas para dicho fin.

### Sexual

Paciente que inicia su actividad sexual a temprana edad estando bajo el influjo de sustancias psicoactivas; en la actualidad tiene sexo ocasional con personal contratado por él y sus compañeros en las jornadas de visita de mujeres, pues no cuenta con pareja sentimental.

### Estado de Salud

Paciente con alteraciones en el sueño a causa de los síntomas del síndrome de querencia. Como consecuencia del Accidente Cerebro Vascular Severo, en ocasiones padece de cefaleas intensas que son mitigadas con el uso de una dosis de marihuana.

## IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

El paciente CRS presenta síntomas asociados a la depresión, ideación suicida, desesperanza y visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (triada cognitiva); presenta comportamientos de evitación cognitiva y emocional en lo referente a su familia y el futuro.

En lo relacionado al proceso de evaluación clínica, se identificó un nivel medio de riesgo suicida con la Escala de desesperanza de Beck, principalmente por presentar pensamientos catastróficos sobre el futuro, pérdida de motivación al hacer las cosas y bajas expectativas frente a la construcción de su proyecto de vida.

Los elementos mencionados con anterioridad están fundamentados en la activación de esquemas de Deprivación emocional, así como Vergüenza/ Defectuosidad, a través de los cuales el paciente considera que por los comportamientos que ha tenido, no merece el amor y respeto de su familia, principalmente la madre, sintiéndose decepcionado de sí mismo y como consecuencia aumentando el consumo “para disminuir la pensadera”, de acuerdo con lo mencionado textualmente por el paciente.

Sumado a lo anterior, el paciente logra identificar en consulta creencias relacionadas con la necesidad de consumo como estrategia para el manejo del tiempo de condena y específicamente como medio para disipar el aburrimiento de la monotonía; en palabras del paciente la marihuana significa en este momento de su vida “el viaje que todo lo aguanta”.

### Evaluación Multiaxial

Eje I: Dependencia de Sustancias Psicoactivas con dependencia física; episodios depresivos y ansiosos, ideación suicida moderada.

Eje II: Z03.2

Eje III: Cefalea a causa de ACV Severo.

Eje IV: Distancia del grupo primario de apoyo a causa del encarcelamiento, no cuenta con adecuada red de apoyo.

Eje V: Actual 45.

### OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Modificar los elementos interpretados por CRS como sustenta (mantenedores) de los Esquemas Maladaptativos Tempranos de Vergüenza/ Defectuosidad, y Deprivación Emocional, relacionadas con su comportamiento delictivo.

Reestructurar creencias de desesperanza y no construcción de proyecto de vida que mantienen el riesgo de ideación suicida.

Psicoeducar en el uso de técnicas de autorregulación y autocontrol frente al consumo de marihuana y base de cocaína.

Facilitar la aprehensión de estrategias para la activación de creencias funcionales de control sobre la situación de consumo.

Aumentar el nivel de tolerancia a la frustración.

Facilitar las herramientas para iniciar la construcción del proyecto de vida, como estrategia para mejorar el estado de ánimo.

### PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL

#### Sesión N°1

Evaluación clínica (entrevista, aplicación de pruebas y observación), establecimiento de los objetivos y plan terapéutico.

### Sesión N°2

Teniendo en cuenta el modelo planteado por Beck, (2000), se lleva a cabo la educación al paciente, en torno al modelo cognitivo – conductual y el trastorno, iniciando con el proceso de identificación de esquemas subyacentes al comportamiento de consumo frecuente de SPA y posteriormente la reestructuración cognitiva de las creencias que se han gestado en torno al mismo.

### Sesión N°3

Dentro de la sesión se entrena a CRS en el uso de técnicas de autocontrol y autorregulación, además de la activación de creencias de control de la situación en detrimento de las creencias de alivio frente al consumo.

### Sesión N°4

Mediante la utilización de técnicas cognitivas y conductuales se facilita que el paciente mejore el nivel de funcionalidad a nivel familiar y social, a pesar del consumo que presenta.

\* Para todos los pacientes se mantuvo de forma estructural cada una de las sesiones, varían el contenido en función de las problemáticas particulares del sujeto en mención.

## REGISTRO DE EVOLUCIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE: CRS

| SESIÓN | DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN | EVOLUCIÓN |
|--------|--------------------------|-----------|
|--------|--------------------------|-----------|

|          |  |   |
|----------|--|---|
| <p>1</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación mediante entrevista y observación clínica, además de la aplicación de la Escala de Desesperanza y el Inventario de Depresión, instrumentos elaborados por Beck.</li> <li>- Se identifica y operacionaliza el motivo de consulta.</li> <li>- Establecimiento de objetivos y metas terapéuticas.</li> <li>- Identificación de creencias irracionales en torno al consumo de marihuana y base de cocaína.</li> <li>- Se acuerda el aporte que debe dar como agente activo del proceso en las sesiones grupales e individuales.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicialmente CRS se ve desconfiado frente al proceso, por las implicaciones legales que puede tener el abordaje temático, en las instancias legales superiores del EPMSC.</li> <li>- Se logra el establecimiento de la empatía, mediante la socialización del principio de confidencialidad, dando a conocer la información solicitada por la psicóloga tratante.</li> <li>- Tras el primer encuentro se logra identificar en CRS una clara dificultad para captar sus pensamientos automáticos, desfavoreciendo el abordaje de creencias centrales que subyacen a la problemática, por lo cual se deja como trabajo entre sesiones un autorregistro de pensamientos.</li> </ul> |
| <p>2</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicialmente se realiza proceso de rapport y puente con la primera sesión, de acuerdo con el modelo de Beck.</li> <li>- Posteriormente, se educa al paciente en el modelo cognitivo, haciendo énfasis en el desarrollo de ejercicios prácticos, a través de los cuales se logre la comprensión de la relación entre pensamientos, sentimientos y conductas.</li> <li>- Realimentación de los resultados obtenidos en la Escala de Desesperanza de Beck, ayudando a la identificación de las creencias que lo sustentan, haciendo uso del diálogo socrático.</li> <li>- Control del estado de ánimo con aplicación de BDI, así como aplicación de la detección y detención de pensamientos automáticos disfuncionales.</li> <li>- Acompañamiento en el proceso de reflexión sobre las ideas en torno al distanciamiento de su madre como favorable, a pesar del vacío emocional</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- CRS es activo en el aprendizaje de los lineamientos básicos para el desarrollo de las sesiones con base en el modelo cognitivo.</li> <li>- Se presentan algunas dificultades al momento de realizar el diálogo socrático, teniendo en cuenta el uso de terminología que hace parte de la jerga carcelaria.</li> <li>- Se logra disminuir la validez de algunas creencias que mantienen las estrategias de evitación conductual y emocional, por el la cercanía con la familia.</li> <li>- Compromiso por parte de CRS por cada uno de los elementos que se abordan en consulta.</li> </ul>   |

|   |   |  |
|---|---|--|
|   | <p>que experimenta, aportando al bajo estado de ánimo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asignación de tarea para la próxima sesión: elaboración de autorregistro orientado a la identificación de frecuencia de consumo y situaciones que se vinculan con ello.</li> </ul>  |  |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se lleva a cabo el puente con la sesión anterior, reforzando las ideas que han sido reestructuradas durante la sesión anterior, con relación a la familia y los esquemas de Deprivación emocional y Vergüenza/ Defectuosidad.</li> <li>- Control del estado de ánimo, resaltando la importancia de continuar haciendo el examen de validez de las creencias que se relacionan con la ideación suicida y los rasgos de depresión.</li> <li>- Revisión de tarea para la casa, identificando un consumo my levado: Marihuana cada horas y base de cocaína, 1 vez a la semana.</li> <li>- Se lleva a cabo entrenamiento en el uso de técnicas de autocontrol y autorregulación, especialmente para que el paciente las implemente durante la aparición del síndrome de querencia.</li> <li>- Como cierre de la sesión se hace realimentación positiva frente a la participación activa que ha manifestado el paciente y como actividad para la siguiente sesión se explica la manera de elaborar un mapa de red de apoyo.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- CRS tiene claros todos y cada uno de los elementos que se han abordado durante las sesiones anteriores, e incluso vincula información tratada en las sesiones grupales, con lo cual se verifica el compromiso activo con el proceso.</li> <li>- Paciente cumple con la tarea asignada, a partir de la cual se identifica activación significativa del esquema de vergüenza/defectuosidad frente a la psicóloga tratante, elementos que se utilizan para hacer reestructuración cognitiva.</li> <li>- Adecuada receptividad frente al aprendizaje y uso adecuado de las técnicas abordadas en consulta.</li> </ul> |
| 4 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de elementos de la sesión anterior.</li> <li>- Control del estado de ánimo, identificando leve mejoría, con lo cual se proveen herramientas que ayuden al mantenimiento de estos niveles.</li> <li>- Breve entrenamiento en las habilidades sociales básicas, orientado al mejoramiento del paciente en función de establecer más y mejores relaciones interpersonales, aumentando su red de</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente que manifiesta claridad frente al proceso individual, e incluso retoma algunos de las sesiones grupales.</li> <li>- CRS muestra pensamientos positivos entorno al mejoramiento de su estado de ánimo.</li> <li>- Se logra claridad sobre algunas de las habilidades</li> </ul>   |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p>apoyo.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Evaluación del proceso de intervención individual.</li><li>- Cierre del proceso individual.</li></ul> | <p>sociales básicas.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Paciente que asume con responsabilidad compromisos pactados en el cierre del proceso.</li></ul> |
|--|---|--|



## MOTIVO DE CONSULTA

“Quiero estar libre y empezar de cero cuando salga, sin drogas ni nada de eso”

## LISTADO DE CONDUCTAS PROBLEMA. HISTORIA Y ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Consumo habitual de sustancias psicoactivas

Nulo control de impulsos generando conductas agresivas hacia personas cercanas

Estados frecuentes de tristeza

Alta probabilidad de conductas delictivas reincidentes

El consumo de sustancias psicoactivas en el paciente empezó a sus diez años cuando cursaba tercer grado, por influencia de uno de sus compañeros de la escuela, asociado a este hecho, su rendimiento académico decayó considerablemente, la ausencia del padre en el hogar por sus condiciones laborales y la permisividad de la madre, no les permitía estar atentos al desarrollo de su hijo, el cual desertó en varias ocasiones del colegio; hacia la adolescencia aumentó el consumo de marihuana e incluyó otras sustancias como la cocaína, involucrándose en actividades ilícitas, de las cuales se solventaba económicamente para sobrevivir y comprar psicoactivos; iniciando la adultez temprana, cae en situación de calle siendo sometido a tratamiento médico e incorporándose al ejército, allí suspendió el consumo durante el tiempo del servicio militar y extinguió sus comportamientos que abuso a las SPA; regresando a la vida civil presenta una fuerte recaída tanto en consumo como en otras actividades infractoras, durante su

primera unión marital y después del nacimiento del primer hijo, es capturado por sus antecedentes judiciales, durante este tiempo se produce la ruptura de la relación y la separación total del hijo, luego en libertad se une a otra pareja, nace su segundo hijo y es denunciado por maltrato marital, razón por la cual vuelve a la cárcel llevando cuatro años privado de la libertad y es condenado por procesos pendientes; en la actualidad ha cumplido con 22 años físicos faltándole aproximadamente 6 años para la libertad.

### DESCRIPCIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

El paciente proviene de una familia nuclear conformada por los padres y dos hermanos, su padre es pensionado del ejército y la madre es fallecida en el tiempo que ya se encontraba en la cárcel; tiene dos hermanos, el mayor, trabaja en un galpón y el menor es suboficial del ejército; durante la infancia el padre permanecía la mayor parte del tiempo fuera de casa, por su trabajo como militar y los espacios que compartía con la familia eran escasos, la madre se encargaba de la crianza de los hijos y del hogar, la relación entre los progenitores era distante y hostil al igual que las interacciones entre el padre y los hijos, durante la adolescencia tuvo dificultades con las autoridades por sus conductas disóciales asociadas al consumo elevado de SPA suspendiéndolo por periodos de tiempo, en los cuales se encontraba incorporado en las milicias, pero presentando recaídas con aumento significativo de consumo en sustancias que generan daños más severos Cuando tenía veinticinco años, se casó y tuvo su primer hijo, la relación estuvo mediada por las agresiones físicas y verbales hacia su compañera, en este tiempo fue privado de la libertad por la comisión de diversos delitos, su cónyuge junto con su hijo se desplazaron hasta Venezuela para vivir en este país, perdiendo contacto casi de forma completa, cuando recuperó su libertad conoció y se unió a su segunda pareja con la cual tuvo su segundo hijo, esta relación

también estuvo mediada por la violencia, destacando rasgos celotípicos y paranoides, por esta razón es denunciado y capturado por el delito de violencia intrafamiliar llevando cuatro años en el Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad de Pamplona y es procesado por múltiples cargos.

### CICLO DE VIDA

El paciente se encuentra en la etapa del ciclo vital familia con hijos escolares, está separado hace cinco años y en la actualidad sostiene una relación amorosa, con su pareja tiene contacto esporádico porque ella vive en Bucaramanga; con su hijo mayor tiene comunicación telefónica esporádica y con su hijo menor no ha establecido ningún vínculo a lo largo del desarrollo.

### CONTEXTO

#### Familia

Los vínculos familiares son lejanos, el padre y el hermano mayor no establecen contacto con el paciente, mientras que el hermano menor es el encargado de los gastos económicos y cuando está en vacaciones viene a visitarlo; esta situación ha activado esquemas de abandono y sentimientos de rencor, además de sentirse vulnerable por el escaso apoyo familiar

#### Social y Recreacional

En su tiempo libre realiza actividades desde las áreas de fisioterapia y terapia ocupacional propuestas por los practicantes de estas carreras en el INPEC, como labores ocupacionales trabaja en el taller de carpintería y como estrategias de ocio, juegos con sus compañeros de patio.

#### Sexual

En cuanto a su sexualidad, es una persona activa y mantiene relaciones sexuales con su pareja cada vez que ella lo visita, su inicio fue precoz y ha tenido varias parejas a lo largo de la evolución.

### Estado de Salud

El Señor E no presenta complicaciones a nivel de su salud, ni alteraciones de ningún tipo en su estado fisiológico, anatómico, ni funcional.

## IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

El paciente EAG presenta variaciones en el estado de ánimo, la mayor parte del tiempo expresa sentir tristeza, asociada a la activación de esquemas maladaptativos tempranos de inestabilidad/abandono por su construcción familiar y por las diferentes rupturas afectivas, exhibe desesperanza y su estilo de pensamiento es fatalista con relación a sí mismo, al mundo y catastrófico hacia el futuro.

Su locus de control es externo y sostiene distorsiones cognitivas como atribuciones mágicas y sobrenaturales que refuerzan las conductas de consumo; en el resultado de la prueba (VESPA), su frecuencia de consumo es diario y se caracteriza como policonsumidor.

### Evaluación Multiaxial

Eje I: Dependencia de Sustancias Psicoactivas con dependencia física; rasgos de depresión

Eje II: Z03.2

Eje III: no aplica

Eje IV: Conductas infractoras reincidentes, pertenencia a grupos sociales especiales

“reinsertado”

Eje V: Actual 60

### OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Disminuir la frecuencia de consumo de Spa, específicamente de marihuana.

Facilitar que el paciente desarrolle un adecuado locus de control interno asociado al uso oportuno de estrategias de autocontrol.

Reestructurar creencias relacionadas con la triada cognitiva de la depresión, especialmente en lo referente a la visión negativa de sí mismo y su futuro, que combinadas con creencias de alivio sobre el consumo como estrategia de supervivencia en la cárcel.

Favorecer la construcción de un proyecto de vida, con lo cual se aborden los factores de riesgo de reincidencia y se den mayores probabilidades de desarrollar conductas funcionales para el contexto.

Aumentar el nivel de tolerancia a la frustración.

Facilitar las herramientas para iniciar la construcción del proyecto de vida, como estrategia para mejorar el estado de ánimo.

### PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL

#### Sesión N°1

Al igual que en el caso anterior se inicia con la evaluación clínica (entrevista, aplicación de pruebas y observación), el establecimiento de los objetivos y la formulación del plan terapéutico.

### Sesión N°2

Posteriormente y en consonancia con el modelo planteado por Beck, (2000), se lleva a cabo la educación al paciente, acerca del modelo cognitivo – conductual y el trastorno, iniciando con el proceso de identificación y reestructuración cognitiva de las creencias que se han gestado en torno al consumo y que mantienen el mismo.

### Sesión N°3

Como herramienta facilitadora en la consecución de las metas terapéuticas se plantea entrenar a EAG en el uso de técnicas de autocontrol y autorregulación, sumado a la activación de creencias funcionales de control sobre el consumo.

### Sesión N°4

Mediante la utilización de técnicas cognitivas y conductuales se busca que el paciente mejore el nivel de funcionalidad a nivel familiar y de pareja, teniendo en cuenta las ideas irracionales de venganza y uso arbitrario del poder

## REGISTRO DE EVOLUCIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE: EAG

| SESIÓN | DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN | EVOLUCIÓN |
|--------|--------------------------|-----------|
|--------|--------------------------|-----------|

|          |  |   |
|----------|--|---|
| <p>1</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación mediante entrevista y observación clínica, además de la aplicación de la Escala de Desesperanza y el Inventario de Depresión, instrumentos elaborados por Beck.</li> <li>- Se identifica y operacionaliza el motivo de consulta.</li> <li>- Establecimiento de objetivos y metas terapéuticas.</li> <li>- Identificación de creencias irracionales en torno al consumo de marihuana.</li> <li>- Se acuerda el aporte que debe dar como agente activo del proceso en las sesiones grupales e individuales.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Con el paciente se genera fácilmente la empatía, aunque podríadecirseque enmascarada, teniendo en cuenta que en su relato de vida yalresponderlos cuestionamientosmanifiesta conductasnoverbales relacionadas con la evasión.</li> <li>- El motivo de consulta está fundamentado es su dificultad para superar decepciones de la vida de pareja antes de ingresar alestablecimiento penitenciario.</li> <li>-Claramente el paciente manifiesta su interés porque el tratamiento esté orientado a la experimentación de un estado de bienestar personal.</li> <li>- Se logra identificar creencias relacionadas con el uso de la marihuana como distractor y “herramienta necesaria para inspirarse en el trabajo”; además considera que tiene control de la situación, sustentado en la suspensión radical en el consumo de base de coca y bazuco.</li> <li>- El paciente se compromete a liderar el proceso grupal, teniendoocuentasu “experienciadecontrol”, creencia que debe ser puesta a prueba.</li> </ul> |
|----------|--|---|

|          |   |   |
|----------|---|---|
| <p>2</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicialmente se realiza proceso de rapport y puente con la primera sesión, de acuerdo con el modelo de Beck.</li> <li>- Posteriormente, se educa al paciente en el modelo cognitivo, haciendo énfasis en el desarrollo de ejercicios prácticos, a través de los cuales se logre la comprensión de la relación entre pensamientos, sentimientos y conductas.<br/>Realimentación de los resultados obtenidos en la Escala de Desesperanza de Beck, ayudando a la identificación de las creencias que lo sustentan, haciendo uso del diálogo socrático.<br/>Control del estado de ánimo con aplicación de BDI, así como aplicación de la detección y detención de pensamientos automáticos disfuncionales.<br/>Acompañamiento en el proceso de reflexión sobre las ideas en torno al distanciamiento de su madre como favorable, a pesar del vacío emocional que experimenta, aportando al bajo estado de ánimo.<br/>Asignación de tarea para la próxima sesión: elaboración de autorregistro orientado a la identificación de frecuencia de consumo y situaciones que se vinculan con ello.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente que trae recuerdos claros de los aspectos abordados en la sesión anterior.</li> <li>- EAG se muestra receptivo ante las enseñanzas dadas por la terapeuta, facilitando la comprensión del modelo bajo el cual se trabajará.</li> <li>- Con facilidad EAG logra identificar sus pensamientos automáticos y consecuentemente se trabaja con base en las creencias subyacentes.</li> <li>- El paciente comprende cuáles son los síntomas de depresión y posible ideación suicida, ante lo cual se acatan las instrucciones dadas, especialmente lo relacionado con el uso de estrategias de activación conductual.</li> <li>- EAG logra manifestar creencias relacionadas con la falacia del control sobre el consumo, idea que se invalida, tomando elementos de la experiencia del paciente, tales como el rápido proceso de avance en la magnitud de las sustancias consumidas.</li> <li>- Como se logran avances significativos en la identificación de creencias, se asigna como tarea un autorregistro de pensamientos.</li> </ul> |
|----------|---|---|

|          |   |   |
|----------|---|---|
| <p>3</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se lleva a cabo el puente con la sesión anterior, reforzando las ideas que han sido reestructuradas durante la sesión anterior, con relación a la familia y los esquemas de Deprivación emocional y Vergüenza/ Defectuosidad.</li> <li>- Control del estado de ánimo, resaltando la importancia de continuar haciendo el examen de validez de las creencias que se relacionan con la ideación suicida y los rasgos de depresión.</li> <li>- Revisión de tarea para la casa, identificando un consumo my levado: Marihuana cada horas y base de cocaína, 1 vez a la semana.</li> <li>- Se lleva a cabo entrenamiento en el uso de técnicas de autocontrol y autorregulación, especialmente para que el paciente las implemente durante la aparición del síndrome de querencia.</li> <li>- Como cierre de la sesión se hace realimentación positiva frente a la participación activa que ha manifestado el paciente y como actividad para la siguiente sesión se explica la manera de elaborar un mapa de red de apoyo.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se evalúa el mantenimiento de creencias funcionales que refuercen el no sostenimiento de las creencias de control y alivio que mantienen el consumo.</li> <li>- Teniendo en cuenta los esquemas maladaptativos tempranos presentes en el paciente se hace aplicación de la técnica del ABC. Dando resultados que el paciente experimenta como recordar cosas de su infancia y sirve para que se ubique en metas reales para alcanzar.</li> <li>- Antes de enseñar técnicas de autocontrol se da a conocer al paciente algunas creencias de control como estrategia que favorezca el no consumo frecuente.</li> <li>- Se dificulta que el paciente realice los ensayos conductuales de las técnicas de autocontrol aprendidas por parecerle inoficioso, razón por la cual se ve la necesidad de reencuadrar empáticamente en el compromiso con el proceso de intervención.</li> </ul> |
| <p>4</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de elementos de la sesión anterior.</li> <li>- Control del estado de ánimo, identificando leve mejoría, con lo cual se proveen herramientas que ayuden al mantenimiento de estos niveles.</li> <li>- Breve entrenamiento en las habilidades sociales básicas, orientado al mejoramiento del paciente en función de establecer más y mejores relaciones interpersonales, aumentando su red de apoyo.</li> <li>- Evaluación del proceso de intervención individual.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se hace control de estado de ánimo enfatizando al paciente en la necesidad de mantenerse vigilante a las variaciones que se presentes, especialmente cuando se acompañan de desesperanza y posible ideación suicida.</li> <li>- El paciente cuenta con adecuado repertorio conductual en relación con lo social, sin embargo se hace entrenamiento en asertividad específicamente, por cuanto las dificultades en</li> </ul>   |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>- Cierre del proceso individual.</li></ul> | <p>el control de la ira hacen que en ocasiones EAG asuma posturas de comunicación mediada por la agresividad.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- El paciente identifica las ganancias obtenidas a lo largo del proceso y se compromete a seguirabordandolas problemáticas que se le presenten y esté fuera de su repertorio manejarlas.</li></ul> |
|--|--|--|

Apéndice I: Estudio de Caso WC

DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

Nombre: Señor WC

Sexo: M

Estado Civil: Soltero

Edad: 20

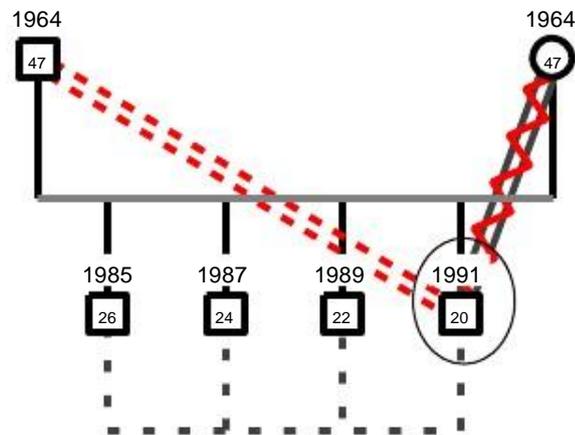
Lugar de nacimiento: Chinácota (N. de S)

Ocupación: Estudiante

Nivel de Estudios: Bachillerato

Nivel Socioeconómico: 1

GENOGRAMA



Cercana Hostil



Discordia Conflicto



Distante

Armonía

Amor

## MOTIVO DE CONSULTA

“Quiero dejar de consumir completamente, ya no quiero esa vida, no quiero volver a lo de antes, eso es ganarse problemas aquí en el calabozo”

## LISTADO DE CONDUCTAS PROBLEMA. HISTORIA Y ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Consumo frecuente de sustancias psicoactivas (marihuana)

Alteraciones en el sueño, presenta pesadillas relacionadas con los síntomas del síndrome de abstinencia (craving)

Inapetencia

Alteración del humor ocasionándole dificultades de convivencia con los compañeros de patio general.

El paciente inicia consumo de SPA desde los dieciséis años y está asociado al establecimiento de su primera relación de pareja, la cual se encontraba casada y abusaba de sustancias como marihuana y alcohol, la ruptura de esta relación por el regreso del esposo de la pareja, le genera pensamientos de abandono y de venganza en contra del esposo de su ex compañera sentimental, la cual decide viajar a Bogotá para vivir allí abandonando la relación, ésta pérdida y la cercanía de pares negativos, aumentaron su vulnerabilidad ante el consumo de drogas duras como la cocaína, iniciando su adicción al bazuco, permaneciendo tiempo significativo fuera de casa ingiriendo SPA y realizando conductas de hurto para solventar su dependencia, por esta situación es capturado por hurto agravado y calificado y privado de la

libertad, cuando llega a la Cárcel de Pamplona, en donde se encuentra cumpliendo su condena, presenta dificultades con sus compañeros de patio por el consumo de bazuco, ya que se encuentra restringido según normas internas, al suspender la sustancia presenta síndrome de abstinencia, recurrente estado de ansiedad, perturbaciones a nivel de apetito y sueño.

### DESCRIPCIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

El paciente pertenece a una familia nuclear estructurada, proveniente de Chinácota, Norte de Santander, sus padres se dedican a la agricultura, mientras sus hermanos realizan otras labores como la carpintería, la ganadería y las minas, las relaciones al interior del núcleo son cercanas, pero conflictivas, a partir de la situación de consumo; su estilo de crianza fue ambiguo, con un padre rígido y una madre flexible que contradecía las normas del padre.

Durante su infancia y adolescencia, W tuvo un proceso evolutivo normal, creció al lado de su familia y en zona rural; en cuanto a su escolaridad, curso el bachillerato completo, teniendo dificultades en su comportamiento, transgresión de la norma y conflictos con los docentes por su rebeldía, el rendimiento académico siempre fue bajo y manifiesta que no le agradaba estudiar; a pesar que este municipio es muy pequeño y cuenta con pocas actividades delictivas, su grupo de pares era negativo, viéndose involucrado en diferentes prácticas ilegales con ellos.

Hace aproximadamente un año, se encuentra privado de la libertad en el Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y carcelario – Pamplona, en el presente conflictos con los demás internos por su elevado consumo de bazuco, aunque con el transcurrir del tiempo ha logrado adaptarse a los parámetros de esta establecimiento, su familia lo visita de forma

frecuente, aunque su padre manifiesta rechazo hacia sus conductas; sus expectativas en el momento de quedar en libertad son laborales, pero argumenta que será difícil evitar sus pares por la cercanía a su hogar

### CICLO DE VIDA

W se encuentra en la etapa de adultez temprana y su familia en el ciclo evolutivo "nido vacío", sus padres conviven hace 27 años, ambos trabajan en labores de agricultura, pero la madre es la encargada del hogar y quien responde por la crianza de los hijos, mientras el padre maneja la economía; los vínculos afectivos de esta familia, estuvieron mediados por costumbres y tradiciones machistas, donde el padre establecía normas rígidas, con distanciamiento emocional, escasas manifestaciones de afecto y castigos físicos para corregir las conductas negativas de los hijos, de igual forma, el trato hacia su esposa, era mediado por maltrato físico y psicológico; el establecimiento de pautas de crianza fue ambiguo entre la hostilidad y rigidez del padre y la flexibilidad y permisividad de la madre; en la actualidad sus hermanos están constituyendo nuevas familias e independientes económicamente de la familia de origen

### CONTEXTO

#### Familia

Con su familia mantiene contacto cercano y frecuente, sus parientes lo visitan cada fin de semana o estableciendo comunicación telefónica, el padre se mantiene distante, a causa del malestar que le genera la situación de encarcelamiento de su hijo, los hermanos cubren las necesidades económicas y acompañan a la madre cuando esta se encuentra enferma

#### Social y Recreacional

Su red de apoyo inmediata está conformada por sus compañeros de patio, los cuales poseen características similares como edad, conductas disóciales, entre ellas consumo activo de SPA y generalmente realiza actividades físicas propuestas por las áreas de fisioterapia y terapia ocupacional; en diferentes ocasiones se ha postulado para trabajar en los talleres, recibiendo respuestas negativas por no cumplir con el perfil que estas actividades exigen.

### Sexual

A nivel de su área sexual, es inactivo desde que se encuentra privado de la libertad; su inicio sucede durante su primera relación afectiva, la cual resultó displacentera y era mediada por el consumo de Sustancias Psicoactivas.

### Estado de Salud

WC presenta alteraciones en el sueño como pesadillas y activación física nocturna, debido al síndrome de abstinencia por la suspensión del bazuco y ninguna otra enfermedad.

## IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

WC presenta síntomas de ansiedad y síndrome de abstinencia, alteraciones en el sueño (pesadillas vívidas con manifestaciones fisiológicas y psicológicas de **craving**) e inapetencia; generalmente atribuye la responsabilidad de sus comportamientos a los demás y a eventos mágicos (locus de control externo).

En los resultados de la evaluación se encontró que presenta dependencia a las sustancias marihuana y cocaína con dependencia física y su nivel de consumo es diario en marihuana y suspensión de la cocaína por las condiciones de privación de la libertad, pero con altas probabilidades de recaída.

En cuanto a su estilo de pensamiento, manifiesta distorsiones cognitivas como visión de túnel, pensamientos fatalistas, pocas expectativas del futuro y desesperanza aprendida.

#### Evaluación Multiaxial

Eje I: Dependencia de Sustancias Psicoactivas con dependencia física; rasgos de ansiedad, síndrome de abstinencia.

Eje II: Z03.2

Eje III: No aplica

Eje IV: Distanciamiento familiar por la situación de encarcelamiento

Eje V: Actual 65

#### OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Disminuir las situaciones de consumo, principalmente por lo displacentero de los síntomas de craving que está experimentando el paciente.

Promover el paso de locus de control externo a interno, logrando que el paciente se responsabilice de las consecuencias de sus actos y tome conciencia de los comportamientos que le afectan.

Identificar y modificar las creencias centrales consideradas como mantenedoras de la problemática de WC, especialmente las de apego, como consecuencia de la experiencia de relación de pareja inadecuada.

Disminuir las conductas que generan dificultades de convivencia con los compañeros, especialmente los relacionados con baja tolerancia a la frustración y falta de control de los impulsos y la ira.

Facilitar la construcción de un proyecto de vida, teniendo en cuenta la corta edad del paciente, la pronta terminación de la pena privativa de la libertad y los elevados factores de riesgo para reincidencia delictiva.

## PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL

### Sesión N°1

Evaluación clínica (entrevista, aplicación de pruebas y observación), establecimiento de los objetivos y plan terapéutico.

### Sesión N°2

Teniendo en cuenta el modelo planteado por Beck, (2000), se lleva a cabo la educación al paciente, en torno al modelo cognitivo – conductual y el trastorno, iniciando con el proceso de reestructuración cognitiva de las creencias que se han gestado en torno al consumo.

### Sesión N°3

Dentro de la sesión se entrena a CRS en el uso de técnicas de autocontrol y autorregulación.

### Sesión N°4

Mediante la utilización de técnicas cognitivas y conductuales se facilita que el paciente mejore el nivel de funcionalidad a nivel familiar y social, a pesar del consumo que presenta.

REGISTRO DE EVOLUCIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE: WC

| SESIÓN | DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN  | EVOLUCIÓN   |
|--------|---|---|
| 1      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación mediante entrevista y observación clínica, además de la aplicación de la Escala de Desesperanza y el Inventario de Depresión, instrumentos elaborados por Beck. Se identifica y operacionaliza el motivo de consulta.</li> <li>- Establecimiento de objetivos y metas terapéuticas.</li> <li>- Identificación de creencias irracionales en torno al consumo de marihuana y base de cocaína.</li> <li>- Se acuerda el aporte que debe dar como agente activo del proceso en las sesiones grupales e individuales.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Teniendo en cuenta las características de personalidad de WC, se identifican elementos que facilitan el establecimiento de empatía, especialmente en lo concerniente a la edad y el deseo por ser identificado y considerado como importante; continuamente hace comentarios fantasiosos para que se valoren como hazañas sus conductas.</li> <li>- Como motivo de consulta se prioriza la necesidad de apoyar en la construcción de un proyecto de vida sano que beneficie la reconstrucción de red de apoyo familiar.</li> <li>- Con claridad se definen las metaterapéuticas, exceptuando las que implican disminución del consumo, por cuando WC desea aprender a controlar los síntomas del craving, pero no disminuir su uso.</li> <li>- WC se muestra muy participativo, pero existe la posibilidad de abandono de tratamiento si pierde el interés.</li> <li>- Adecuado manejo del rapport y mantiene la información abordada en la sesión anterior, ocasionalmente utiliza el olvido como estrategia de ironía con la terapeuta.</li> </ul> |
| 2      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicialmente se realiza proceso de rapport y puente con la primera sesión, de acuerdo con el modelo de Beck.</li> <li>- Posteriormente, se educa al paciente en el modelo cognitivo, haciendo énfasis en el desarrollo de ejercicios prácticos, a través de los cuales se logre la comprensión de la relación entre pensamientos,</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para el paciente resulta compleja la comprensión del</li> </ul>  |

|          |   |  |
|----------|---|--|
|          | <p>sentimientos y conductas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realimentación de los resultados obtenidos en la Escala de Desesperanza de Beck, ayudando a la identificación de las creencias que lo sustentan, haciendo uso del diálogo socrático.</li> <li>- Control del estado de ánimo con aplicación de BDI, así como aplicación de la detección y detención de pensamientos automáticos disfuncionales.</li> <li>- Asignación de tarea para la próxima sesión: elaboración de autorregistro orientado a la identificación de frecuencia de consumo y situaciones que se vinculan con ello.</li> </ul>  | <p>modelo con el cual se trabaja, por el nivel de pensamiento muy concreto que manifiesta; a pesar de esto, logra la identificación de primeros pensamientos automáticos relacionados con la fantasía que ha desarrollado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No se identificaron síntomas significativos de depresión, desesperanza e ideación suicida, por lo cual no se prioriza la atención en esta área.</li> <li>- El paciente no muestra compromiso con la realización de tareas relacionadas con el autorregistro pues considera que puede ser motivo de burla hacia los compañeros, el paciente manifiesta pensamientos como: “si ellos se dan cuenta yo pierdo, van a pensar que estoy corrido”.</li> <li>- Se interviene sobre este pensamiento.</li> </ul> |
| <p>3</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se lleva a cabo el puente con la sesión anterior, reforzando las ideas que han sido reestructuradas durante la sesión anterior, con relación a la familia y los esquemas de Deprivación emocional y Vergüenza/ Defectuosidad.</li> <li>- Control del estado de ánimo, resaltando la importancia de continuar haciendo el examen de validez de las creencias que se relacionan con la ideación suicida y los rasgos de depresión.</li> <li>- Revisión de tarea para la casa, identificando un consumo muy leve: Marihuana cada hora y base de cocaína, 1 vez a la semana.</li> <li>- Se lleva a cabo entrenamiento en el uso de técnica de autocontrol y autorregulación, especialmente para que el paciente las implemente durante la</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- El paciente se muestra desinteresado por el proceso, llega con actitud de apatía, por lo cual se ve la necesidad de implementar estrategias para el mantenimiento del rapport.</li> <li>- El paciente no cumple con la tarea asignada por lo cual se ve la necesidad de realizarla al interior de la sesión, enseñando la forma correcta de completarla y obteniendo dos creencias con las cuales se trabaja en consulta. La primera de ellas se relaciona con “las drogas son el viaje que me ayuda a pasar esto” y “son la forma de hacer amigos... estar en el ambiente bien...”.</li> </ul>   |

|          |   |   |
|----------|---|---|
|          | <p>aparición del síndrome de querencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Como cierre de la sesión se hace realimentación positiva frente a la participación activa que ha manifestado el paciente y como actividad para la siguiente sesión se explica la manera de elaborar un mapa de red de apoyo.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mediante la técnica de búsqueda de evidencias se logra la reestructuración de estas creencias, a pesar de lo cual se deja como tarea la construcción de elementos a favor y en contra de cada uno para continuar con el proceso.</li> <li>- Con el paciente se hace una realimentación continua, teniendo en cuenta las dificultades en el mantenimiento de la empatía y la falta de compromiso con el tratamiento.</li> </ul>           |
| <p>4</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de elementos de la sesión anterior.</li> <li>- Control del estado de ánimo.</li> <li>- Breve entrenamiento en las habilidades sociales básicas, orientado al mejoramiento del paciente en función de establecer más y mejores relaciones interpersonales, aumentando su red de apoyo.</li> <li>- Evaluación del proceso de intervención individual.</li> <li>- Cierre del proceso individual.</li> <li>-</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- El paciente se muestra más cercano al proceso, evidencia de lo cual corresponde al cumplimiento de la tarea que le había sido asignada.</li> <li>- Su estado de ánimo se mantiene estable.</li> <li>- Como apoyo se proveen estrategias para el manejo de las relaciones sociales, especialmente combinando con las estrategias de control de la ira, disminuyendo la probabilidad de conflictos con los compañeros de patio.</li> </ul> |

Apéndice J: Estudio de Caso JMD

DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

Nombre: Señor JMD

Sexo: M

Estado Civil: Unión Libre

Edad: 26

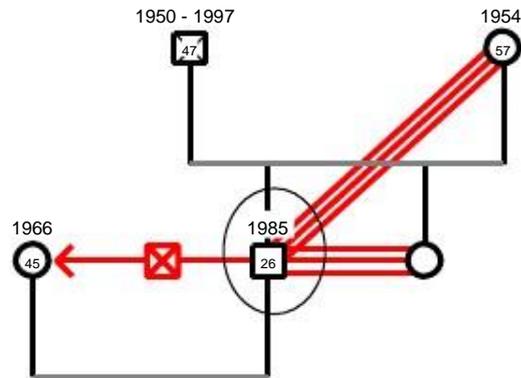
Lugar de nacimiento: Bogotá

Ocupación: Estudiante

Nivel de Estudios: Tecnología Incompleta

Nivel Socioeconómico: 2

GENOGRAMA



Controlador



Fusión

Armonía

MOTIVO DE CONSULTA

“Yo quiero que usted me ayude porque me ha dado muy duro que acá no consigo nada de bazuco... se me quitó el sueño, no me siento bien, me da temblor y sobre todo siento que los dientes me rechinan de noche y eso es mucho visaje”

Indiferente/apático

Controlador

## LISTADO DE CONDUCTAS PROBLEMA. HISTORIA Y ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

No hay control sobre el consumo de sustancias.

Dificultades marcadas en el control de los impulsos y en la expresión de emociones como la ira y el enojo.

Dificultades en el manejo de la sintomatología asociada al síndrome de abstinencia o *craving*, especialmente por el largo periodo de tiempo consumiendo cocaína y bazuco.

Relaciones familiares alteradas y disfuncionales, principalmente por el consumo de sustancias que es imitado por su hermana menor.

Relación de pareja mediada por el interés económico y el bienestar personal, más que por la presencia de afectos.

No hay una construcción clara del proyecto de vida dentro del EPMS ni al terminar la condena que hoy día cursa.

JMD inicia el consumo de sustancias psicoactivas alrededor de los 12 años, posterior a la muerte del padre quien padecía de Insuficiencia Renal Crónica, aparentemente el duelo por la pérdida se vive de forma adecuada a nivel familiar, pero el paciente aprovecha para hacer uso de su libertad con más frecuencia. Inicia una vida social más activa, conociendo jóvenes de su barrio que a pesar de superarlo en edad no dudan en recibirlo como parte del grupo y fácilmente se convierte en el “carrito” de todos.

Con el crecimiento empieza a explorar diferentes sustancias dentro de las cuales se encuentra la marihuana, base de cocaína, heroína, éxtasis, popper y bazuco. De acuerdo con el discurso del paciente el momento en el cual su cuerpo experimenta con bazuco se entrega al delito, por cuanto “el pitillo lo vuela”, le permite experimentar sensaciones que lo encantan, teniendo ercanía con la pérdida de control

En ocasiones su madre le permite el consumo dentro de la casa como estrategia para evitar que él se vincule con las “ollas del barrio”, “no de boleta” y logre mantenerse distante del mundo de la calle.

A pesar de los cuidados, cuando el estudiante ingresa a estudiar en las Unidades Tecnológica de Santander, se entrega al placer de las fiestas a lo largo de la semana acompañadas del policonsumo; casi que inmediatamente empieza a experimentar dificultades económicas, razón por la cual se precipita a iniciarse en el hurto callejero para poder mantenerse activo.

En una de las hazañas repentinas por obtener dinero, atraca a un taxista y es el momento en lo cual es capturado en flagrancia, siendo condenado por los delitos de hurto calificado y agravado, porte ilegal de armas y estupefacientes.

En la actualidad ha cumplido con 22 meses de los 74 que recibió como condena; con sus compañeros de patio tiene buena relación pero a nivel administrativo se le han presentado inconvenientes principalmente porque JMD no está recibiendo el tratamiento psiquiátrico que acostumbraba recibir en la anterior penitenciaría.

#### DESCRIPCIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Antes de la muerte de su padre a causa de una afección terminal en los riñones, la familia era funcional, con adecuados recursos económicos; posteriormente la situación económica se ve afectada, sin embargo la madre del paciente siempre se esforzó por darle buena educación. Cuando el paciente empieza a presentar conductas de consumo su madre asume comportamientos de sobreprotección, sirviendo como elementos mantenedores de la situación problema.

Posterior al inicio disfuncional de consumo, JMD reconoce que su hermana lo identifica como modelo e inicia un consumo experimental que le genera conflictos con la madre. Posteriormente establece relación de pareja con una mujer de 45 años con quien constituye una unión marital de hecho; a la mamá del paciente no le genera gran satisfacción este tipo de relación, pues se mantiene el consumo y no se proyecta hacia un estilo de vida diferente.

Es capturado y condenado, recluso en la Cárcel Modelo de Bucaramanga, donde inicia tratamiento psiquiátrico con Amitrptilina y Clonazepam, orientado al control de los síntomas de ansiedad producidos por la abstinencia; en Pamplona no recibe el mismo tratamiento, razón por la cual empieza experimentar la acentuación de algunos de los síntomas relacionados con la abstinencia.

## CICLO DE VIDA

El paciente se encuentra en la etapa del ciclo vital, de formación de la pareja y comienzo de la familia sin hijos, teniendo en cuenta que meses antes del ingreso a la cárcel constituye una familia con una mujer mayor de estado civil separada.

## CONTEXTO

### Familia

Los vínculos familiares son estrechos hasta el punto de considerarlos disfuncionales, teniendo en cuenta la tolerancia frente al consumo inicial. Tras la muerte del padre se aparenta un adecuado manejo del duelo, situación que no es completamente resuelta por la madre y se manifiesta a través de la permisividad con sus hijos.

### Social y Recreacional

En el amplio espacio de tiempo libre con que cuenta el paciente, se ha vinculado en todas las actividades educativas y recreativas realizadas por los practicantes de diferentes instituciones, es muy participativo y colaborativo. No practica ningún deporte ni elabora manualidades.

### Sexual

En cuanto a su sexualidad, es una persona activa y mantiene relaciones sexuales con su pareja cada vez que ella lo visita, teniendo en cuenta que ella se encuentra laborando en la ciudad de Bucaramanga.

### Estado de Salud

JMD, tiene alteraciones marcadas en la salud oral por el excesivo consumo de bazuco (dientes negros y manchados, con pérdidas parciales). Recibe tratamiento médico en el penal para el control de la ansiedad con dosis diaria de Amitriptilina y Levopromazina.

## IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

El paciente JMD presenta sintomatología asociada al síndrome de abstinencia y craving de cocaína, principalmente evidenciado en alteraciones en el ciclo de sueño e inapetencia alimenticia, además presenta bruxismo durante la noche e inquietud motora.

Tiene conductas de adecuada relación social, con conductas mediadoras para evitar conflictos, sin embargo hay alteración en el control de la ansiedad, la ira y el enojo, generándole conflictos con el área administrativa, así como con guardia y vigilancia.

### Evaluación Multiaxial

Eje I: Dependencia de Sustancias Psicoactivas con dependencia física; rasgos de depresión

Eje II: Z03.2

Eje III: no aplica

Eje IV: Inadecuada elaboración del duelo por muerte del padre, relaciones de apego con madre y hermana.

Eje V: Actual 60

## OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Disminuir el consumo de sustancias psicoactivas.

Favorecer el control de sintomatología de ansiedad que interfiere con el adecuado funcionamiento social.

Promover la construcción de un proyecto de vida que le permita dar continuidad a su relación de pareja.

Identificar y revalidar las creencias centrales e intermedias que sirven de sustento para las conductas de consumo disfuncional de Sustancias Psicoactivas, principalmente las creencias de tipo alivio y anticipatorias.

Promover la comprensión y activación de creencias de control sobre el consumo.

## PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL

### Sesión N°1

Evaluación clínica (entrevista, aplicación de pruebas y observación), establecimiento de los objetivos y plan terapéutico.

### Sesión N°2

Teniendo en cuenta el modelo planteado por Beck, (2000), se lleva a cabo la educación al paciente, en torno al modelo cognitivo – conductual y el trastorno, iniciando con el proceso de reestructuración cognitiva de las creencias que se han gestado en torno al consumo.

### Sesión N°3

Dentro de la sesión se busca entrenar a JMDen el uso de técnicas de autocontrol y autorregulación.

### Sesión N°4

Mediante la utilización de técnicas cognitivas y conductuales se facilita que el paciente mejore el nivel de funcionalidad a nivel familiar y social, a pesar del consumo que presenta.

REGISTRO DE EVOLUCIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE: CRS

| SESIÓN | DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN  | EVOLUCIÓN  |
|--------|---|--|
| 1      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación mediante entrevista y observación clínica, además de la aplicación de la Escala de Desesperanza y el Inventario de Depresión, instrumentos elaborados por Beck.</li> <li>- Se identifica y operacionaliza el motivo de consulta.</li> <li>- Establecimiento de objetivos y metas terapéuticas.</li> <li>- Identificación de creencias irracionales en torno al consumo de marihuana y base de cocaína, así como bazuco.</li> <li>- Se acuerda el aporte que debe dar como agente activo del proceso en las sesiones grupales e individuales.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente con facilidades para el establecimiento de empatía y comprensión de procesos relacionados con la sesión de intervención individual.</li> <li>- Como motivo de consulta y problemática principal el paciente con ayuda de la terapeuta identifica su deseo por controlar la sintomatología asociada al síndrome de abstinencia.</li> <li>- Teniendo en cuenta el nivel educativo del paciente, se logra que JMD identifique con claridad las creencias relacionadas con el consumo, una de ellas funciona como mantenedora de la conducta “el cachito es una máscara para soportar el canazo... de lo contrario uno no se aguanta y se mata”. Se inicia proceso de reestructuración, aunque se prioriza la necesidad de conocer los elementos que alimentan la creencia.</li> <li>- JMD recuerda con claridad cada uno de los aspectos abordados durante la consulta</li> </ul> |
| 2      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicialmente se realiza proceso de rapport y puente con la primera sesión, de acuerdo con el modelo de Beck.</li> <li>- Posteriormente, se educa al paciente en el modelo cognitivo, haciendo énfasis en el desarrollo de ejercicios prácticos, a través de los cuales se logra la comprensión de la relación entre pensamientos, sentimientos y conductas.</li> <li>- Realimentación de los resultados</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- anterior, se muestra participativo, colaborador e interesado con el tratamiento.</li> <li>- La educación en el modelo del tratamiento se da con fluidez, aspecto que se corrobora con la pro actividad</li> </ul>   |

|          |  |  |
|----------|--|--|
|          | <p>obtenidos en la Escala de Desesperanza de Beck, ayudando a la identificación de las creencias que lo sustentan, haciendo uso del diálogo socrático.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control del estado de ánimo con aplicación de BDI, así como aplicación de la detección y detención de pensamientos automáticos disfuncionales.</li> <li>- Acompañamiento en el proceso de reflexión sobre las ideas en torno al distanciamiento de su madre como favorable, a pesar del vacío emocional que experimenta, aportando al bajo estado de ánimo.</li> <li>- Asignación de tarea para la próxima sesión: elaboración de autorregistro orientado a la identificación de frecuencia de consumo y situaciones que se vinculan con ello.</li> </ul>  | <p>del paciente al generar ejemplos de verificación donde se establece la clara relación entre pensamientos, sentimientos y conductas, como modelo básico de trabajo en la intervención.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se hace evaluación del estado de ánimo, identificando que la sintomatología presente está asociada a alteraciones de la ansiedad como consecuencia de la necesidad de consumo más que por alteraciones primarias del ánimo.</li> <li>- Hay una adecuada comprensión del sistema de autorregistro como actividad entre sesiones para mantener el interés y compromiso del paciente</li> <li>- Nuevamente el paciente mantiene la conexión con la</li> </ul> |
| <p>3</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se lleva a cabo el puente con la sesión anterior, reforzando las ideas que han sido reestructuradas durante la sesión anterior.</li> <li>- Control del estado de ánimo, resaltando la importancia de continuar haciendo el examen de validez de las creencias que se relacionan con la ideación suicida y los rasgos de depresión.</li> <li>- Revisión de tarea para la casa, identificando un consumo muy leve: Marihuana cada 7 u 8 horas.</li> <li>- Se lleva a cabo entrenamiento en el uso de técnicas de autocontrol y autorregulación, especialmente para que el paciente las implemente durante la aparición del síndrome de abstinencia. Como cierre de la sesión se hace realimentación positiva frente a la participación activa que ha manifestado el paciente y como actividad para la siguiente sesión se explica la manera de elaborar un mapa de red de apoyo.</li> </ul> | <p>sesión realizada anteriormente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Al hacer control de la semana se identifica una intensificación de la sintomatología de ansiedad, particularmente por cambios en la vigilancia que dificulta el acceso a la marihuana.</li> <li>- Como estrategia alterna se enseña a JMD la realización de técnicas de respiración y relajación con entrenamiento en vivo dentro de la sesión.</li> <li>- Se crean y activan creencias de control sobre la sintomatología y sobre la necesidad de consumo.</li> <li>- La realimentación positiva del comportamiento dentro de la consulta y en general frente al compromiso con el tratamiento.</li> </ul>      |

|          |   |   |
|----------|---|---|
| <p>4</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de elementos de la sesión anterior.</li> <li>- Control del estado de ánimo, identificando leve mejoría, con lo cual se proveen herramientas que ayuden al mantenimiento de estos niveles.</li> <li>- Evaluación del proceso de intervención individual.</li> <li>- Cierre del proceso individual.</li> <li>-</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- El paciente cumple con la tarea asignada, aportando en el proceso de reestructuración de las creencias identificadas como mantenedoras de la conducta problema.</li> <li>- Tras el cumplimiento de las metas se evalúa el resultado del proceso terapéutico a nivel de control de la ansiedad, se sugiere dar continuidad al mismo para abordar a nivel clínico la adecuada elaboración del duelo por la muerte del padre a tan temprana edad, a su vez desarrollando ideas funcionales y adaptativas sobre la autoridad.</li> </ul> |
|----------|---|---|