

**INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN ADOLESCENTE  
DROGODEPENDIENTE CON TRASTORNO DEPRESIVO INDUCIDO POR  
SUSTANCIAS/MEDICAMENTOS**

**PS. DIANA KATHERINE TOLOZA REYES**

**DIRECTORA DE MONOGRAFÍA**

**Dr. ARA MERCEDES CERQUERA**

**Asesoría de Mgs. ABDON RIVERO**



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA**

**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**BUCARAMANGA**

**2019**

**PS. DIANA KATHERINE TOLOZA REYES**

**Proyecto de grado para optar al título de especialista en psicología clínica**

**ASESORA**

**Dr. ARA MERCEDES CERQUERA**



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA**

**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**BUCARAMANGA**

**ENERO**

**2019**

## **Agradecimientos**

*En primera instancia agradezco infinitamente a Dios ya que fue el quien me guio por el sendero de la perseverancia y la persistencia para hacerle frente a cada problema los cuales pude tomar no como una dificultad sino como retos que me permiten fortalecerme aún más como persona logrando una oportunidad de aprendizaje.*

*Gracias a mi maravillosa madre por brindarme cada día un abrazo afectuoso que siempre me transmite amor y felicidad y en efecto por su apoyo incondicional en este viaje lleno de aventuras que es la vida, siempre has sabido darme palabras sabias que me han permitido tomar decisiones las cuales siempre han estado acompañadas de tu confianza demostrado en acciones que han contribuido considerablemente para estar donde estoy. Así también agradezco a esa luz de alegría y diversión que le das a mi vida pequeño hermano pues eres una motivación para seguir creciendo a nivel profesional y personal. El amor incondicional de mi familia me llena de fuerza para triunfar. Ustedes son mi fuente de inspiración.*

*Gracias infinitas a mi tutora y mentora Ara Cerquera, hoy quiero expresarle mi gratitud por su apoyo, por su persuasión y persistencia para encaminar y motivarme a la culminación exitosa de este proyecto, gracias enseñarme a ser una mejor profesional, por forjar mi crecimiento personal, enseñándome que con esfuerzo y dedicación se logran grandes frutos, la considero como un ejemplo a seguir y una mujer admirable; a ella le deseo una vida llena de prosperidad, éxitos y bendiciones.*

## Tabla de contenido

Agradecimientos.....	3
Resumen.....	8
Abstract.....	9
Introducción.....	10
Objetivo general.....	12
Objetivos específicos.....	12
Marco teórico.....	13
• Psicología de la salud y psicología clínica.....	13
• La niñez y la adolescencia en la sociedad.....	19
• Consumo problemático de sustancias psicoactivas en la adolescencia.....	22
• La depresión.....	25
• Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia.....	31
• Tratamiento e intervención en el consumo de sustancias psicoactivas desde un enfoque cognitivo-conductual.....	33
• Estrategias de afrontamiento: Adicción y depresión.....	34
• Tratamiento e intervención de la depresión desde un enfoque cognitivo-conductual.....	36
Metodología.....	47
• Participantes.....	47

• Datos sociodemográficos.....	47
• Instrumentos.....	47
Procedimiento.....	50
• Estudio de caso.....	51
• Impresión diagnóstica.....	54
• Objetivos.....	54
• Sesiones.....	55
Resultados .....	60
• Descripción.....	60
• Análisis funcional.....	66
Discusión.....	72
Conclusiones.....	76
Recomendaciones.....	77
Bibliografía.....	78
Anexos.....	90

## **Lista de Figuras**

Figura 1. Prueba de detección de consumo de tabaco, alcohol y sustancias (ASSIST).....	60
Figura 2. Cuestionario de detección de drogas (DAST).....	62
Figura 3. Inventario de depresión de Beck.....	63
Tabla 6. Pre-test de la escala de estrategias Coping-modificada.....	64
Tabla 7. Post-test de la escala de estrategias Coping-modificada.....	65
Figura 4. Análisis funcional de la conducta.....	66
Tabla 8. Análisis funcional, estudio de caso.....	67

## **Lista de Anexos**

1. Consentimiento informado
2. Entrevista psicológica Semiestructurada para niños y adolescentes
3. Cuestionario de detección de drogas (DAST-10)
4. Inventario de depresión de BECK
5. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas  
(ASSIST)
6. Escala de estrategias de afrontamiento COPING-MODIFICADA (EECC-M)

## RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

**TITULO:** INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN ADOLESCENTE DROGODEPENDIENTE CON TRASTORNO DEPRESIVO INDUCIDO POR SUSTANCIAS/MEDICAMENTOS

**AUTOR(ES):** Diana Katherine Toloza Reyes

**PROGRAMA:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR(A):** Dra Ara Mercedes Cerquera

### RESUMEN

El presente trabajo hace referencia a un estudio de caso clínico abordado desde el modelo cognitivo conductual, en el marco de la práctica realizada en la IPS Asociación Niños de Papel, Santander. Su objetivo estuvo dirigido a implementar un plan de tratamiento a través de técnicas o estrategias terapéuticas cognitivo conductuales para un caso de depresión inducida por consumo de sustancias en una adolescente de 14 años con un consumo problemático de sustancias psicoactivas quien se encontraba en proceso de rehabilitación en la Asociación Niños de Papel, quien se encontraba sin escolaridad y con problemas dentro de su núcleo familiar. Lo anterior comprende el análisis de las conductas problema mediante instrumentos cuantitativos implementando estrategias terapéuticas acordes a los resultados encontrados en el análisis de la conducta del paciente. Los instrumentos usados para la evaluación inicial fueron el cuestionario de detección de drogas (DAST-10), Inventario de depresión de BECK, prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) y la escala de estrategias de COPING-MODIFICADA (EECC-M) facilitando la comprensión de la situación y por ende la selección de técnicas como la planificación gradual de actividades, entrenamiento en toma de decisión y solución de problemas, registro de pensamiento o reestructuración cognitiva. En los resultados se evidenció, la disminución de los niveles de depresión y uso de estrategias de afrontamiento centradas en soluciones así como el empleo adecuado del tiempo libre para la prevención de recaídas. El resultado permitió que la paciente y su familia, adquirieran concientización y habilidades para el afrontamiento de situaciones de alto riesgo para una posible recaída con más herramientas para su regulación emocional y modificación del pensamiento.

### PALABRAS CLAVE:

Depresión, técnicas cognitivo conductual, consumo de sustancias psicoactivas, dependencia.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO



## GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

**TITLE:** COGNITIVE-BEHAVIORAL INTERVENTION IN AN ADOLESCENT DRUG-DEPENDENT WITH MODERATE DEPRESSIVE DISORDER

**AUTHOR(S):** Diana Katherine Toloza Reyes

**FACULTY:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR:** Dra. Ara Mercedes Cerquera

### ABSTRACT

The present work refers to a clinical case study addressed in the cognitive behavioral model, within the framework of the practice carried out in the IPS Children's Association of Paper, Santander. Its objective was directed to implement a treatment plan through cognitive technical techniques conducts for a case of depression induced by substance use in a 14-year-old adolescent with a problematic use of psychoactive substances in the rehabilitation process in the Children's Association of Paper, who has become synonymous with schooling and problems in his family nucleus. This includes the analysis of the problem behaviors through quantitative instruments implementing therapeutic strategies according to the results found in the analysis of the patient's behavior. The instruments used for the initial evaluation were the drug detection questionnaire (DAST-10), the BECK Depression Inventory, the alcohol, tobacco and substance use detection test (ASSIST) and the escalation of COPING strategies. -MODIFIED (EECC-M) facilitating the understanding of the situation and the selection of techniques such as gradual planning of activities, training in decision making and problem solving, the registration of thought or cognitive restructuring. The results showed the decrease in depression levels and the use of coping strategies focused on the solutions as appropriate for free time for the prevention of relapse. The result of the search of a patient and his family, the ability to improve the management of life.

### KEYWORDS:

depression, cognitive behavioral techniques, consumption of psychoactive substances, dependence.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

## **Introducción**

La presente investigación-intervención se llevó a cabo en la IPS Asociación Niños de Papel, institución dedicada a la orientación y acompañamiento de los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y familias en situación de riesgo psicosocial y con derechos vulnerados hacia su inclusión social a través de la investigación, el emprendimiento social y el desarrollo de programas de Promoción, Prevención, Protección y Tratamiento Especializado.

Asociación Niños de Papel tiene como proyecto, ser la respuesta para la infancia en situación de riesgo y vulneración, comprometidos con la dinamización del modelo de atención y con alto grado de confianza en la gente brindando un servicio adecuado y excelente de IPS que involucra la atención especializada en el área del consumo problemático de sustancias psicoactivas, dicha atención se desarrolla por medio del plan de atención institución que comprende desde atención ambulatoria hasta internamiento preventivo de desintoxicación y respectiva rehabilitación.

Se pretende realizar un tratamiento de intervención terapéutico en un caso único de patología dual en la que se presenta consumo de sustancias psicoactivas y trastorno depresivo inducido por consumo de sustancias psicoactivas en una adolescente de 14 años de edad, permitiendo la implementación de técnicas con enfoque cognitivo-conductual.

Desde este punto de vista, el psicólogo como profesional de la salud mental adquiere un papel cada vez más importante en los problemas de salud, lo cual hace que sea tan necesario e indispensable vincularlo en el campo de la salud, como encargado principal de co-ayudar en el proceso de enfermedad, y más aun de identificar e intervenir factores psicológicos y mentales que interfieren y/o afectan el bienestar y salud del paciente. Con el

fin de mejorar desde el punto de vista psicológico las condiciones de la sociedad, se busca generar avances en la calidad de los servicios de salud mental en pacientes.

Así mismo, el profesional en psicología clínica logra interiorizar conocimiento acerca de la depresión y la comorbilidad de ésta en el consumo problemático de sustancias psicoactivas ya que la problemática social de drogadicción es un aspecto de alta importancia en la actualidad. Para Navarrete (2015) El consumo de sustancias psicoactivas en un problema social que afecta tanto al individuo como a la sociedad en su totalidad.

Ahora bien, el consumo de drogas, ya sea legales o ilegales y el abuso de ellas genera afecciones a nivel físico y mental, desencadenando dificultades en las relaciones sociales y en los vínculos familiares y personales. En consecuencia, la intervención en este campo constituye una necesidad incuestionable e incide de manera fundamental en la calidad de vida de las personas, de su entorno y de toda la comunidad (ISEP, 2003).

## **Objetivo general**

Implementar un plan de tratamiento a través de técnicas o estrategias terapéuticas cognitivo conductuales para un caso de trastorno depresivo inducido por consumo de sustancias con consumo problemático de sustancias psicoactivas, en una adolescente de la Asociación Niños de Papel.

## **Objetivos específicos**

- Identificar la problemática del paciente a través de los instrumentos de evaluación de tipo cuantitativo.
- Usar estrategias terapéuticas con enfoque cognitivo conductual acordes a los resultados encontrados en el análisis de la conducta del paciente.
- Estructurar un tratamiento terapéutico que sirva como guía de intervención para otros casos similares.

## **Marco teórico**

La problemática del consumo de sustancias psicoactivas es una situación que actualmente se encuentra perjudicando a toda la población en general, teniendo afectaciones a nivel social, personal y familiar en cada individuo que se ve inmerso en ello.

Desde este punto de vista, el presente marco teórico busca clarificar aspectos relevantes que involucran la conducta adictiva así como las diferentes afectaciones que pueden identificarse en los adolescentes a nivel emocional y social, abarcando aspectos tales como el consumo problemático de sustancias psicoactivas, la depresión derivada del consumo y las diferentes estrategias de afrontamiento presentes en dicha situación.

En primera instancia se hará un acercamiento teórico a la psicología de la salud y la psicología clínica como enfoques de intervención que logran dar cuenta de las conductas del ser humano.

### **Psicología de la salud y psicología clínica**

La psicología es una disciplina que permite la explicación del ser humano desde un punto de vista complejo quien es afectado por su entorno en el que se desarrolla sometándose a cambios de adaptación bien sea negativos como positivos, Baron, (2008, p. 5) define a la Psicología como "la ciencia de la conducta y los procesos cognoscitivos". En este orden de ideas, Narváez (2016, p. 14) describe a la psicología como la ciencia que estudia los procesos psicológicos de la personalidad a partir de su manifestación externa, es decir, la conducta. Esta analiza la conducta y la experiencia, de cómo los seres humanos sienten, piensan, aprenden y conocen.

Atendiendo a lo anterior, la fundamentación cognitiva permite la ampliación de la percepción netamente objetiva conductual del ser humano en la medida en que permite el estudio del comportamiento humano que se centra en lo no observable, mental, mediado por el estímulo y la respuesta abierta. Dicho en otras palabras, sería el conocimiento de ideas que afloran en la mente del paciente y cómo estas influyen en su respuesta emocional y conductual (Escaño, 2017).

En este orden de ideas, la psicología clínica se considera una rama fundamental en la investigación y el estudio de la conducta humana, las emociones, pensamientos y su relación con su entorno y lo que ello implica. Por ello es necesaria la exploración y fundamentación de teorías que permitan conceptualizar y a su vez, entender el comportamiento humano tanto individual como grupal, ofreciendo a la persona una mejor calidad de vida emocional, ofreciendo tal como expone Flórez (2003) aspectos como la prevención, la confianza, la madurez psicológica (aceptar críticas -propias o externas-, valor y realismo para evaluar riesgos, autoestima, superación del narcisismo).

Teniendo en cuenta la influencia del entorno y la cultura en cada individuo se pueden desarrollar pensamientos como resultado de las interpretaciones que se dan del mundo, es decir; sus creencias, supuestos y reglas subyacentes que se mantienen en el tiempo y definiendo una conducta determinada (Minici, Rivadeneira & Dahab, 2001). En este sentido, el enfoque cognitivo conductual, como método de intervención clínica, pretende el cambio de esquemas mentales que son disruptivos y rígidos, generando comportamientos desadaptativos que conllevan a un malestar emocional permanente, ya que, no son acontecimientos estresantes en sí los que producen problemas, sino la valoración y el afrontamiento que hace hacia ellos (Rizaldo, 2012).

En otras palabras, este enfoque es una perspectiva que permite la modificación de los pensamientos, creencias y conductas disfuncionales por otras que permitan un desarrollo óptimo del individuo frente a los problemas personales o sociales en los que este inmerso (Puerta & Padilla, 2011). Además, el modelo cognitivo-conductual plantea un método colaborativo, partiendo del supuesto de que la gente cambia su manera de pensar más rápidamente, si la razón del cambio proviene de su propia introspección (Hernández & Sánchez, 2007).

A su vez, el campo de especialización de psicología de la salud permite dar cuenta de estos procesos de adaptabilidad y desarrollo del ser humano. Esto “la aplicación de los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar” (Oblitas, 2006, p. 7).

Del mismo modo, en esta disciplina psicológica clínica, existe un campo enfocado al tratamiento y manejo de los trastornos por adicción y la farmacodependencia o toxicomanías. Es así que desde el punto de vista del Instituto Superior de Estudios Psicológicos (ISEP, 2003) “el psicólogo es fundamental en la intervención en drogodependencias, teniéndose en cuenta estas características fundamentales: un equipo multidisciplinar, trabajar sobre problemas concretos, establecer relaciones con la comunidad terapéutica y resolver los problemas que afectan a los programas de intervención”

Es así que en el consumo problemático de sustancias psicoactivas se comprometen factores tanto intrínsecos como extrínsecos de un individuo. Esta situación del consumo

afecta tanto a niños, adolescentes, así como adultos a nivel general, involucrando una serie de factores desencadenantes y mantenedores de dicha problemática. Para Guevara (2017) los la drogodependencia siendo esta un problema multicausal que involucra factores individuales, familiares laborales y comunitario; económico; social y relativos a la sustancia (tales como pureza, dosis, vía de administración, potencial toxico) convirtiéndose en una problemática compleja y cambiante lo que hace difícil predecir su comportamiento.

Teniendo en cuenta que son muchos los factores que influyen en esta problemática, es importante tener presente los aspectos fundamentales a la hora de trabajar en la intervención terapéutica teniendo presente el trabajo terapéutico individual y grupal, teniendo presente que cada persona se desarrolla y se define en torno a si mismo y el medio en el que se desenvuelve. Lo anterior es fundamentado por Verdú (2007) en la medida en que expone que:

*Para las personas que ya han caído en el abuso de drogas, no bastan los simples tratamientos médicos. Es necesario, junto con el tratamiento médico de desintoxicación, un tratamiento de rehabilitación que haga que la persona redescubra su valor y su identidad involucrando el apoyo de la familia y una asistencia espiritual (p. 65).*

En una investigación realizada por Serhant & Echeverría (2014) evaluando la percepción de utilidad de un programa social dirigido a consumidores de drogas en Mérida, Yucatán, México se logró identificar como factores influyentes en un mejor desarrollo y rehabilitación del individuo la evolución sociofamiliar y laboral de los involucrados, abordando aspectos relacionados con la calidad de sus relaciones, el papel de la comunicación, el uso del tiempo libre y la inserción a nuevas actividades socioeducativas.



Para Serhant y Echeverría (2014) el involucramiento de las áreas social, familiar y laboral de los involucrados en el proceso terapéutico, la interacción entre dichos aspectos y la influencia en su tratamiento de rehabilitación, contribuyen en la toma de decisiones para mejorar.

Por su parte, González, Rey y Oliva (2009) fundamentan la importancia de la familia en relación al consumo de sustancias; “en su estudio sobre las relaciones familiares y el consumo de drogas en los adolescentes en Veracruz (México) evidenciaron que el ambiente familiar influye en el incremento del uso de drogas, la disminución en la edad de inicio y su disponibilidad” p. 37.

Es fundamental mencionar que el ser humano como ser social es definido por dicho contexto determinando, las actitudes y, como consecuencia, los comportamientos de las personas en todo lo referente a la salud y la enfermedad, construyendo así los esquemas comportamentales consecuentes (García-López, Piqueras, Rivero, Ramos & Oblitas, 2008). Es así que, los seres humanos están en un constante proceso de abstracción e interiorización que surge a raíz de todas aquellas vivencias, aprendizajes situacionales y estímulos determinados por un sistema conceptual del mundo generando expectativas de funcionamiento futuras; estas expectativas adoptadas en última instancia como aquella realidad percibida por el individuo son las encargadas de seleccionar las conductas a realizar (Caballo, 1993).

Existen desde hace tiempo un gran número de terapias cognitivo-conductuales, siendo clasificadas en 3 grupos: terapias de reestructuración cognitiva, terapias de habilidades de afrontamiento y terapias de solución de problemas, que se han visto reflejadas en una

importante aplicación de las mismas a diversos problemas comportamentales (Mahoney y Arnkoff 1978; Becoña & Oblitas, 1997).

En este recorrido es necesario incluir el papel del análisis funcional, que se debe llevar a cabo en la elaboración de una teoría sobre la conducta-problema del sujeto permitiendo la clarificación a la hora de definir un diseño particular y específico del tratamiento para cada paciente, el cual guiara la evaluación del tratamiento. El análisis funcional es una formulación de hipótesis y deducciones de enunciados verificables y obtenidas mediante test, observaciones, inventarios y entrevistas, para así evitar postular relaciones conceptuales que sean meramente especulativas (Rodríguez & Landa, 2012).

En conclusión, en cada proceso terapéutico existen una serie de desafíos para enfrentar ya que siempre habrá una diferencia en cuanto al estado en que llega cada consultante. Lo anterior supone un reto del terapeuta para lograr que el paciente llegue de A hasta B, tomando en cuenta no solo las variables internas (paciente) sino las externas que interfieren en el desarrollo adecuado de la persona (Maguth, Maguth & Lombardo, 2006). Así mismo es necesario resaltar la clarificación metodológica a llevar a cabo permitiendo estructurar un camino claro y conciso en el proceso de investigación e intervención terapéutica.

En este orden de ideas, el trabajo terapéutico que se realiza en un proceso de intervención hacia un adolescente implica el uso de estrategias y técnicas que logren generar conciencia y focalización de la problemática, logrando la aceptación de la misma. Lo anterior teniendo presente la etapa en la que se encuentra el joven así como la situación que desencadena el fenómeno a trabajar. En este sentido, es importante clarificar aspectos como

el proceso de desarrollo del adolescente y las afectaciones que pueden surgir desde el seno de su familia así como el proceso de formación impartido desde la sociedad.

### **La Niñez y la Adolescencia en la Sociedad**

Cada ser humano tiene su ciclo de cambios y etapas de desarrollo evolutivo que van formando y estructurado la conciencia y personalidad de cada uno de ellos. En este proceso cada etapa constituye un cumulo de aspectos necesarios para una respectiva autorrealización adecuada. En este sentido, la niñez y la adolescencia son estadios enriquecedores de formación, pero a la vez muy susceptibles a los cambios inherentes del entorno que pueden llegar a afectar tanto positiva como negativamente el desarrollo óptimo de los mismos.

Desde la psicología evolutiva, se tiene la concepción de que todo individuo cambia a lo largo de su vida por lo que desde esta postura se trata de explicar los cambios que se presentan en las personas a lo largo del tiempo. Es decir, la psicología evolutiva estudia la transformación que afectan a las personas como consecuencia del paso del tiempo y por factores como la herencia o el entorno de cada uno. La teoría del desarrollo humano supone un proceso en el que podemos destacar los siguientes hitos (Universidad Internacional de Valencia, 2018):

- Descripción de los cambios que se producen en un área de conducta o de actividad psicológica.
- Descripción de los cambios que se producen en el cerebro.
- Explicación del desarrollo que se ha descrito.

El paso de la niñez a la adolescencia puede ser muy duro no solo para los niños sino también para sus padres. La pubertad es ese momento en el que el cuerpo comienza a

desarrollarse, aunque también tiene mucho que ver con el desarrollo psicológico y emocional de la persona.

Atendiendo a lo anterior, la adolescencia es ese proceso de establecimiento y clarificación identitaria, marcado por el logro de las siguientes adquisiciones:

- Identidad sexual y posibilidades de mantener relaciones afectivas estables.
- Capacidad de establecer compromisos profesionales y mantenerse (independencia económica)
- Adquisición de un sistema de valores personales (moral propia)
- Relación de reciprocidad con la generación precedente (sobre todo con los padres)

Lo anterior supone un período conflictivo, lleno de cambios y transformaciones. Esto altera esa transitoria paz y estabilidad conseguida en la niñez y comienza a desestabilizar al joven, generando problemas que repercuten en la familia y la sociedad.

Es importante señalar que actualmente se evidencia un desinterés por la crianza y la dedicación en la formación de los niños y adolescentes empezando desde casa por las familias ya que se han centrado únicamente en la producción económica y devenir de una sociedad congestionada y apresurada enmarcada bajo ese consumismo que pone como prioridad aspectos innecesarios para un verdadero crecimiento, dejando a un lado los ideales tradicionalistas de formación bajo el seno y calor familiar impartiendo conocimiento y valores claves para generar criterio y carácter crítico y analítico frente a su entorno lo que genera en últimas poca autonomía, vacíos existenciales y toma inadecuada de decisiones. La crisis de la familia en la actualidad y la caída de los ideales tradicionales, en particular la desvalorización de la autoridad del padre, han favorecido la creación de valores sustitutivos ante los cuales la desorientación de los adultos resulta catastrófica (Fernández, 2011).

La sociedad contemporánea, es una sociedad caracterizada por el hiperindividualismo, la permisividad y la confusión de roles y de identidades, considerándose los desarrollos realizados por diferentes disciplinas sociales (Fernández, 2011). Esto deja entrever la facilidad del adolescente por su pérdida de orientación y su facilidad por adquirir y adoptar prácticas nocivas para sí mismo como medio de satisfacción emocional y sustituto de vacíos existenciales, ya que la misma familia y sociedad no brindan las herramientas necesarias para sobrellevar los cambios a los cuales se ven enfrentados.

Es por ello, que la sociedad cumple un papel importante pues el adolescente por lo general trata de identificar su respectivo papel dentro de su entorno, adaptándose a nuevos grupos sociales, iniciando una búsqueda de costumbres, ideologías, de distintas concepciones del mundo, que no son las mismas que buscaron sus padres.

Lo anterior trae confusión y sentimientos de poco control en el joven generando un sinsentido de sus propios valores y percepciones y los que le trasmite la sociedad al adolescente produciéndole confrontaciones consigo mismo, su entorno y sus padres. Esto es un proceso fundamental ya que el joven se encuentra en una etapa de constante vulnerabilidad siendo altamente influenciado de su medio y de posibles pares no adecuados para un óptimo desarrollo (Gutton, 2007).

Básicamente, el adolescente en la búsqueda por su identidad recurre a entornos, amigos o pares con los cuales pueda sentirse identificado y caracterizado, ocurre en este sentido un proceso de doble identificación con el otro, y que puede llegar a explicar, de cierta manera el establecimiento de interacciones con grupos. De esta manera se presenta la adherencia a pares negativos y grupos no adecuados que generan un modelamiento negativo, denominado esto como una “identidad negativa”, ya que es preferible ser perverso a no ser nada (López, 2004). Lo anterior puede explicar en ocasiones cómo los adolescentes

influenciados de su medio y de pares negativos son inducidos al consumo de sustancias psicoactivas, lo cual es actualmente un problema y realidad social.

### **Consumo Problemático de Sustancias Psicoactivas en la adolescencia**

Al entrar a indagar sobre el consumo y abuso de las sustancias psicoactivas en la población infanto-juvenil es necesario implicar los aspectos sociales, culturales, educativos y económicos de dicha problemática. El consumo de drogas es un problema real en la sociedad actual, el cual es evidenciado diariamente en todos los ámbitos el cual ha venido en crecimiento progresivamente a nivel internacional. Según la Encuesta Nacional sobre el uso de Drogas y la Salud (NSDUH, 2009) realizada por la SAMHSA, 23.2 millones de personas de 12 años en adelante (9.4 por ciento de la población estadounidense) necesitaron tratamiento para el abuso de drogas ilícitas o problemas con el alcohol en el año 2007.

Ahora bien, en Colombia, estudios realizados por el Ministerio de salud y Protección social (2016) identificaron que existe un aumento del consumo de la mayoría de las drogas ilícitas, en especial de marihuana y de inhalables, “un 15,9% de los escolares de Colombia declararon haber usado al menos una sustancia psicoactiva alguna vez en la vida, es decir aproximadamente 1 de cada 6 escolares, lo que representa un universo aproximado de 520 mil escolares, con un 16,9% entre los hombres y 15,1% entre las mujeres” (p. 20).

En el estudio liderado por El Observatorio de Drogas de Colombia en el 2016, el 70,7% de los estudiantes de Colombia declararon haber usado alguna sustancia alguna vez en la vida, un 61,3% declaró uso en el último año en donde la sustancia que más prevalece en uso es el alcohol seguido del tabaco y posteriormente la marihuana y el Popper. Se destaca aumento significativamente en mujeres (62,8%) a la de los escolares hombres (59,8%) en el mayor uso de alcohol. Cuando se excluye alcohol, tabaco, tranquilizantes y estimulantes, hay

un significativo mayor uso entre los escolares hombres que en las mujeres, 11,9% y 10,2%, respectivamente, finalmente se señala que la prevalencia en la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas generalmente se sitúa desde los 13 años.

Lo anterior deja entrever que el uso y el abuso del alcohol, cigarrillo y aquellas sustancias psicoactivas ilícitas es una conducta que está siendo cada vez más frecuente en la población adolescente, siendo catalizador y desencadenante de conductas de alto riesgo para el bienestar de los jóvenes mencionando algunas como violencia, actividad sexual no planificada, deserción escolar, entre otras. Estos datos muestran una situación de alarma social, replanteando la problemática del consumo como una temática que necesariamente debe ser abordada desde diversas disciplinas (Corujo Lorenzo, 2014). Claramente se identifica el abuso de estas en la población adolescente generando la necesidad de entender la adicción como un problema de salud público.

Es así como, el uso de las distintas drogas, tanto legales como ilegales, se da en relación a un sinnúmero de variables: las relacionadas al sujeto, su entorno y al proceso en el cuál este se encuentra inserto, la familia, el grupo de pares, el colegio y los contextos de ocio y tiempo libre. Todas estas variables deben ser abordadas y manejadas por los equipos que trabajan con adolescentes, entendiendo que muchas de estas variables, van a ser iniciadoras, gatilladoras o mantenedoras de consumos (Alejandro, 2011).

En este sentido, el adolescente se presenta frágil y vulnerable a este tipo de conductas debido al período conflictivo por el que atraviesa, lo que resulta de real interés dicho tema. Para Espada, Méndez, Griffin & Botvin (2003) el consumo de alcohol y otras drogas entre los adolescentes suscita preocupación social ya que este periodo evolutivo está cargado de facilismo y mayor susceptibilidad para dicho consumo.

Es así, que el consumo de sustancias psicoactivas puede llegar a considerarse como un fenómeno relacionado con el desarrollo, que aumenta casi linealmente desde el comienzo hasta el final de la adolescencia (Young, et al., 2002). Lo anterior hace necesario identificar los aspectos vulnerables por lo que se presenta la problemática.

Las problemáticas que generalmente acompañan el consumo suelen incluir los aspectos familiares, las pocas estrategias de afrontamiento, la falta de autonomía y los pocos elementos personales con los que cuenta el adolescente para hacer frente a las demandas de su medio. En este orden de ideas, el estrés es un factor asociado a la conducta adictiva (Nadal, 2008). La adolescencia va acompañada de un aumento del estrés vital, pues implica hacer frente a retos y obligaciones que coinciden con los cambios biológicos y físicos de la pubertad y con fluctuaciones en el funcionamiento emocional, cognitivo y social (Calvete & Estévez, 2008).

Desde un modelo cognitivo conductual se plantea que algunos estilos cognitivos cuando actúan con detonantes o estresantes juegan un papel desestabilizador tomando un papel de actores de vulneración o actuarían como factores de riesgo para el desarrollo de problemas de conducta (Calvete & Estévez, 2008). En el caso de las conductas que rompen con las normas, y el consumo de drogas entra en esta categoría (Achenbach & Rescorla, 2001), algunos estudios han resaltado el papel de esquemas cognitivos relacionados tanto con la dificultad para ejercer el autocontrol como con sesgos en la visión del sí mismo (Barry, Frick, Adlery Grafeman, 2007; Barry, Grafeman, Adler & Pickard, 2007; Calvete, 2008).

Estos esquemas cognitivos disruptivos y desadaptativos infundados por inseguridad y pocos elementos de afrontamiento juegan un papel de riesgo generando comportamientos impulsivos de resolución de problemas (Calvete, 2008; Lochman, Powell, Whidby & Fitzgerald, 2006). Lo anterior deja entrever pocos elementos de solución de problemas y uso



de evitación de estos, aceptar impulsivamente la primera idea que viene a la mente y valorar de forma descuidada sin tener en cuenta las posibles consecuencias de la forma impulsiva de resolución (D’Zurilla; Chang & Sanna, 2003). Del mismo modo, estas acciones repercuten en el bienestar emocional desencadenando inestabilidad y dificultad para afrontar los cambios sociales, personales y familiares que dicho consumo acarrea obteniendo en ocasiones problemas emocionales como la depresión.

## **Depresión**

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (Álvarez, Atienza, Ávila, González, Guitián, De las Heras, Louro, Rodríguez-Arias, Triñanes, 2014).

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se suele plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas (culpa, hipocondría, ruina...) alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas.

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – DSM V (American Psychiatric Association, 2014, p.160), clasificación de “trastornos del estado de ánimo” en “trastornos depresivos” y “trastornos bipolares”. La característica esencial es un

período de al menos 2 semanas consecutivas en el que la persona manifiesta un mínimo de 5 síntomas de los cuales al menos 1 tiene que ser estado de ánimo depresivo y/o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades (tabla 3). El cuadro depresivo mayor puede dividirse en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial, total o no especificada.

---

### **Criterios según el DSM-V para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor**

---

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.

(1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.

(2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)

(3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días

(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

(5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.

(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

(7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

---

(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

(9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

---

*Tabla 1. Criterios según el DSM-V para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor*

Por su parte, los criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10:

---

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

---

---

B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:

- Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
- Empeoramiento matutino del humor depresivo
- Presencia de enlentecimiento motor o agitación
- Pérdida marcada del apetito
- Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes
- Notable disminución del interés sexual

---

*Tabla 2. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10*

---

En la tabla 3. Se exponen los criterios de gravedad de un episodio depresivo, CIE-10.

A. Criterios generales para episodio depresivo

- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
-

---

– Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.

– Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:

– Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.

– Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.

– Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.

– Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.

– Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.

– Alteraciones del sueño de cualquier tipo.

– Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede haber o no síndrome somático\*

Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan

---

---

síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

*Tabla 3. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10*

Más allá de la pura curiosidad, conocer los factores que se involucran en la adicción permite ampliar el conocimiento e indagar generando hipótesis de predicción o anticipar la aparición de problemas de este tipo supone una ventaja para reaccionar a tiempo ante sus consecuencias, o incluso para prevenir su aparición.

Los diferentes factores estudiados que pueden ser un riesgo para una adicción abarcan ámbitos como el entorno de la persona (círculo de amistades, calle o barrio de residencia), la calidad de las relaciones familiares, y por último características personales de muy diversa naturaleza.

La investigación a este respecto nos revela que dentro de la persona confluyen numerosas circunstancias que se combinan de forma compleja para dar lugar a un resultado u otro distinto. En este sentido, no podemos dejar de mencionar aspectos como las experiencias del individuo en su infancia (haber sufrido malos tratos, acoso o abusos, por ejemplo); estilos de personalidad como la impulsividad, el carácter evitativo o una elevada sensibilidad... todo son elementos que nos destacan la importancia de la estabilidad personal para evitar problemas de adicción.

Los Trastornos Depresivos y del Estado de Ánimo son uno de esos factores individuales que supone siempre un riesgo muy elevado para la posible aparición de trastornos adictivos, y por diversas causas. Básicamente, la persona con depresión puede entrar en una dinámica de consumo de medicamentos en la que en ocasiones aparece la automedicación como forma de intentar paliar los síntomas de malestar y buscar aniquilar el sufrimiento.

### **Depresión y Consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia**

En primera instancia, es importante clarificar que las drogas al igual que el alcohol, son sustancias que generan dependencia afectando un proyecto de vida adecuado y destrozando el mismo llegando a desequilibrar los ámbitos, social, familiar, laboral, económico, salud y, especialmente, el ámbito personal.

Cuando este tipo de problemáticas empiezan a surgir y a afectar cada una de las esferas de la vida de una persona, se empiezan a evidenciar cambios drásticos y poco agradables para el individuo como el aislamiento, el rechazo social, entre otros., empieza a hacer conciencia de su enfermedad y de las consecuencias que conlleva el ser adicto, sin embargo al no sentir fuerza de voluntad ni determinación y poco control de su entorno, se puede conducir a la depresión un problema que deriva en falta de autoestima, en inseguridad y en miedo al futuro.

Sin embargo, entre la drogadicción y la depresión existe otro factor a considerar y son los casos en los que una persona con depresión busca como estrategia de afrontamiento y manera de evitación el consumo de sustancias como un intento erróneo de hacerle frente a su malestar.

Para Sánchez (2013) las drogas pueden contribuir al desarrollo de una depresión, de igual manera la depresión puede conducir a una depresión. En esta posible correlación hay una relación directamente proporcional en el que al final existe un punto difuso entre cual es la causa y cual la consecuencia. La depresión es una de las principales causas del consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, sin embargo, la depresión puede ser también consecuencia del consumo (Ministerio de Protección Social, 2003).

Al hablar de cualquiera de estos escenarios, ya sea de consumo derivado de una depresión o por el contrario depresión como consecuencia de una drogadicción se estarían hablando de dos afección que pueden afectarse mutuamente pero que en términos de intervención deben trabajarse de manera independiente pues, si disminuye los episodios depresivos la ansiedad por consumir persistirá y si disminuye la ansiedad por el consumo los episodios depresivos e ideas negativas aún podrían persistir, es por ello y según Sánchez (2013) estamos hablando de una enfermedad doble que hay que tratar a dos bandas. Porque los tratamientos para la depresión no curan la drogadicción y viceversa.

En un estudio realizado por Gómez, Gutiérrez y Londoño (2013) en una población de adolescentes en Bogotá, Colombia, los resultados arrojaron que a mayor depresión hay mayor consumo, así como mayor prevalencia de depresión en mujeres, fundamentado lo anterior por el trabajo realizado por Chávez y Andrade (2005), quienes encontraron en los resultados de su investigación que las mujeres presentan mayor tendencia a sufrir de depresión.



## **Tratamiento e Intervención de la depresión desde un enfoque Cognitivo-Conductual**

La terapia cognitiva, desarrollada originalmente por A. T. Beck y formalizada a finales de los años 70 para ser aplicada en la depresión<sup>90</sup>, ha resultado ser la modalidad de terapia psicológica más frecuentemente estudiada en este trastorno.

Tal como exponen Álvarez, Atienza, Ávila, González, Guitián, De las Heras, Louro, Rodríguez-Arias, Triñanes (2014) la intervención se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión. El terapeuta adopta un estilo educativo, buscando la colaboración del paciente, de manera que pueda aprender a reconocer sus patrones de pensamiento negativo y reevaluarlo. Este enfoque requiere que el paciente practique sus nuevas habilidades entre sesiones mediante tareas para casa y ensaye nuevas conductas.

Habitualmente la terapia cognitiva incluye más o menos técnicas conductuales; de ahí la denominación de terapia cognitivo-conductual (TCC). Por otra parte, bajo la denominación de TCC existe una gama diferente de intervenciones que comparten la asunción teórica básica de que la mayor parte de la conducta humana es aprendida y que la actividad cognitiva determina el comportamiento.

La TCC adopta un formato estructurado, es limitada en el tiempo y se basa en el modelo cognitivo-conductual de los trastornos afectivos. Ha sido evaluada en una diversidad de contextos (atención primaria, especializada, pacientes hospitalizados), comparada principalmente con tratamiento farmacológico y en diferentes muestras de pacientes. La duración más frecuente oscila entre 15-20 sesiones de 50 minutos y de frecuencia

aproximadamente semanal, aunque también hay estudios que adoptan formatos más breves (entre 6-8 sesiones) y se asume que la duración de la terapia puede prolongarse en caso de mayor gravedad o comorbilidad asociada.

### **Estrategias de afrontamiento; Adicción y depresión**

Primeramente, se hace necesario clarificar el concepto central que hace referencia al afrontamiento. Este es definido como pensamientos y conductas usadas para manejar demandas internas y externas de situaciones que son valoradas como estresantes, sensible tanto a las condiciones ambientales como a las disposiciones de personalidad que influyen a la valoración del estrés y de los recursos personales para contrarrestarlo (Folkman y Moskowitz, 2004).

El estrés es una condición psicológica que está vinculada al proceso adictivo en todas sus fases. El afrontamiento del estrés es el conjunto de pensamientos y conductas usadas para manejar demandas internas y externas en situaciones que son valoradas como estresantes. Determinadas formas de afrontamiento, como la evitación, están vinculadas a las conductas adictivas, además de a muchos otros trastornos psicopatológicos (Pedrero, Rojo y Puerta, 2013).

Ante situaciones de problemáticas se hace necesario el uso de estrategias de afrontamiento, las cuales, ayudan a activar al organismo para no perder su equilibrio, es así como lo argumenta Crespo y Labrador (2003) mencionando que se da la optimización de las condiciones del organismo utilizando todos los recursos disponibles, ya sea para huir o afrontar la situación.

Para Molina, Gutiérrez, Hernández y Contreras (2008) la forma de afrontar los cambios cotidianos está mediada por los factores genéticos, ambientales, físicos, entre otros. A su vez, Guillén-Gestoso y Guil-Bozal (2010) plantean que “la persona intenta controlar y dominar las situaciones vitales, eventos que cuando desencadenan respuesta inadecuadas debido a la pérdida del autocontrol producen estrés” p. 275.

Esto hace necesario que el sujeto y el entorno mantengan una relación de adaptación frente a los cambios que se generen estructurando mecanismos de afrontamiento, pero si este proceso de adaptación no se realiza de forma exitosa, se desarrolla un desequilibrio físico y mental en el individuo. De modo tal que, cuando la interacción del ser humano y su ambiente se prolonga a través del tiempo, se puede generar frustración, ansiedad e insatisfacción (Velázquez, 2006).

Cuando un individuo siente dificultad e insatisfacción por alguna problemática desencadenada de su entorno, se genera una inestabilidad en su homeostasis y demanda en la persona la búsqueda de estrategias para hacerle frente a lo que sucede, es en ese momento que la persona pone en escena sus herramientas personales de solución ya sea para dar respuesta o por el contrario para evitarla. Por lo general en la depresión y en el consumo problemático de sustancias psicoactivas suele haber una predominancia por el actuar basado en la evitación buscando ya sea formas de evadir, de aislamiento o medios de distracción como lo son las sustancias psicoactivas.

Para Fernández y Díaz (2001) puede haber relación entre los trastornos de la personalidad, los clínicos y el afrontamiento, en esta medida, el afrontamiento centrado en la tarea es un predictor de pensamientos psicóticos y depresión, a diferencia del afrontamiento

centrado en evitación pues este es un predictor significativo para la ansiedad, abuso de sustancias, pensamiento psicótico y depresión mayor.

Por su parte, Camacho (2003) considera que las estrategias de afrontamiento cognitivas como autoafirmaciones del afrontamiento pueden relacionarse significativamente con el aumento de la actividad y negativamente con la depresión pero las autoafirmaciones negativas crean malestar psicológico.

En este orden de ideas, el agotamiento físico como mental, producto de las exigencias del ambiente es uno de los problemas de salud más graves en la actualidad. Además, su aumento se debe al no control de aquellos estímulos presentes en cualquier actividad y a la intensidad con que estos se presentan. De esta manera se genera una valoración negativa al momento de contrastar las características de la situación con los recursos disponibles para responder ante esta. Según Rodríguez, Zarco y Gonzales (2009) esta problemática en la sociedad actual ha aumentado como resultado a los nuevos modelos de actuación personal y social, la multiplicidad de roles que han surgido, así como a los nuevos estilos de vida.

### **Tratamiento e Intervención en el Consumo de Sustancias Psicoactivas desde un enfoque Cognitivo-Conductual**

Siendo la problemática del consumo de sustancias psicoactivas alarmante en la población actual, se hace necesario plantear un tratamiento de rehabilitación en adicciones partiendo fundamentalmente de que el individuo es dependiente a algunas sustancias psicoactivas, pues no todo consumidor es adicto.

A lo largo de los procesos investigativos realizados a nivel general se ha podido demostrar que el tratamiento puede ayudar a dejar de consumir las drogas, evitar las recaídas

y recuperar con éxito la vida de las personas involucradas. NSDUH (2009) identifica los siguientes principios como base de cualquier programa de tratamiento eficaz:

- La adicción afecta el funcionamiento del cerebro y el comportamiento.
- No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.
- El tratamiento debe tener acceso fácil.
- El tratamiento eficaz atiende las necesidades de la persona, no solamente su drogadicción.
- La permanencia en el tratamiento durante un periodo adecuado de tiempo es esencial.
- La consejería y terapias conductuales son las modalidades de tratamiento para la drogadicción usadas con más frecuencia.
- La intervención farmacológica es importante para el tratamiento para muchos pacientes.
- Se debe evaluar frecuentemente el tratamiento y los servicios que recibe cada persona, modificándolos cuando sea necesario para garantizar que se ajusten a cualquier cambio.
- Muchos drogodependientes también presentan otros trastornos mentales.
- El manejo médico de la desintoxicación es la primera etapa del tratamiento para la drogadicción y por sí solo hace poco para modificar el abuso de drogas a largo plazo.
- El tratamiento no necesita ser voluntario para ser eficaz.
- Se debe mantener una vigilancia continua para detectar posibles recaídas.

Las terapias de medicamentos y cognitivas-conductuales, especialmente cuando se usan en conjunto, son elementos importantes de un proceso terapéutico general que a menudo comienza con la desintoxicación, seguida por el tratamiento y la prevención de las recaídas.

En fundamento con lo anterior, Low (2015) señala que en el tratamiento con individuos infanto-juveniles estos viven una crisis y reestructuración de su identidad adicionando consumo problemático de sustancias agudizando la problemática la cual se complejiza aún más si hay presencia de poli consumo o una patología dual.

Este autor señala algunas características de personalidad comunes en los individuos drogodependientes las cuales son la negación y autoengaño, la minimización, racionalización, proyección, futurización, catastrofización, rigidez de percepciones, pensamiento concreto, juicios severos, impaciencia e intolerancia. Lo anterior permite identificar la repercusión de la modificación conductual y cognitiva de aquellos esquemas desadaptativos que gobiernan los pensamientos y posteriormente sus acciones sobre la conducta adictiva. Para Sánchez, Gaadolí & Gallús (2004) “la terapia cognitivo-conductual integra el comportamiento, teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva para tratar los problemas derivados de adicciones, y consiste en el desarrollo de estrategias que aumentan el control personal de la persona sobre sí misma” (p, 160).

Desde este enfoque se permite la modificación de los pensamientos, creencias y conductas disfuncionales por otras que permitan un desarrollo óptimo del individuo frente a los problemas personales o sociales en los que este inmerso (Polo & Díaz, 2011). El paradigma cognitivo conductual se relaciona de forma directa con la intervención para modificar la probabilidad de que el drogodependiente vuelva a consumir (Cruz, 2013). Esto quiere decir que las terapias apuntan a disminuir el riesgo de consumo con procesos que minimicen las demandas de este logrando el manejo de sus emociones y el estrés para su rehabilitación permanente (Iraurgi & Corcuera, 2011). Lo anterior se puede lograr a través de “estrategias compensatorias para la atención, evaluación del comportamiento,

retroalimentación y reinserción social, con destrezas adquiridas para la toma de decisiones (Arias & Correa, 2015, p. 765).

La terapia cognitiva-conductual tiene un componente de tipo social y psicológico, que está asociada a las causas que ocasionaron las adicciones, que también tienen implícitos factores de tipo biopsicosocial, cultural e inclusive económico, que pueden ser abarcados en este tipo de tratamiento (Iraurgi & Corcuera, 2011). Por ello y teniendo en cuenta la afectación del problema a la luz de todas las esferas de la persona es fundamental dirigir dicho tratamiento de manera integral e interdisciplinaria trabajando desde un mismo objetivo. En este sentido, se menciona el modelo transteórico de Prochaska y Diclemente (1984).

En 1984, Prochaska y DiClemente formularon la hipótesis de que los cambios de conducta siguen una serie de etapas más o menos estandarizadas, tanto en los cambios espontáneos como en aquellos que siguen a recomendaciones terapéuticas. Estos estadios corresponden a lo que denominaron: "las etapas del cambio".

Este es un modelo tridimensional que identifica tres aspectos del cambio de las conductas adictivas (Pérez & Vinaccia, 2014):

- (a) Estadios del cambio: División temporal del proceso en etapas, de acuerdo con un criterio basado en la motivación o disposición del sujeto a modificar su conducta, que va desde el momento en que se tiene una leve percepción del problema hasta en que éste ya no existe.
- (b) Procesos de cambio: Son las actividades iniciadas o experimentadas por la persona en proceso de cambio, modifican el afecto, la conducta y las cogniciones.
- (c) Niveles de cambio: Consisten en los problemas psicológicos de la persona susceptibles de ser tratados, organizados jerárquicamente en cinco niveles

interrelacionados, basados en los principales focos de intervención de las distintas corrientes psicoterapéuticas.

Es importante considerar que no todas las personas que contemplan la posibilidad de modificar su conducta adictiva logran hacerlo; según Prochaska y DiClemente (1984) alrededor de un tercio de los consultantes se estancan en algún estadio y no logran completar el proceso.

### **Estadios del Cambio**

El trabajo contemplado por fases según la propuesta de estos autores se divide de la siguiente manera:

- Precontemplación: Estado en el cual el paciente no tiene intención de cambiar.
- Contemplación: El paciente tiene intención de cambiar en los próximos meses, están advertidos de los pros y los contras del cambio. Se es consciente de que existe un problema y se considera abandonar la conducta adictiva en los próximos meses, pero todavía no se ha desarrollado un compromiso firme de cambio (Velloza, et al., 2015).
- Preparación: Estado en el cual la gente tiene la intención de cambiar en el futuro próximo. Aquí se propicia que la persona lleve a cabo pequeños cambios en la conducta adictiva y se comprometa a realizar un esfuerzo mayor en un periodo de un mes (Prochaska & Norcross, 2010).
- Acción: Estado en el cual los individuos y ha realizado modificaciones específicas en su estilo de vida, alto nivel de conciencia sobre su problemática.
- Mantenimiento: se genera el esfuerzo en prevención de recaídas. Existe más autoeficacia que en el estado de acción.



## **La Recaída**

En la evolución temporal que representa el avance a través de los estadios, la recaída constituye la interrupción del desarrollo lineal del proceso y un regreso a etapas anteriores. Considerando que una recaída ocurre cuando las estrategias de estabilización y mantención del cambio de la conducta adictiva fallan (abstinencia, cambio en estilo de vida), ésta sólo puede producirse en los estadios de acción y mantención, ya que en los estadios anteriores no se ha abandonado el consumo.

En este momento del proceso, se debe tener presente la aproximación a un aspecto fundamental de este estadio que es el *craving*. En sus primeras concepciones el *craving* por el consumo hacía referencia al deseo irrefrenable por el consumo o ansia de la droga. El objetivo último del impulso es reducir el estado que lo ha instigado (*craving*) (Sánchez, et al., 2004). La persona que recae enfrenta, en general, sentimientos de fracaso, desesperanza, culpa y frustración, de manera que su sentido de autoeficacia se ve seriamente afectado. Por esta razón es necesario reevaluar todos los criterios para determinar al estadio que ha retrocedido.

Para Prochaska y DiClemente (1984) las personas al recaer regresan al estadio de contemplación, y desde ahí reinician sus intentos por modificar su comportamiento, por lo cual es clave la acción del terapeuta, para ayudarlas nuevamente a pasar a los estadios siguientes. Atendiendo a lo anterior, las terapias cognitivo-conductuales proporcionan a los pacientes estrategias cognitivas para manejar el *craving* y situaciones que inducen este proceso (Sánchez, Molina, Del Olmo, Tomás & Morales, 2001). De acuerdo con los estudios citados por Prochaska y DiClemente (1984), la mayoría recae durante el primer año (entre el 70% al 80%). Sin embargo, la mayoría de quienes recayeron –el 84%–no abandonó el tratamiento y volvió a reiniciar el proceso desde el estadio de contemplación.

## Procesos de cambio

Los procesos de cambio es lo que hacen las personas para avanzar con éxito desde un estadio del cambio al siguiente; es decir, las actividades iniciadas o experimentadas por una persona, que modifican sus sentimientos, conocimientos o sus relaciones interpersonales.

Prochaska y DiClemente (1984) identificaron 10 procesos básicos del cambio de las conductas adictivas, que se agrupan en procesos cognitivos y conductuales. Lo anterior se describe en el siguiente cuadro:

*Tabla 4. Procesos de cambio*

<b>Clasificación según el tipo de cambio</b>	<b>Procesos de cambio</b>	
<b>Procesos del cambio</b>	Aumento de la concienciación	
	Auto-reevaluación	
	<b>Cognitivos o experienciales</b>	Reevaluación ambiental
	Alivio dramático	
<b>Conductuales</b>	Liberación social	
	Auto-liberación	
	Manejo de contingencias	
	Relaciones de ayuda	
	Contra-condicionamiento	
	Control de estímulos	

Según Prochaska y DiClemente (1984), hay una relación directa entre los procesos de cambio y los estadios del cambio. Determinaron que en cada estadio las personas utilizan

determinados procesos para avanzar al estadio siguiente. Esto significa que una vez que el terapeuta conozca en qué estadio del cambio se encuentra la persona en tratamiento, sabrá cuáles son los procesos que debe orientar para ayudarlo a avanzar al nuevo estadio.

Esto es muy importante, pues la inadecuada selección de los procesos no sólo no facilita el avance de la persona, sino que lo obstaculiza. Un gran número de personas se estanca en un determinado estadio (generalmente el de contemplación) en su proceso de cambio, porque el terapeuta ha dirigido procesos que no corresponden al estadio de cambio en que se encuentra la persona, generando sentimientos de frustración y de baja autoeficacia.

### **Niveles de Cambio**

Los niveles de cambios consisten en el modo de ordenar los problemas psicológicos susceptibles de ser tratados, de acuerdo con el grado de contemporaneidad con el problema actual de la persona, en este caso la conducta adictiva y el grado de conciencia que posee el usuario.

*Tabla 5. Niveles de Cambio*

<b>Criterios de clasificación Niveles de cambio</b>	<b>Criterios de clasificación Niveles de cambio</b>
<b>Más consciente y contemporáneo</b>	Síntoma/situación
	Cogniciones desadaptativas
<b>Menos consciente y menos contemporáneo</b>	Conflictos personales actuales
	Conflictos de familia/sistemas
	Conflictos intrapersonales

*Prochaska y DiClemente (1984)*

Cada enfoque o sistema terapéutico ha situado el origen de los problemas psicológicos en uno o más de estos niveles y ha centrado su atención en los mismos en la búsqueda de su

solución. En el Modelo Transteórico se privilegia intervenir en el nivel síntoma/situación porque el cambio suele ser más rápido, más consciente y más contemporáneo. Además, porque en ese nivel se ubican los problemas que constituyen el motivo o razón principal por las que las personas acuden en busca de tratamiento, y porque las personas que inician el proceso sin ayuda profesional lo hacen en este nivel. Asimismo, los autores suponen que los niveles inferiores implican mayor complejidad y extensión temporal que los niveles superiores.

Sin embargo, el enfoque transteórico no desecha la intervención en los otros niveles, y se plantean tres estrategias posibles: (1) Cambio de niveles: que consiste en ir avanzando de nivel en nivel, desde el primero hasta localizar el que resulte eficaz para facilitar el cambio deseado; (2) Nivel clave: consistente en trabajar un nivel determinado al que apunte la evidencia disponible, previo acuerdo y compromiso del paciente; y (3) Impacto máximo: que considera el trabajo simultáneo en varios niveles.

### **Entrevista Motivacional (EM)**

La Entrevista Motivacional es considerada como un instrumento terapéutico de asistencia directa enfocada en el paciente cuyo objetivo es provocar modificaciones o cambios de la conducta o comportamiento a través del compromiso y exploración de aquellos motivos personales de cambio y la resolución de la ambivalencia.

Esta entrevista permite identificar y comprender los mecanismos alternos que mueven o por el contrario apagan a la motivación, identificando los elementos que componen el motor del cambio, y logra clarificar el momento en el que el paciente está preparado para el cambio (ahorrando tiempo y adecuando la intervención a la disposición del cambio). Para Carvajal (2010) La entrevista motivacional es una intervención centrado en el paciente, que aprovecha

la ambivalencia frente a una problemática y, por medio de una escucha reflexiva y algunas intervenciones puntuales, intenta lograr su resolución, generando disposición al cambio.

Este método de intervención (EM) ha demostrado su eficacia en un amplio rango de conductas adictivas proporcionando estrategias motivacionales específicas para cada estadio de cambio (Piñeiro, Míguez & Becoña, 2010). En el consumo de sustancias es frecuente identificar pacientes que no se encuentran con voluntad para la mejora y por consiguiente no existe motivación para modificación ni el respectivo cambio obteniendo en última instancia el abandono del tratamiento, por ello, la EM está indicada para trabajar con aquellos clientes que se muestran ambivalentes y que están menos motivados para cambiar (Hettema, Steele y Miller, 2005).

En este sentido, investigaciones como las de Sánchez, Díaz, Grau, Moreno, Eiroá, Roncero, Gonzalvo, Begoña, Colom & Casas (2011) demostraron que las intervenciones psicológicas en pacientes con dependencia de cocaína son eficaces, destacando el Manejo de Contingencias y la Terapia Cognitivo-Conductual, siendo la falta de adherencia la limitación más importante y contribuye en el fortalecimiento y mejora de la misma a través de la Entrevista Motivacional.

Es fundamental tener claro que todos estos procesos requieren la motivación del individuo al cambio y la respectiva voluntad para realizarlo ya que, el verdadero progreso y éxito del tratamiento es unipersonal, es decir, que cada plan de acción e intervención tiene una base general de direccionamiento en la intervención, sin embargo este debe focalizarse en las demandas individualizadas de cada joven teniendo presente su propio mundo y necesidad, en donde se involucre sus rasgos de personalidad, sus niveles de introspección, conciencia de enfermedad y su red de apoyo familiar y social (Low, 2015). De esta manera y tal como lo expresa Hernández, (2010) “el consumo de SPA (un problema de salud

pública), necesita un tratamiento integrado que considere las individualidades del sujeto y su comorbilidad” (p, 153).

Finalmente, teniendo claridad frente a la gravedad de esta problemática la cual se presenta desde temprana edad en la niñez y adolescencia es necesario promover la promoción y prevención de las adicciones y los tabúes que implica, así como la creación de espacio de socialización y discusión alrededor del tema con los menores en donde además de realizar psicoeducación sobre los riesgos alrededor del consumo se genere la oportunidad de comunicación y de escucha pues ellos pueden dar pautas de tratamiento a la luz de sus problemáticas y sus necesidades.

## **Metodología**

### **Participante**

Puntualmente, en este escrito se describe el proceso de intervención de un caso único de patología dual de una adolescente con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas: síndrome de dependencia y trastorno depresivo inducido por consumo de sustancias/medicamentos desde el modelo cognitivo – conductual, el cual se realizó con la niña MJB bajo un modelo no probabilístico por conveniencia.

### **Datos sociodemográficos**

Con la intención de proteger la identidad del consultante y su familia, los nombres y otros datos de identificación fueron cambiados, de la misma manera es importante resaltar que debido a que el paciente índice es menor de edad, antes de iniciar el proceso de intervención se informó a sus padres explicándoles a través del formato de consentimiento informado el cual fue aceptado y firmado por ellos.

Nombre del consultante: MJB

Fecha de nacimiento: mayo de 2004

Edad: 14 años

Género: femenino

Estrato socioeconómico: 2

Nivel escolar: Séptimo grado

### **Instrumentos**

- Consentimiento Informado:

La finalidad del documento en cuestión es garantizar la socialización de información pertinente de la investigación a los sujetos en cuestión resaltando los derechos de su

autonomía y a su libertad en la toma de decisiones, expresando de manera voluntaria y no coercitivamente su intención de participar después de que ha comprendido los objetivos y la información que se le ha otorgado acerca de la investigación. Documento esencial a diligenciar en un trabajo de investigación con el fin de clarificar los derechos y requerimientos necesarios para participar. Dicho ejercicio tiene en cuenta los lineamientos requeridos por la ley 1090 de 2006, en cuanto a las disposiciones generales del artículo 2, en el numeral 9 que trata de la investigación con humanos, respetando la dignidad y el bienestar de las personas que van a participar con su pleno conocimiento de la investigación. De igual forma en el capítulo VII se refiere a la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones, Se señala la clarificación con respecto al artículo 50 nos habla de los principios éticos, respeto y dignidad de salvaguardar los derechos de los participantes;

- Entrevista de valoración inicial establecido por la IPS Asociación Niños de Papel.

Este documento fue establecido y desarrollado por profesionales del área de la salud (psicología y psiquiatría) que hacen parte de la institución. Es una entrevista semiestructurada que pretende conocer datos sociodemográficos del paciente, así como su situación familiar y salud mental.

- Cuestionario de estrategias de Coping-modificada (ECC-M)

Contiene 12 componentes y 69 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert, en un rango de frecuencia de 1 a 6 desde “Nunca”, hasta “Siempre”. Alfa de Cronbach de la prueba definitiva es de 0.847.



- Inventario de depresión de Beck

Se trata de un inventario de auto informe de 21 preguntas. Se utiliza para evaluar la depresión en pacientes clínicos y no clínicos. Se desarrolló para realizarse en adolescentes y adultos, así que cualquier persona mayor de 13 años puede utilizarlo. Emplea una herramienta de calificación en la que cada pregunta está calificada en una escala de cuatro puntos que va de 0 a 3; 0 significa que no experimentas síntomas, mientras que 3 significa que experimentas una forma severa de los síntomas. Tiene unos niveles de depresión clasificados de la siguiente manera: 1-10 (altibajos considerados normales); 11-16 (leve perturbación del estado de ánimo); 17-20 (estados de depresión intermitentes); 21-30 (depresión moderada); 31-40 (depresión grave); +40 (depresión extrema).

- Cuestionario de Abuso de Drogas (DAST-10) (Bedregal et al., 2006)

Es un cuestionario de tamizaje de 10 reactivos para el abuso de sustancias. Los ítems fueron adaptados en su redacción para población adolescente. Las preguntas buscan identificar en el adolescente trastornos psicológicos y médicos por causa del consumo de sustancias y reconoce cuatro niveles de riesgo: 0 (saludable), 1-2 (riesgo), 3-5 (perjudicial) y +6 (dependencia). El punto de corte utilizado para identificar riesgo fue 4.

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

Consiste en un cuestionario en versión de papel y lápiz dirigido a los usuarios de sustancias y que debe ser administrado por un profesional de la salud. El cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, para detectar el consumo de las siguientes sustancias: Tabaco, Alcohol, Cannabis, Cocaína, Estimulantes de tipo anfetamina, Inhalantes, Sedantes o

pastillas para dormir (benzodiazepinas), Alucinógenos, Opiáceos, Otras drogas; con pregunta tipo likert, con unos niveles de riesgo que comprenden bajo, moderado y alto.

## **Procedimiento**

El trabajo de intervención en la práctica de especialización en psicología clínica se realizó bajo las siguientes etapas:

- La primera consistió en la ubicación del sitio de práctica en el que se ponía como objetivo la intervención y exploración.
- La segunda etapa hace referencia a la selección y seguimiento al caso clínico en el que se establecerá un plan de tratamiento y su respectivo análisis basados en los requerimientos del enfoque cognitivo-conductual.
- La tercera etapa consiste en la realización de la entrevista inicial con la adolescente y su respectivo referente familiar
- La cuarta etapa comprende la aplicación de las pruebas en el primero momento o el respectivo pre-test.
- La quinta etapa es calificación de las pruebas y la estructuración del plan de trabajo para desarrollar con la paciente.
- La sexta etapa clarifica el proceso de tratamiento terapéutico
- La séptima etapa abarca la aplicación del post-test luego de haber finalizado el plan de atención.
- La octava etapa es la calificación de las pruebas aplicadas al finalizar el tratamiento y la respectiva elaboración del informe que refleje el proceso manejado y los resultados obtenidos.

## **Estudio de caso**

MJ es una adolescente de 14 años de edad, residente en el municipio de Bucaramanga, cursaba segundo de bachillerato en una institución oficial, no obstante, debido a su reciente situación de consumo, la madre decide retirarla del estudio; hija menor de 2 hermanos quienes viven bajo una estructura familiar nuclear. Se resalta que debido a las ocupaciones de su padre a nivel laboral, la mayor responsabilidad del cuidado y educación de la adolescente se encuentra delegado a su esposa y acompañamiento escolar de su hija quien se muestra complaciente y permisiva con la misma.

La paciente llega a la IPS remitida de su entidad prestado de servicio de salud pues inicialmente acudieron a cita por medicina general luego de que la menor le dijera a su madre que había ingerido sustancias psicoactivas. Se refiere que recientemente la joven empezaba a evidenciar cambios en su comportamiento que eran poco adecuados, bajo rendimiento académico, adherencia a pares negativos, dejar de hacer su deporte favorito, cansancio, fatiga, irritabilidad y conflicto en sus relaciones interpersonales y constantes discusiones en casa entrando en conflicto con las normas establecidas.

Durante la primera sesión la madre de la paciente menciona como motivo de consulta “Venimos aquí Doctora porque hace poco la niña me dijo que había empezado a meter pepas y me dijo que buscara ayuda especial para ella”.

Luego de la entrevista con la madre, la paciente ingresa al consultorio, se realiza el examen mental a la adolescente evidenciando un estado de ánimo eutímico, acorde presentación personal e higiene, conciencia alerta, orientada alopsíquica y autopsíquicamete, poca apertura emocional y expresión de sentimientos, lenguaje claro poco fluido, sin

aparentes alteraciones sensorio-perceptivas, introspección y prospección expectante y su actitud frente al proceso era de poca colaboración.

En el proceso de exploración y evocación de su historia familiar se conoce que la madre quedó embarazada a los 35 años de manera inesperada, no obstante no fue una hija rechazada por ninguno de sus progenitores, presentó condiciones emocionales como tristeza y temor, las cuales asocia por sus cambios durante la gestación, refiere apoyo por parte de su esposo.

Frente a los antecedentes, al desarrollo motor de la paciente fue normal, actualmente, es ágil tanto en la motricidad fina como en la gruesa. Respecto a los hábitos de autonomía, fueron adquiridos con normalidad (esfínteres, alimentación, sueño y vestido). En el área de la comunicación y el lenguaje, los padres no refieren problemas en la comprensión discurso claro y coherente, en sus antecedentes familiares no se refieren consumo ni alteraciones psicopatológicas. La paciente MJ presenta problemas de conducta recientemente, aunque en demostrando una actitud desafiante hacia las normas y la figura de autoridad, ha adquirido comportamiento restadores con su madre, se frustra con facilidad y utiliza el aislamiento y la evitación como estrategia de afrontamiento buscando evadir las dificultades que se presentan, constantemente busca el reconocimiento de sus pares y como forma de llamar la atención. A nivel social, la describen como una niña extrovertida, con facilidad para relacionarse y adaptarse a su medio. Desde el ámbito familiar, la madre expresa que en casa existe comunicación y constante seguimiento a sus hijos por parte de los progenitores, no obstante, por motivos de trabajo el padre poco comparte con MJ, la paciente inclusive refiere mejor afinidad con su figura materna, expresa que en ocasiones poco tiene contacto con sus hermanos y progenitor.

En su ámbito educativo, la madre refiere que la joven mantiene un nivel académico “normal, aceptable” clarificando que no es una de las mejores estudiantes pero que rinde y siempre tiene un buen comportamiento, sin embargo, expresa que de un momento al otro empezó a recibir constantes llamados de colegio por faltas y trasgresión de la norma tiempo en el que llegó incluso a ser informada de pérdida de varias materias de colegio y adherencia a pares negativos situación que estuvo ocurriendo por un tiempo de dos meses, espacio en el que supo por informe del colegio y posterior confirmación de la joven del consumo de sedantes y ocasional cigarrillo realizado en el colegio, por lo que la madre toma la decisión de retirarla del colegio.

Durante el proceso de evaluación e intervención, la madre menciona los cambios en su estado de ánimo mostrados por la menor que después de haberla retirado del colegio, la joven solo comparte con su familia y pareja. La joven refiere que actualmente ha sentido malestar y tristeza sin razón, ya no le interesa ir a entrenamiento y poco quiere compartir en su núcleo familiar y afectivo, menciona cansancio y ansiedad así como disminución de su alimentación así como pérdida de interés por actividades que antes le atraían pues pasa gran parte del tiempo agotada y con deseos de dormir.

Su madre expresa gran preocupación por la problemática actual del consumo presentado y de la actitud de la paciente hacia sus diferentes esferas psicosociales notando cambios considerables en su estado afectivo que pueden llegar a afectar su ámbito educativo y social, Cabe resaltar que el factor que más llamó la atención a la progenitora fue el poco interés o ganas por asistir a sus entrenamientos pues para MJ el deporte que practica es muy importante.

## **Impresión Diagnóstica**

### Trastorno Depresivo Inducido Por Una Sustancia/Medicamento

Con trastorno por consumo moderado a grave (F13.14) Sedante, hipnótico o ansiolítico

Especificador de curso: **Episodio persistente**

Especificadores de gravedad: **No refiere**

Especificadores de remisión: **En remisión parcial**

Gravedad actual: **Moderado**

## **Objetivos terapéuticos**

En el procedimiento terapéutico desarrollado con MJ, se establecieron los objetivos terapéuticos de acuerdo con las expectativas del paciente, los padres, además basados en los resultados del proceso de evaluación y análisis:

- Establecer un buen rapport con el paciente y un enganche terapéutico adecuado
- Conocer y comprender la situación del paciente logrando generar una orientación sobre cómo podemos avanzar frente a la situación.(fase de exploración)
- Eliminar o disminuir progresivamente el consumo de sustancias psicoactivas
- Modificación de pensamientos negativos que gobiernan su comportamiento habitual
- Regulación y manejo de estado de ánimo
- Entrenamiento y fortalecimiento de estrategias de afrontamiento que permitan una resolución de problemas asertivo.

## Sesiones establecidas para el trabajo Terapéutico

Tabla 5. *Sesiones terapéuticas*

Sesión	Objetivo	Estrategia
1/2	Establecimiento del motivo de consulta y recolección de datos de historia personal y familiar relevantes para el tratamiento (Usuario y padre de familia).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consentimiento informado</li> <li>• Valoración inicial al ingreso</li> </ul>
3/4	Aplicación de instrumentos de evaluación psicométricos que permitan justificar, clarificar y complementar el diagnóstico y proceso terapéutico. Intervención con la red familiar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionario de detección de drogas (DAST-10)</li> <li>• Inventario de depresión de BECK</li> <li>• Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas (ASSIST)</li> <li>• Escala de estrategias de afrontamiento COPING-MODIFICADA (EECC-M)</li> </ul>
5	Establecimiento de rapport con el paciente, encuadre (rol del psicólogo clínico y reglas del proceso terapéutico)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dialogo socrático</li> <li>• Entrevista motivacional</li> </ul>
6/7	Explicación del diagnóstico y establecimiento de tarea terapéutica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Registros de conducta</li> </ul>

---

	Socializar y psicoeducación frente al consumo problemático de sustancias psicoactivas	
8	Manejo y reconocimiento de pensamientos negativos/rumiativos y esquemas cognitivos disfuncionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Reestructuración cognitiva</li> <li>● Entrenamiento en parada de pensamiento</li> </ul>
9	Identificación y manejo emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Autorregistro</li> <li>● Entrenamiento en inteligencia emocional</li> </ul>
10	Incrementar actividades y sensaciones de gratificación  Manejo de ansiedad y disminución de tensión muscular	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Planificación gradual de actividades y hoja de actividades</li> <li>● Entrenamiento en relajación y técnica de respiración.</li> </ul>
11	Aumento de autoeficacia y reconocimiento de estrategias centradas en la solución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Entrenamiento en autoinstrucciones.</li> <li>● Entrenamiento en toma de decisiones y solución de problemas.</li> </ul>
12/13	Evaluación del progreso, prevención de recaídas y recomendaciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cuestionario de detección de drogas (DAST-10)</li> <li>● Inventario de depresión de BECK</li> </ul>

---



- 
- Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas (ASSIST)
  - Escala de estrategias de afrontamiento COPING-MODIFICADA (EECC-M)

14 Cierre de caso

---

### **Descripción de las Sesiones**

1-2: En el proceso de evaluación se inició el trabajo con padres y luego se procedió a realizarse la evaluación con el paciente.

En el proceso de evaluación se inició con la exploración hacia los padres y posteriormente con la adolescente, se centró en realizar una indagación profunda respecto a la historia del problema, recursos, relaciones funcionales y antecedentes, en búsqueda de variables que explican el surgimiento del problema y por consiguiente los factores de mantenimiento

3-4: Se realizó la aplicación de Cuestionario de detección de drogas (DAST-10) un nivel de riesgo n categoría III según clasificación del mismo; Inventario de depresión de BECK obteniendo un nivel de depresión moderado con una puntuación de (25); Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas (ASSIST) obteniendo un nivel de riesgo alto en el consumo de sedantes o pastillas para dormir (36); Escala de estrategias de

afrontamiento coping-modificada (EECC-M) en donde sobresale uso considerable de estrategias basadas en la evitación.

5: En esta sesión se hizo necesario realizar un esfuerzo frente a la creación de un ambiente de confianza y rapport, por lo cual, este se realizó bajo técnicas como el cuento y la metáfora, para posteriormente generar un dialogo reflexivo y socrático. Se realizó un encuadre de la terapia explicando cual era el rol del psicólogo además de las normas que el proceso terapéutico llevaría. Se lleva a cabo el proceso de entrevista motivacional con la adolescente generando reflexión de su conducta inadecuada que genera daños así sí misma y su proyecto de vida.

6-7: Se realizó la respectiva psicoeducación sobre la depresión y el consumo problemático de sustancias psicoactivas. Se finaliza con la socialización del plan a trabajar y el establecimiento de la tarea terapéutica (registro de conducta).

8: Se realiza una revisión general de lo que se ha podido interiorizar hasta el momento (feedback sobre el transcurso de cada sesión) y en sesión se empieza a hacer una lista de situaciones con pensamientos negativos que han interferido en la toma de decisiones para posteriormente realizar modificación por pensamientos positivos.

9: En esta sesión se retoma la lista de situaciones que han generado malestar y en donde sobresalen estados de ánimo triste e irritados por lo que se invita a realizar un análisis reflexivo de aquellos aspectos o factores que influyen en la emoción y se buscan estrategias que permitan el control de las mismas, por ejemplo se enseña la técnica de la tortuga como ejemplo para el control de la irritabilidad.

10: Análisis de actividades gratificantes pasadas, presentes realizando un debate sobre qué es placentero evocando acciones anteriores habituales que generaban gratificación para que posteriormente se asignen dos actividades sencillas que sean gratificantes. Se realiza el respectivo entrenamiento de relajación y se brindan los pasos para una respiración adecuada, se establece en sesión los espacios y momentos para su realización.

Claramente en sesión se definieron los puntos, los refuerzos y la metodología frente a los logros cotidianos del paciente, así mismo, los padres se comprometieron a emplearla en casa.

11: En esta sesión se trabajó el entrenamiento en solución de problemas y juego de roles dentro de la sesión sobre situaciones problemas de la cotidianidad y de qué manera reaccionar y enfrentarse ante ellos, se establecen pautas frente a cómo enfrentarse disminuyendo el uso de la evitación.

12-13: En esta sesión en virtud a los avances realizados por la paciente, se repasaron los pasos a seguir en la intervención, las acciones terapéuticas implementadas y los objetivos propuestos, así mismo, se realizó la aplicación de los instrumentos empleados para la evaluación, por otra parte, se brindó información sobre el manejo de recaídas.

14: Se hace cierre elaborando un análisis por la usuaria sobre los objetivos planteados inicialmente y los avances alcanzados a la fecha, recordando las herramientas aprendidas durante la intervención así como la elaboración de respectivo feed-back y retroalimentación del proceso manejado finalizando con el reconocimiento y prevención de factores de alto riesgo para una recaída.

## **Resultados**

En este apartado se presentarán los resultados alcanzados en el estudio de caso.

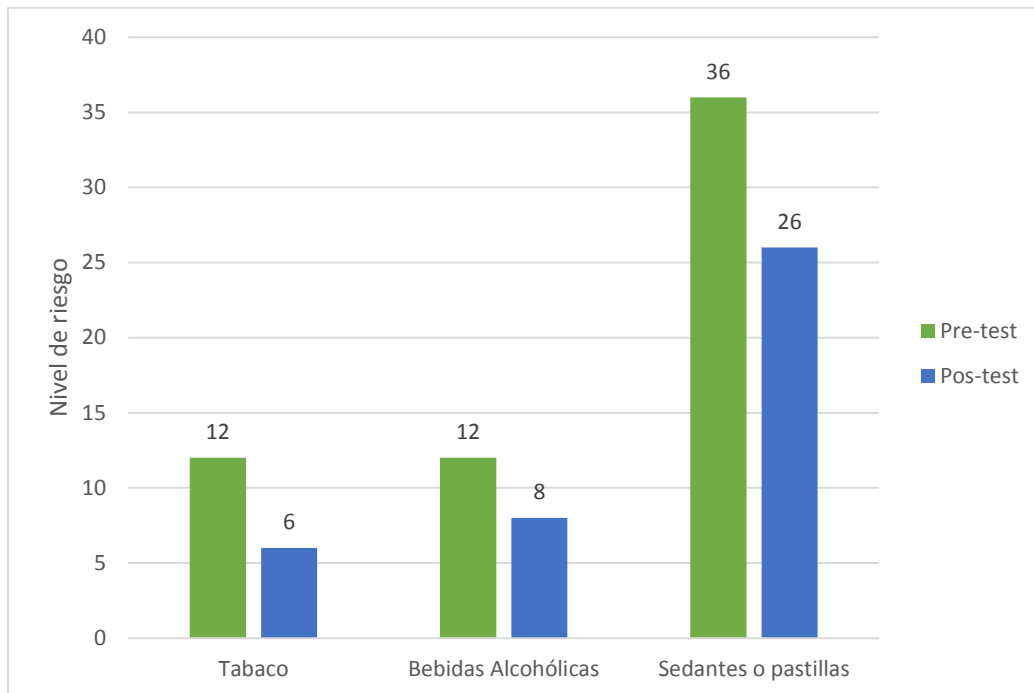
En este orden de ideas se muestran a través de gráficos los resultados obtenidos en la aplicación de las pruebas clínicas al paciente haciendo el respectivo comparativo del pre test y pos test realizando el comparativo y respectivo análisis de los datos obtenidos en el mismo. Posteriormente, se exponen los datos encontrados en el análisis funcional y finalmente se describen los resultados alcanzados en forma general de la intervención terapéutica.

### **a. Prueba de detección del consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)**

En la prueba ASSIST existe una clasificación para el riesgo del consumo de sustancias psicoactivas. En ese sentido, puntuaciones de 0-3 significan un nivel de riesgo bajo; 4-26 riesgo moderado y mayor de 27 es catalogado como riesgo alto, a excepción de la clasificación para las bebidas alcohólicas la cual varía en donde 0-10 es riesgo bajo; 11-26 riesgo moderado y mayor a 27 es un riesgo alto de dependencia.

La figura 1. Describe los resultados de la aplicación del pres-test y post-test en la investigación-intervención realizada, la puntuación obtenida en la primera evaluación fue 12 (riesgo moderado) para el tabaco, 12 (riesgo moderado) para el consumo de bebidas alcohólicas y 36 (riesgo alto) para el consumo de sedantes o pastillas para dormir. En la segunda evaluación se obtuvo puntuaciones de 6 (riesgo moderado) para el tabaco, 8 (riesgo bajo) para el consumo de bebidas alcohólicas y 26 (riesgo moderado) para el consumo de sedantes o pastillas para dormir.

*Figura 1. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)*

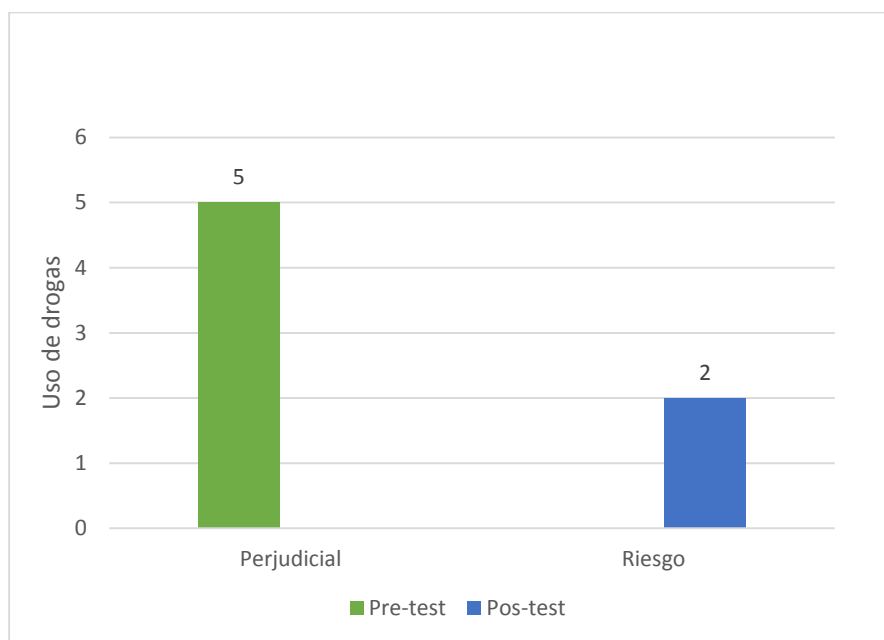


#### **b. Cuestionario de detección de drogas (DAST-SPANISH)**

En este cuestionario la respectiva calificación e interpretación de la prueba está clasificada por zonas de uso compuestas de la siguiente manera: I que es una puntuación de 0 (saludable), II con una puntuación de 1-2 (riesgo), III con puntuación de 3-5 (perjudicial) y IV con puntuación mayor a 6 (dependencia).

En la figura 2. Se describen los resultados obtenidos en el cuestionario de detección de drogas, en la primera aplicación los datos arrojaron un uso de drogas perjudicial (5) para la adolescente. En la segunda aplicación disminuyó el uso de las sustancias psicoactivas a riesgoso (2), no obstante, sigue siendo un aspecto de intervención y seguimiento constante.

Figura 2. Cuestionario de detección de drogas (DAST).



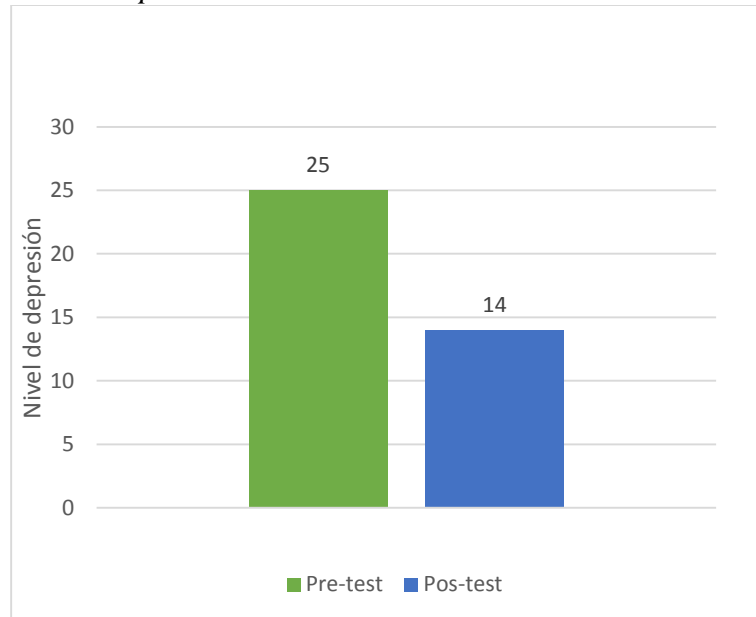
### c. Inventario de depresión de BECK

En el inventario de depresión existen unos niveles de depresión que permiten clasificar las conductas latentes de un individuo, en ese sentido, las puntuaciones de 1-10 señalan que dichos altibajos son normales; 11-16 existe una leve perturbación del estado del ánimo; 17-20 estados de depresión intermitentes; 21-30 presencia de depresión moderada; 31-40 depresión grave y mayor a 40 se encontraría un malestar clínicamente significativo tal como la depresión extrema o mayor.

En la figura 3. Se clarifican los resultados obtenidos en la aplicación del inventario de depresión de Beck antes y después del tratamiento psicológico. En este orden de ideas, la puntuación obtenida en la primera evaluación fue de 25 lo que señala presencia de depresión moderada. En la segunda evaluación realizada después del proceso terapéutico, se obtuvo un

puntaje de 14 evidenciando una disminución de su nivel de depresión a una leve perturbación del estado del ánimo.

*Figura 3. Inventario de depresión de Beck.*



**d. Escala de estrategias Coping-modificada, Pre-test:**

En la tabla 6. Se puede apreciar los resultados obtenidos por la paciente en donde se evidencia datos dentro de la media estándar las estrategias de solución de problemas, búsqueda de apoyo social, espera, religión, búsqueda de apoyo profesional, reacción agresiva y expresión de la dificultad de afecto. Las puntuaciones que sobresalen por encima de la media estándar son la evitación emocional, evitación cognitiva y la negación. Finalmente, se puede apreciar unas puntuaciones por debajo de la media las estrategias de autonomía y reevaluación positiva.

Se evidencia un uso constante y mayormente de las estrategias de afrontamiento de búsqueda de apoyo social en donde mayormente la consultante puede expresar la emoción

hacia los demás y procura buscar alternativas para solucionar el problema con otra u otras personas, así como también en ocasiones puede llegar a esperar que la situación se resuelva por sí sola con el pasar del tiempo., actitudes de oración en donde direcciona a tolerar o solucionar el problema o las emociones que se generan ante el problema y acciones de expresión emocional encaminadas a demostrar las emociones abiertamente como una manera de neutralizar las mismas. Así mismo, los resultados arrojan uso ocasional de las estrategias de afrontamiento que comprenden la solución de problemas, búsqueda de apoyo profesional y reacciones agresivas mostrándose como una persona pasiva que muy poco tiende a buscar a profesionales en las áreas de necesidad de refuerzo y solución.

*Tabla 6. Pre-test de la escala de estrategias Coping-modificada.*

FACTORES	PUNTUACIONES	
	Puntuación Directa	Percentil
Solución de problemas	22	10
Búsqueda de apoyo social	19	30
Espera	23	55
Religión	15	30
Evitación emocional	33	85
Búsqueda de apoyo profesional	5	20
Reacción agresiva	6	10
Evitación cognitiva	27	98
Reevaluación positiva	9	4
Expresión dificultad de afrontamiento	13	35
Negación	11	80
Autonomía	3	4



**Post-test:**

En la tabla 7. Se muestran los datos obtenidos en el post test aplicado a la joven en donde se logra apreciar mayor uso de otras estrategias de afrontamiento, no obstante persiste el uso de estrategias como la evitación y la negación para hacerle frente a las dificultades. Sobresale el uso de la reacción agresiva y la evitación emocional como formas poco positivas y la búsqueda de apoyo profesional como elemento positivo para afrontar las problemáticas. Lo anterior señala la importancia de seguir fortalecimiento y entrenando a la adolescente en el uso adecuado de estrategias de afrontamiento centradas en las soluciones.

*Tabla 7. Post-test de la escala de estrategias Coping-modificada.*

FACTORES	PUNTUACIONES	
	Puntuación Directa	Percentil
Solución de problemas	33	50
Búsqueda de apoyo social	25	60
Espera	25	65
Religión	12	20
Evitación emocional	34	90
Búsqueda de apoyo profesional	19	90
Reacción agresiva	17	80
Evitación cognitiva	17	65
Reevaluación positiva	16	35
Expresión dificultad de afrontamiento	13	35
Negación	8	50
Autonomía	5	30

## Análisis funcional de la conducta

Figura 4. Análisis funcional de la conducta.

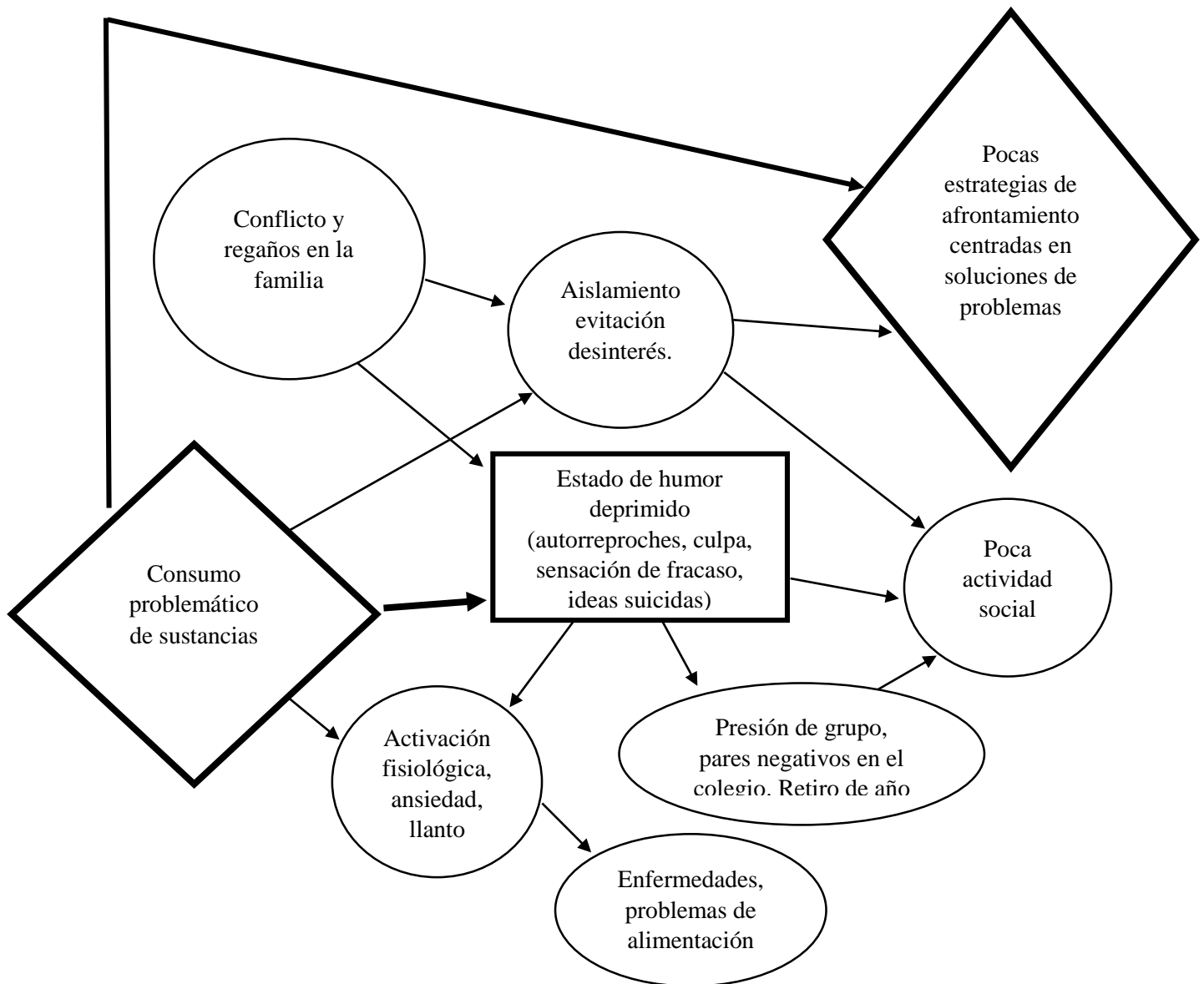


Tabla 8. Análisis Funcional, Estudio de caso clínico.

<b>FORMULACION DE CASO CLINICO</b>		<b>NOMBRE:</b> MJ	<b>OCUPACION:</b> Estudiante
<b>EDAD:</b> 14 años		<b>ESCOLARIDAD:</b> Séptimo grado	<b>CIUDAD:</b> Bucaramanga
<b>ESTADO CIVIL:</b> Soltera		<b>HIJOS:</b> No Aplica	<b>ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS:</b> No Aplica
<b>Motivo de consulta:</b> “Venimos aquí doctora porque hace poco la niña me dijo que había empezado a meter pepas y me dijo que buscara ayuda especial para ella”.	<b>1. Descripción del motivo de consulta:</b> La paciente en consulta afirma su intención de dejar de consumir, reconoce qué esta conducta perjudica su estado de salud y ha intentado en ocasiones dejar de hacerlo sin éxito alguno, siente decepción por sí mismo así como apoyo por parte de su familia mostrándose motivada a realizar todo lo que este a su alcance para eliminar dicho patrón conductual.	<b>3. Problema</b> 1. Dependencia a sustancias psicoactivas 2. Influencia social negativa de los amigos hacia la conducta adictiva. 3. Bajo estado de ánimo como producto de su decepción consumo misma y pensamientos rumiantes negativos que tienden a dominar su conducta.	
<b>2. Descripción del problema:</b> <b>1. dependencia a sedantes.</b> Paciente refiere iniciar su consumo con sedantes acompañada de compañeros de su colegio, expresa sensación de tranquilidad y relajación al hacerlo por lo que se siente atraída a volverlo a hacer. En varias ocasiones ha	<b>4. Historia personal:</b> Paciente femenina de 14 años de edad, proveniente de una familia nuclear proveniente de Bucaramanga, Santander. El desarrollo motor de la paciente fue normal, actualmente, es ágil tanto en la motricidad fina como en la gruesa. Respecto a los hábitos de autonomía, fueron adquiridos con normalidad (esfínteres,	<b>3. Evaluación sincrónica:</b> Los aspectos que han llevado a desencadenar la conducta problema de la adolescente desde el ambiente comprende su ámbito educativo el cual es considerado como alto riesgo para adquirir factores de vulnerabilidad, del mismo modo, se señala la adherencia a pares negativos que generar presión de grupo influyendo en	

---

probado el cigarrillo y consumido bebidas alcohólicas no considerando aquello como un factor de alto riesgo.

## **2. Influencia social negativa de los amigos.**

Afirma que inició el consumo de sustancias por la influencia social y acompañamiento de jóvenes de su edad de su colegio quienes llevaban antigüedad en dichas prácticas y estaban en el consumo desde hace mucho tiempo atrás, refiere que en la actualidad y por señalamiento de sus padres perdió contacto con sus pares negativos, refiere no querer volver a relacionarse con ellos. No obstante, expresa que de forma ocasional se reúne con compañeros quienes le proporcionan cigarrillos o pepas y procede a consumir cuándo se encuentra con ellos, generalmente después del colegio o en salidas ocasionales como grupo.

## **3. Bajo estado de ánimo como producto de su decepción consumo misma y pensamientos rumiantes negativos que**

alimentación, sueño y vestido). En el área de la comunicación y el lenguaje, los padres no refieren problemas en la comprensión discurso claro y coherente, en sus antecedentes familiares no se refieren consumo ni alteraciones psicopatológicas. La paciente MJ se muestra atenta, consciente, alerta, dispuesta a las orientaciones brindadas, lenguaje claro y fluido, receptiva, sin alteraciones sensorceptivas, estado anímico denota triste. Presenta problemas de conducta recientemente, los cuales rondan desde hace 3 meses aproximadamente, demostrando una actitud desafiante hacia las normas y la figura de autoridad, ha adquirido comportamiento restadores con su madre, se frustra con facilidad y utiliza el aislamiento y la evitación como estrategia de afrontamiento buscando evadir las dificultades que se presentan, constantemente busca el reconocimiento de sus pares y como forma de llamar la atención. A nivel social, la describen como una niña extrovertida, con facilidad para relacionarse y

la toma de decisiones inequívocas para la joven.

Por su parte desde el aspecto personal y de organismo, existen pensamientos irracionales, atribuciones, que se le han realizado al significado del consumo, la necesidad de experimentar algo nuevo y de ser aceptado en un grupo social que tiene conductas adictivas. A su vez, se evidencia pocas estrategias de afrontamiento para hacerle frente a las problemáticas de casa como es la soledad y la poca comunicación que se presenta. Sobresale en ella esquemas desadaptativos en donde la evitación y el aislamiento le permiten un respiro así como el consumo de pepas le genera tranquilidad y una forma de escapar de su realidad.

En cuanto a la conducta problema, se puede deducir que dicho conjunto de comportamientos han generado una dependencia al consumo de sedantes lo que ha creado ansiedad y necesidad de satisfacción de la misma. Este aspecto desencadena sentimientos de tristeza y culpabilidad por fallarse a sí misma y a su familia obteniendo desinterés por sus actividades que antes le generaban satisfacción y aislamiento de su círculo social y familiar. Se señala estados emocionales depresivos contantes que pueden desencadenar depresión clínicamente significativa

---

---

**tienden a dominar su conducta.**

La adolescente denota en su discurso pensamientos de culpabilidad y decepción por su conducta, expresa desinterés por actitudes y hábitos que anteriormente le generaban placer y diversión, refiere sentirse constantemente sola y triste sin razón alguna, aspecto que influye en su patrones de sueño pues habita más agotada y con sueño. Así mismo, comenta estar un poco más irritable con su entorno siendo más susceptible a las cosas que suceden.

adaptarse a su medio. Desde el ámbito familiar, la madre expresa que en casa existe comunicación y constante seguimiento a sus hijos por parte de los progenitores, no obstante, por motivos de trabajo el padre poco comparte con MJ, la paciente inclusive refiere mejor afinidad con su figura materna, expresa que en ocasiones poco tiene contacto con sus hermanos y progenitor.

como producto del consumo de sustancias psicoactivas.

---

**4. Evaluación**

***Diacrónica:***

***-Factores***

***de Predisposición:*** Paciente proviene de un ambiente familiar en donde no existe cohesión con la figura paterna y una relación distante con sus hermanos biológicos, presenta antecedentes de consumo de bebidas alcohólicas y cigarrillo por parte de su figura paterna.

Se señala carencia en estrategias de afrontamiento que permitan hacerle frente a

**5. Dominios:**

***- Emocional afectivo:***

En la adolescente se identifica la dificultad por su autoconocimiento y seguridad en sí misma. A su vez, es necesario el refuerzo de la seguridad en sí misma y el respectivo fortalecimiento de vínculos afectivos desde su hogar.

***- Cognoscitivo verbal:***

Se evidencia capacidad de análisis y carácter crítico para analizar su entorno. Procesos de aprendizaje basados en la observación en la práctica, subrayando la gran influencia del entorno

**6. Contextos:**

***- Académico:*** En su ámbito educativo, la madre refiere que la joven mantiene un nivel académico “normal, aceptable” clarificando que no es una de las mejores estudiantes pero que rinde y siempre tiene un buen comportamiento, sin embargo, expresa que de un momento al otro empezó a recibir constantes llamados de colegio por faltas y trasgresión de la norma tiempo en el que llegó incluso a ser informada de pérdida de varias materias de colegio y adherencia a pares negativos situación que estuvo ocurriendo por un tiempo de dos meses, espacio en el que

---

sus problemáticas de manera asertiva.

**-Factores de Adquisición:** Paciente refiere que el ambiente en el cual se desarrolla tanto a nivel educativo como social es de alto riesgo considerado como factor de vulnerabilidad predisponente para el consumo de sustancias psicoactivas, así como la adherencia a pares negativos.

**-Factores de Mantenimiento:** Refiere que cuando consume se siente más tranquila, se inhibe la ansiedad, lo cual hace que se sienta motivada a además afirma que a través de esta acción comparte un momento agradable con sus amigos y se siente aceptada. Fortalecimiento del vínculo afectivo con sus figuras de apego. Dificultades para resistir a la presión de grupo. Convive en ambientes que generan resistencia a su autonomía

**- Factores Protectores:** Se señala un ambiente familiar adecuado y protector en donde se

en la toma de decisiones de sí misma.

A nivel de solución de problemas, en ella existe falencias para identificar estrategias de afrontamiento que se centren en la resolución asertiva de sus dificultades pues sobresale conductas de evitación y evasión, no obstante, procura tratar de buscar ayuda de profesionales y externa como opinión objetiva para sus problemáticas.

**- Interacción:** Joven con buenas habilidades sociales, se identifica facilidad para adaptarse a los grupos sociales y buenas relaciones interpersonales, no obstante debilidad en su autonomía tendiendo a mostrar gran influencia de grupo. En sus relaciones familiares hay comunicación y respeto, sin embargo, siente soledad por las responsabilidades de las figuras de autoridad situación que la hace tener pensamientos negativos frente a su valía, Refuerzo constante con la figura paterna con quien mantiene una relación distante.

supo por informe del colegio y posterior confirmación de la joven del consumo de pepas y ocasional cigarrillo realizado en el colegio, por lo que la madre toma la decisión de retirarla del colegio.

**- Familiar:** Familia nuclear compuesta por 5 integrantes, procedentes Bucaramanga, estrato socio económico medio, cuya figura de autoridad está representada por madre y padre, el paciente índice afirma que sostiene una relación adecuada con su figura materna y progenitor, expresa que sostiene una relación tranquila pero distante con sus hermanos mayores quienes a su vez suelen tornarse sobreprotectores con ella. Por otra parte, el paciente expresa que tiene una relación distante y de autoridad con su figura paterna a quien respeta y quiere.

---

---

<p>resalta el apoyo y disposición por fortalecer el proyecto de vida de la adolescente encaminado a la toma de decisiones adecuadas y positivas. Se señalan a su vez como factores protectores las creencias saludables y estándares de conductas apropiadas. Sentido positivo de sí mismo. Redes sociales de apoyo. Clima educativo positivo. Reforzamiento de hábitos de vida saludables por parte de la madre.</p>	<p><b>-Repertorios relacionados a salud:</b>          Se muestra atenta, consciente, alerta, dispuesta a las orientaciones brindadas, lenguaje claro y fluido, receptiva, sin alteraciones sensorio perceptivas, destaca habilidades deportivas y buen desarrollo psicomotor en su motricidad fina y gruesa, estado anímico denota triste. Presenta problemas de conducta recientemente, se resalta dificultad para conciliar el sueño y patrón alimenticio inestable a raíz de su sintomatología.</p>
---	--

---

**7. Formulación de hipótesis**

**- Problema:**

Consumo problemático de sustancias psicoactivas que repercute en su estabilidad emocional desencadenando depresión moderada inducida por las sustancias.

**- Hipótesis:**

**I.** Adolescente con pocas estrategias de afrontamiento enfocadas en la solución de problemas que genera respuestas evitativas y

**8. Diagnostico:**

- Trastorno Depresivo Inducido Por Una Sustancia/Medicamento  
 Con trastorno por consumo moderado a grave (F13.14)  
 Sedante, hipnótico o ansiolítico.

Especificador de curso:

**Episodio persistente**

Especificadores de gravedad:

**No refiere**

Especificadores de remisión:

**En remisión parcial**

Gravedad actual: **Moderado**

---

---

evasivas tales como el consumo.

2. Adolescente con consumo problemático de sustancias psicoactivas como producto de influencia de sus pares con estrategia de afrontamiento negativas las cuales repercuten en la poca capacidad de afrontamiento de sus problemáticas desencadenando sentimientos de culpa, decepción, inutilidad, tristeza e irritabilidad.

---

### **Discusión**

La intervención realizada en 14 sesiones permitió el cumplimiento de los objetivos terapéuticos, debido a que se observaron cambios en la conducta del paciente logrando disminuir su malestar.

La paciente ingresó a consulta en su primera sesión con presencia de episodios constantes de depresión, sin embargo, con el transcurso del tiempo la presencia de la conducta depresiva y abusiva de consumo comenzó a disminuir gradualmente debido a las estrategias implementadas a través del trabajo psicofarmacológico y empleo de técnicas cognitivo-conductuales tales como: entrenamiento en relajación, entrenamiento en relajación profunda, reestructuración cognitiva entrenamiento en parada de pensamiento, autorregistro, entrenamiento en inteligencia emocional, planificación gradual de actividades y hoja de actividades, entrenamiento en relajación y técnica de respiración (mindfulness); apoyando



esto por Álvarez, et, al. (2014) la intervención logra la modificación de conductas disfuncionales y pensamientos negativos relacionadas con la depresión, adaptando una postura educativa buscando la colaboración del paciente, para aprender a reconocer sus patrones de pensamiento negativo y reevaluarlo.

En este orden de ideas, la evaluación es considerada como el inicio de toda intervención cognitiva-conductual permitiendo obtener en datos contables y cuantificables el comportamiento y la conducta problema a través de la identificación de las variables dependientes e independientes a modificar y ser modificadas. Su función es cuantificar y analizar la conducta, estableciendo el diagnóstico, el cual dirige el diseño y la realización del tratamiento dentro de la psicología clínica (Kanfer & Phillips, 1976).

Este proceso evaluativo es fundamental ya que, genera las bases para identificar los aspectos a tener en cuenta en cada intervención terapéutica logrando afectaciones positivas en la conducta problema, en este sentido la evaluación tiene por objeto el conocer y cuantificar la conducta del paciente. La evaluación es tan importante que si no se realizara en forma adecuada, el terapeuta jamás conocería en realidad si su terapia dio o no resultado, es por ello que cuando la evaluación está mal realizada, es posible que la terapia llevada no genere ningún impacto y por ende no resuelva el problema del paciente (Vargas & Ibáñez, 2000).

Por otro lado, en este proceso evaluativo se manejan como herramientas unos elementos que permiten medir dicha conducta, estos son los instrumentos de evaluación psicométricos que fundamentan y dan soporte al proceso evaluativo y de intervención. Según Hernández, Tomás, Ferreres, y Lloret (2015), los instrumentos estandarizados, son uno de los grandes ejes metodológicos con los que cuentan los psicólogos para realizar una buena evaluación

psicológica, junto con la entrevista y la observación. Es por ello que para lograr tener resultados satisfactorios en la evaluación e intervención psicológica, los cuestionarios, test e instrumentos en general de evaluación psicométricos son necesarios siendo estos sometidos a un proceso riguroso de construcción y evaluación permanente, logrando un nivel de validez y confiabilidad adecuado.

Seija (2014) expresa que tanto en el caso de la depresión como en el de las adicciones, el reconocimiento de la enfermedad y solicitud de ayuda se hacen más esquivos aún, entrando a jugar mecanismos psicológicos de negación del problema o enfermedad y la minimización del daño personal o hacia terceros que esto implica. Es por ello que en el proceso inicial de intervención se hace dificultoso la aceptación de la enfermedad afectando los avances del tratamiento, sin embargo, cuando se empieza a hacer conciencia y modificación conductual se logra mayor compromiso del paciente para trabajar en pro de su mejoramiento. Así entonces en estos tipos de enfermedades la pesquisa dirigida tanto clínicamente como también a través de instrumentos va dirigida a cerrar esta brecha en el proceso de ayudar a un paciente a recobrar su salud mental o general (Olliffe, Galdas, Han, Kelly, 2013).

Es así que a través de este proceso se lograron poner en práctica las herramientas de evaluación y las técnicas de intervención que desde un enfoque cognitivo conductual se han diseñado para el abordaje del trastorno de depresión inducido por consumo de sustancias. Así mismo, se resalta la utilización de los instrumentos estandarizados los cuales ayudaran a determinar y generar una evaluación acorde al padecimiento de la paciente de forma integral, aplicándose pre-test y pos-test en la búsqueda de confirmar los efectos de la intervención en la paciente. De igual manera, la entrevista motivacional es adoptado como un factor fundamental para la aceptación y respectiva motivación a la búsqueda de modificación de los

patrones desadaptativos ya que, parte fundamental del tratamiento se inicia, con el correcto diagnóstico de la patología del paciente: ¿estamos frente a un abuso o una dependencia? Sin embargo, al momento de decidir tratar a un paciente y antes de realizar una evaluación mucho más exhaustiva debe lograrse primero un “enganche o motivación” para que el paciente vuelva a las siguientes sesiones (James, Lynn y Ronald, 1994). Así también lo expone Carvajal (2010) quien refiere que la entrevista motivacional es una intervención centrado en el paciente, la cual por medio de la escucha reflexiva y algunas intervenciones puntuales, intenta lograr su resolución, generando disposición al cambio.

Este método de intervención (EM) ha demostrado su eficacia en un amplio rango de conductas adictivas proporcionando estrategias motivacionales específicas para cada estadio de cambio (Piñeiro, Míguez & Becoña, 2010). En este estudio se puede dar cuenta de su impacto evidenciado en el compromiso de la paciente en la asistencia progresiva y respectiva responsabilidad para realizar las tareas terapéuticas lo que se refleja en la disminución progresiva de sus niveles de depresión y consumo problemático.

La psicología cognitivo conductual reconoce e implementa diferentes herramientas de evaluación e intervención que se ajustan a las características y necesidades de los adolescentes. Así mismo, Para Sánchez, Gaadolí & Gallús (2004) la terapia cognitivo-conductual integra el comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva para tratar los problemas derivados del uso de sustancias, desarrollando estrategias destinadas a aumentar el control personal que la persona tiene sobre sí misma (p, 160).

Desde este enfoque se logró la modificación de esquemas desadaptativos y de minusvalía que sobresalían en la joven fortaleciendo su autonomía y recobrando el interés por la actividad física como estrategia de manejo emocional. Polo y Díaz (2011) fundamentan

lo anterior en la medida en que se señala el impacto del tratamiento cognitivo-conductual por medio de la modificación de los pensamientos, creencias y conductas disfuncionales por otras que permitan un desarrollo óptimo del individuo frente a los problemas personales o sociales en los que este inmerso.

Por otro lado, Camacho (2003) expresa que las autoafirmaciones positivas contribuyen al afrontamiento adecuado disminuyendo el malestar psicológico. En ese sentido, se puede dar cuenta de lo anterior en la medida en que el adolescente logra reconocer y modificar pensamientos desadaptativos de incapacidad y culpa que contribuían a mantener un estado emocional depresivo. La solución de problemas y búsqueda de apoyo profesional permitió un aumento de respuestas adecuadas y adaptativas de su medio.

### **Conclusiones**

- Como principal conclusión, en la evaluación y posterior intervención se debe tener en cuenta las situaciones estresantes vividas en su entorno y la manera de enfrentarse a las mismas, las cuales generan una modificación de la paciente frente a las conductas adaptativas.
- Se deduce por medio de la intervención realizada que la evaluación de los trastornos debe ser integral buscando recoger la mayor información posible para generar un buen diagnóstico y por ende una eficiente intervención.
- Se concluye que los padres son vitales en los proceso de intervención y psicoeducación para el consumo problemático de sustancias psicoactivas así como para la comprensión y manejo adecuado del trastorno depresivo derivado de la conducta adictiva, ya que desde cada se fortalece y potencializa las conductas

positivas reduciendo a su vez síntomas ansiosos mediante técnicas operantes reflejadas en el reforzamiento.

- Los tratamientos con enfoque cognitivo-conductual reflejan gran impacto en los trastornos depresivos, así como en el consumo problemático de sustancias psicoactivas, logrando la disminución de conductas desadaptativas y control de impulsos lo que permite la minimización progresiva del consumo.
- El tratamiento cognitivo conductual logra generar impacto en la modificación de creencias y pensamientos en la adolescente haciendo conciencia de la dificultad y permitiendo la identificación y uso de otras acciones que se encaminan a afrontar de mejor manera las problemáticas en cada esfera psicosocial disminuyendo la sintomatología depresiva.
- La entrevista motivacional como mecanismo de sensibilización, reflexión y motivación al cambio es una herramienta efectiva que permite generar un carácter analítico y de evaluación de los aspectos personales, familiares y sociales de la adolescente generando una movilización e incentivo para trabajar en la modificación de comportamientos asociados al consumo realizando una focalización y reestructuración de su proyecto de vida.

### **Recomendaciones**

Frente al análisis del trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento se recomienda indagar más acerca de la relación existente entre el consumo y el desencadenante de la inestabilidad emocional, su evaluación y su forma de diagnosticar para crear bases de

información más amplias y enriquecidas con el fin de identificar mayores formas de intervención.

Es importante el seguimiento al caso para verificar el funcionamiento eficaz de la intervención frente al cuadro clínico, así como es fundamental seguir el proceso psicofarmacológico trabajando en conjunto con psiquiatría generando regulación en sus estados de ánimo y respectiva ansiedad disminuyendo el consumo de manera progresiva.

Se recomienda resaltar la importancia de involucrar a la familia, en donde se evidencia que el adolescente requiere de apoyo y comprensión por parte de los integrantes de la familia durante los diferentes cambios psicológicos que realiza para evitar la conducta de riesgo.

### **Referencias**

- Achenbach, T. & Rescola, L. (2001). Manual for the aseba school-age forms & profiles. Child behavior checklist for age 6-18, teacher's report form, youth self-report and integrated system of multi-informant assesment. Burlington, VT: University of Vermont.
- Alejandro, M. H. (2011). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 98-109.
- Álvarez, M., Atienza, G., Ávila, M., González, A., Guitián, D., De las Heras, E., Louro, A., Rodríguez-Arias, J., & Triñanes, Y. (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Recuperado de: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_534\\_Depresion\\_Adulto\\_Avaliat\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf)
- Arias, F. J., & Uribe, J. E. C. (2016). Hacia una perspectiva clínica psicodinámica de la intervención de las adicciones. *Agora USB*, 16(1), 231-254.

- Baron, R. (1997). *Psicología*. 3a Ed. México: Prentice Hall, Hispanoamérica SA. ISBN 968-880-692-7. P. 776
- Barry, C. T., Frick, P. J., Adler, K. K., & Grafeman, S. J. (2007). The predictive utility of narcissism among children and adolescents: Evidence for a distinction between adaptive and maladaptive narcissism. *Journal of Child and Family Studies*, *16*, 508-521.
- Barry, C. T., Grafeman, S. J., Adler, K. K., & Pickard, J. D. (2007). The relations among narcissism, self-esteem, and delinquency in a sample of at-risk adolescents. *Journal of Adolescence*, *30*, 933- 942.
- Bautista, J. (2011). El Conductismo en la Historia de la Psicología: Una Crítica de la Filosofía del Conductismo Radical. *Psychologia Latina*, *2*(2), 144-157.
- Becoña, E. & Oblitas, L. (1998). *Terapia cognitivo-conductual: antecedentes técnicas*. Universidad Santiago de Compostela.
- Beltrán, M.C. & Freyre, M.A. (2012). Inventario de depresión de Beck: su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*, *30* (1), 5-13.
- Bonilla, E., & Rodríguez, P. (1997). *Más allá del dilema de los métodos. La Investigación en las ciencias sociales*. Ediciones Uniandes. Edit. Norma. Buenos Aires.
- Bóveda, J., Pérula, L., Campiñez, M., Bosch, J., Barragán, N., Prados, J. (2013). Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. *Atención Primaria*, *45*(9), 486-495.
- Buela-Casal, G., & Agudelo, D. (2008). *Inventario de depresión estados-rasgo adaptación español*. Madrid, España: Tea Ediciones S.A.

- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales*. Madrid, España: siglo XXI de España editores S.A.
- Calvete, E., & Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, 21(1), 49-56.
- Camacho, L. (2003). Creencias, afrontamiento y estado de ánimo depresivo en pacientes con dolor crónico, *Psycothema*, 15, 465- 470
- Carvajal, G. (2010). La entrevista motivacional en adicciones. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 171S-187S.
- Castillo, X. (2011). *Definición de Salud Mental según OMS*. Recuperado de <https://www.scribd.com/document/215109151/Definicion-de-Salud-Mental-segun-la-OMS>
- Chávez, L. & Andrade, D. (2005). La escuela básica en la prevención del consumo de alcohol y tabaco: retrato de la realidad. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 13, 748-789.
- Corujo Lorenzo, L. (2014). Consideraciones sobre el consumo problemático de sustancias psicoactivas en adolescentes. Recuperado de: [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/9804/1/TTS\\_CorujoLorenzoLucia.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/9804/1/TTS_CorujoLorenzoLucia.pdf)
- Crespo, M., & Labrador, F.J. (2003). *Estrés*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Cruz-Bermúdez, N. D. (2015). Psicología, neurociencia y drogadicción en Puerto Rico: Implicaciones para la investigación interdisciplinaria. *Revista Puertorriqueña de psicología*, 24(2). 1-13.



- Conservatorio de Drogas de Colombia. (2018). *Sustancias Psicoactivas*. Recuperado de <http://www.odc.gov.co/problematika-drogas/consumo-drogas/sustancias-psicoactivas>
- Davis, P. (2014). Cognición y Aprendizaje Reseña de Investigaciones Realizadas Entre Grupos Etnolingüísticos Minoritarios. Recuperado de [https://www.sil.org/system/files/reapdata/73/80/82/73808248533484811247988343822622019784/e\\_Book\\_50\\_Davis\\_Cognicion\\_y\\_Aprendizaje.pdf](https://www.sil.org/system/files/reapdata/73/80/82/73808248533484811247988343822622019784/e_Book_50_Davis_Cognicion_y_Aprendizaje.pdf)
- D'Zurilla, T. J., Chang, E. C, y Sanna, L. J. (2003). Self-esteem and social problem solving as predictors of aggression in college students. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22(4), 424-440.
- Díaz, V. (2010). La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2(1), 57-71.
- Esaño, A. (2017). Psicología cognitiva: ¿qué es, en qué consiste y quiénes la formularon?. Recuperado de: <https://lamenteesmaravillosa.com/psicologia-cognitiva-que-es/>
- Espada, J. P., Botvin, G. J., Griffin, K. W., & Méndez, X. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 23(84).
- Erikson, E. (1950). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Fernández, D., & Díaz, M. (2001). Relación entre estrategias de afrontamiento, síndrome clínico y trastornos de la personalidad en pacientes esquizofrénicos crónicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 129-135.
- Fernández, M. (2011). Adolescencia y consumo de sustancias: el problema de la demanda terapéutica. In III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en

- Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- García, M., & Gatell C. (2001). “*Actual, Historia del Mundo Contemporáneo*”. Barcelona: Ed. Vicens Vives.
- García-López, L. J., Piqueras, J. A., Rivero, R., Ramos, V., & Guadalupe, L. O. (2008). Panorama de la psicología clínica y de la salud. *CES Psicología*, 1(1), 70-93.
- Gomez, D., Gutierrez, M., & Londoño, S. (2013). Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 7(1), 45-51.
- González, P., Rey, L., & Oliva, L. (2009). Las relaciones familiares y el consumo de drogas en los adolescentes de Jalapa, Veracruz. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 12(1), 12- 37.
- González, O., Caballero, C., Polo, I., & Pineda, W. (2010). Efectividad del programa de farmacodependencia del Centro de Atención y rehabilitación integral (ESE-CARI) de la ciudad de Barranquilla, Colombia. *Psicogente*, 13(24), 225-240.
- Guevara, D. (2017). Caracterización De La Problemática Social De La Drogadicción En Los Jóvenes Del Municipio De Ocaña, Norte De Santander (Doctoral Dissertation).
- Guillén-Gestoso, C., & Guil-Bozal, R. (2010). *Psicología del trabajo para relaciones laborales*. México, D. F.: Ultradigital Press, S.A. DE C.V.

- Gutton, P. (2007). Creación adolescente y mundo contemporáneo. *Psicoperspectivas*, 6(1), 57-61.
- Hathaway, S.R., & Mckinley, J.C. (1988). Cuestionario de personalidad MMPI. Madrid, España: TEA Ediciones S.A.
- Hernández, D. (2010). Tratamiento de adicciones en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 153-170.
- Hernández, N., & Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. Sonora, México: Libros en red.
- Hernández, R.; Fernández, C. Y Baptista, P. (2014) *Metodología de la Investigación (6ª Edic)*. México: McGrall Hill.
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. P. (2008, noviembre). El matrimonio cuantitativo cualitativo: El paradigma mixto. En J. L. Álvarez Gayou (Presidente), *6to. Congreso de Investigación en Sexología*. Congreso efectuado por el Instituto Mexicano de Sexología, A. C. y la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Villahermosa, Tabasco, México.
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. (2005). Motivational Interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.
- ICBF & DNE. (2009). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes en Conflicto con la ley de Colombia. Disponible en: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/Portals/0/Estudio%20Consumo%20adolescentes.pdf>

- Instituto Superior de Estudios Psicológicos. (ISEP, 2003). *El papel del psicólogo ante casos de drogodependencias*. Recuperado de <http://www.lasdrogas.info/opiniones/127/el papel-del-psicologo-ante-casos-dedrogodependencias.html>
- Iraurgi, I., & Corcuera, N. (2011). Módulo de Asistencia Psicosocial de Rekalde. Gobierno Vasco, España: Dirección de Drogodependencias – Gobierno Vasco. Revista Dialnet: Norte de Salud Mental, No. 32. Recuperado de <https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&sou>.
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, INCB. (2017). Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2017. Recuperado de [https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2017/Annual\\_Report/S\\_2017\\_AR\\_ebook.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2017/Annual_Report/S_2017_AR_ebook.pdf)
- Karson, S., & O'Dell, J. (1987). *16PF Guía para su uso clínico*. Madrid, España: TEA Ediciones S.A.
- Kawulich, B. B. (2005, May). Participant observation as a data collection method. In *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* (Vol. 6, No. 2).
- Kuo, C., Chatav, Y., Zlotnick, C., Bates, N., Todorova, R., Chien-Wen, J., & Johnson, J. (2013). A qualitative study of treatment needs among pregnant and postpartum women with substance use depression. *Substance Use & Misuse*, 48(14), 1498-1508.
- Lluis-Font, J., (2006). *Test de la familia cuantificación y análisis de variables socioculturales y de estructura familiar*. Barcelona, España: Editorial Davinci

- Lochman, J. E., Powell, N. R., Whidby, J. M., & Fitzgerald, D. P. (2006). *Agressive Children: Cognitive-Behavioral Assessment and Treatment*. New York, NY: Guilford Press.
- López, E. (2004). Adolescentes y alcohol: la búsqueda de sensaciones en un contexto social y cultural que fomenta el consumo. *Apuntes de Psicología*, 22(3), 403-420.
- López de Méndez, A. (2013). Los Grupos Focales. Recuperado de: [http://cea.uprrp.edu/wp-content/uploads/2013/05/grupo\\_focal.pdf](http://cea.uprrp.edu/wp-content/uploads/2013/05/grupo_focal.pdf)
- Low, R. (2015). Adicciones: causas, sentidos y posibles soluciones. Universidad Industrial de Santander: Bucaramanga.
- Luis, Oblitas (2008) *Psicología De La Salud: Una Ciencia Del Bienestar Y La Felicidad*. Avances psicológicos. Bogotá: psicom
- Maguth, A., Maguth, C., & Lombado, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas*. México D.F., México: Manual Moderno.
- Miller WR, Rollnick, S. (1999). *La Entrevista Motivacional; Preparar para el cambio en conductas adictivas*. Ediciones Paidós Ibérica, Barcelona
- Minici, A., Rivadeneira, C. & Dahab, J. (2001). ¿Qué es la terapia cognitivo conductual? *Revista de terapia cognitivo conductual*, 1, 1-6.
- Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes (2009). Estudio nacional de consumo de drogas en Colombia, resumen ejecutivo. Colombia: Autor. Recuperado de <http://www.risaralda.gov.co/newweb/>

repositorio/risaralda+segura/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20CONSUMO%  
20DE%20 DROGAS.pdf

Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar - Colombia. Bogotá D.C.

Ministerio de salud y Protección Social. (2016). Estudio Nacional De Consumo De Sustancias Psicoactivas En Población Escolar Colombia. Recuperado de: [https://www.unodc.org/documents/colombia/2018/Junio/CO03142016\\_estudio\\_consumo\\_escolares\\_2016.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2018/Junio/CO03142016_estudio_consumo_escolares_2016.pdf)

Nadal, R. (2008). La búsqueda de sensaciones y su relación con la vulnerabilidad a la adicción y al estrés. *Adicciones*, 20, 59-72.

Narváez, V. S. (2016). *Fundamentos de la Psicología: manuales autoformativos interactivos*. Hunacayo-Perú: Universidad Continental.

National Institute of Drug, NSDUH. (2009). Enfoques para el tratamiento de la drogadicción. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/metodos10.pdf>

Navarro, A., Vezzoni, M., Saraco, A., Briccola, M., Barrera, E., & Segura, J. (2014). *Atención primaria en salud ante el consumo problemático de drogas*. Recuperado de: <http://salud.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/16/2014/10/APS-Consumo-Problematico-de-Drogas.pdf>

ODC, MEN, & MSPS, (2011). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población Escolar Colombia- 2011. Disponible en: [http://www.descentralizadrogas.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=LNnWx\\_o7HFE%3d&tabid=129](http://www.descentralizadrogas.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=LNnWx_o7HFE%3d&tabid=129)

- Pedrero, E., Rojo, G., & Puerta, C. (2013). Adicción Y Estrés. Estrategias De Afrontamiento En Adictos. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Eduardo\\_Pedrero-Perez/publication/270103434\\_Adiccion\\_y\\_estres\\_Estrategias\\_de\\_afrontamiento\\_en\\_adictos/links/549ff6bd0cf267bdb8fec988/Adiccion-y-estres-Estrategias-de-afrontamiento-en-adictos.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Eduardo_Pedrero-Perez/publication/270103434_Adiccion_y_estres_Estrategias_de_afrontamiento_en_adictos/links/549ff6bd0cf267bdb8fec988/Adiccion-y-estres-Estrategias-de-afrontamiento-en-adictos.pdf)
- Pérez, C. L., & Vinaccia, S. (2014). Prevención del abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios: lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos. *Psicología y Salud, 15*(2), 241-249.
- Piñeiro, B., del Carmen Míguez, M., & Becoña, E. (2010). La entrevista motivacional en el tratamiento del tabaquismo: una revisión. *Adicciones, 22*(4), 353-364.
- Polo, J., & Díaz, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Duazary, 8*(2), 251-257.
- Prochaska, J., & Diclemente, C. (1986). Teatring Addictive Behaviours: processes of change. En Miller WR, Heather N (Eds.). New York: Plenum Press.
- Prochaska, J., & Norcross, J. (2010). *Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis*. Belmont, USA: Cengage Learning.
- Prochaska, J., Diclemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American psychologist, 47*(9), 1102-1114.
- Puerta, J., & Padilla, D. (2011). Terapia cognitivo-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Revista de facultad de ciencias de la salud, 8* (2), 251-257.
- Querol, S., & Chavez, M. (2005). *Test de la persona bajo la lluvia*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

- Restrepo, D., & Jaramillo, J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Facultad Nacional de Salud Pública, 30(2)*, 202-211.
- Repetto, H. P., Calatayud, S. G., Barca, G. C., Serrano, R. S., & Figuero, C. R. (2001). Consumo de tabaco, alcohol y drogas no legales entre adolescentes y relación con los hábitos de vida y el entorno. *In Anales de Pediatría, 55(2)*, 121-128.
- Rincón, E. (2015). *Intervención Clínica: Un proceso Constructivo*. Recuperado de: <https://www.ucc.edu.co/prensa/2015/Paginas/Intervencion-clinica-un-proceso-constructivo-.aspx>
- Riviera, A. (1991). Orígenes históricos de la psicología cognitiva: paradigma simbólico y procesamiento de la información. *Anales de Psicología, (51)*, 129-155.
- Rizaldo, M. (2012). *Emociones y Salud*. Recuperado de: <https://www.rizaldos.com/2012/05/13/emociones-y-salud/>
- Rodríguez, M., & Landa, P. (2012). *Modelos de psicología clínica y su aplicación*. México D.F., México: Editorial Pax México
- Rodríguez, A., Zarco, V., & González, J. (2009). *Psicología en el Trabajo*. Madrid: Ediciones Pirámides.
- Ruiz, V., & Londoño, N. (2010). Caracterización psicosocial de la población consumidora de SPA, en proceso de rehabilitación vinculada a la comunidad terapéutica FFARO del Departamento del Quindío. *Poiésis, (19)*, 1-8.
- Sánchez-Hervás, E., Gradolí, V. T., & Gallús, E. M. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos Adictivos, 6(3)*, 159-166.



- Sánchez, E., Molina, N., Del Olmo, R., Tomás, V., & Morales, E. (2001). Craving y adicción a drogas. *Trastornos Adictivos*, 3, 237-243.
- Sánchez, L. (2013). *Depresión por Drogas o Drogas por Depresión: Las Dos Caras de una misma Moneda*. Recuperado de: <https://www.diariofemenino.com/articulos/psicologia/depresion/depresion-por-drogas-o-drogas-por-depresion-las-dos-caras-de-una-misma-moneda/>
- Sánchez, L., Díaz, S., Grau, L., Moreno, Á., Eiroá, F. J., Roncero, C., & Casas, M. (2011). Tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando terapia cognitivo conductual y entrevista motivacional. *Psicothema*, 23(1), 107-113.
- Serhant, S., & Echeverría, R. (2014). Evaluación de la percepción de utilidad de un programa social dirigido a consumidores de drogas en Mérida, Yucatán, México. *Revista Española de Drogodependencia*, 39(2), 31-45.
- Spielberg, C., & Díaz-Guerrero, R. (2002). *IDARE inventario de ansiedad rasgo-estado manual instructivo*. México D.F., México: Manual Moderno
- UNED. (2009). *Intervención Clínica y Salud: Características y Objetivos*. Recuperado de: <http://psicologia.isipedia.com/optativas/intervencion-psicologica-y-salud/01-intervencion-psicologica-y-salud-caracteristicas-y-objetivos>
- Universidad Internacional de Valencia. (2018). *Psicología Evolutiva y Etapas del Desarrollo*. Recuperado de <https://www.universidadviu.com/psicologia-evolutiva-etapas-del-desarrollo/>
- Velázquez, G. (2006). *Psicología del Trabajo en la Organización*. México, D.F: Editorial Limusa, S.A.

Verdú, R. M. (2007). *Drogas, adolescentes y medios de comunicación*. In Comunicación e xuventude: Actas do Foro Internacional (pp. 51-70). Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia.

Villamil-Fonseca, O. (2003). Investigación cualitativa, como propuesta metodológica para el abordaje de investigaciones de terapia ocupacional en comunidad. *Umbral Científico*, (2), 0.

Young, S. E., Corley, R. P., Stallings, M. C., Rhee, S. H., Crowley, T. J. & Hewitt, J. K. (2002). Substance use, abuse and dependence in adolescence: Prevalence, symptom profiles and correlates. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 309-322.

## **Anexos**

### **Anexo 1**

- Consentimiento informado

Yo, \_\_\_\_\_ identificado/a con documento N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ por medio de la presente declaro que acepto la participación de mi hijo/hija \_\_\_\_\_ en el proceso psicológico.

De igual forma, refiero que he sido informado/a por la psicóloga, de los objetivos del ejercicio profesional y sé que la información entregada es confidencial y la misma se maneja de acuerdo a lo estipulado en la normatividad vigente (ley 1090 de 2006). No obstante, sé que mi hijo/a está en la libertad de retirarse del proceso en cualquier momento.

En constancia se firma en \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días, del mes  
 \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Firma \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Documento de identidad N° \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Psicóloga \_\_\_\_\_

## Anexo 2

- Entrevista Semiestructurada manejada por la institución de práctica

1. DATOS PERSONALES										
<b>NOMBRE</b>										
<b>EDAD</b>					<b>SEXO</b>					
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>					<b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>					
<b>LUGAR DE PROCEDENCIA</b>										
<b>TIPO DE DOCUMENTO*</b>	<b>RC:</b>	<b>T.I:</b>	<b>X</b>	<b>P.C</b>	<b>C.C:</b>	<b>S.D</b>	<b>NÚMERO</b>			
<b>N° HISTORIA SOCIOFAMILIAR (HSF)</b>										
<b>ESCOLARIDAD APROBADA</b>					<b>ENTIDAD EDUCATIVA</b>					
<b>NOMBRE DEL PADRE</b>										
<b>NOMBRE DE LA MADRE</b>										
<b>DEFENSOR DE FAMILIA</b>										

<b>FECHA DE INGRESO</b>		<b>FECHA DEL INFORME</b>	
<b>HOGAR/UNIDAD</b>			
<b>MOTIVO DEL INGRESO</b>			
<b>OBJETIVO VALORACIÓN</b>	<b>PSICODIAGNOSTICO SOLICITADO POR LA INSTITUCION</b>		
<b>NOMBRE PROFESIONAL ANP</b>	<b>DIANA KATHERINE TOLOZA REYES - PSICOLOGA</b>		

**\* TIPO DE DOCUMENTO:**

**-R.C: Registro Civil. -T.I: Tarjeta de Identidad. -P.C: Pre Cédula. -C.C: Cédula de Ciudadanía. -S.D: Sin Documento.**

### **3. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**

### **4. SITUACIÓN ACTUAL**

**INTROSPECCION:**

- Rehabilitación y reconoce la importancia de retomar estudios académicos.
- Adolescente con No Logra Identificar como factor protector y motivacional realizar un tratamiento de reestructuración cognitiva.
- Pobre introspección y conciencia de enfermedad.
- Prospección expectante.

### **5. CARACTERÍSTICAS PERSONALES**

Adolescente que durante valoración psicológica se observa en su examen mental:

**PRESENTACION E HIGIENE PERSONAL:** adecuada

**PORTE:** poco contacto visual

**CONCIENCIA:** alerta

**ORIENTACION:** Orientado en tiempo, persona y lugar.

**ATENCION:** euprosexico

**MEMORIA:** conservada

**SENSO PERPECCION:** sin alteraciones

**PENSAMIENTO:** lógico

**LENGUAJE:** claro y coherente.

**AFECTO:** Estado emocional triste

**SEXUALIDAD:** Inicia su vida sexual a los 10 años

**CONDUCTA MOTORA:** sin alteraciones

**CONDUCTA ALIMENTARIA:** Ingesta normal

**CONDUCTA PSICOMOTORA:** sin alteraciones

SUEÑO: patrón estable  
 INTELIGENCIA: normal  
 INTROSPECCION: parcial  
 JUICIO Y RACIOCINIO: conservado.

Se describe como una persona que no quiere cambiar, refiere sentirse bien como esta.

**RELACIONES SOCIALES:**

**HISTORIA ACADEMICA:**

**Historia Escolar:**

**Desarrollo motor y cognitivo:** (Adecuado para la edad y etapa de desarrollo en que se encuentra. En la observación no se evidencia deterioro cognitivo significativo a causa de consumo. Se evidencia retraso escolar debido a deserción. )

**Problemas particulares físicos o psiquiátricos en la adolescencia:** hermano mayor consumidor de SPA

**6. DINÁMICA Y CARACTERÍSTICAS FAMILIARES**

**7.a APLICAR EN CASO DE CONSUMO DE SPA**

**ASSIST**

Puntuaciones de consumo de sustancias específicas	Puntuación	Nivel de riesgo	
a Productos de tabaco		0 – 3	Bajo
		4 – 26	Moderado
		27+	Alto
b Bebidas alcohólicas		0 – 10	Bajo
		11 – 26	Moderado
		27+	Alto
c Cannabis		0 – 3	Bajo
		4 – 26	Moderado
		27+	Alto
d Cocaína		0 – 3	Bajo
		4 – 26	Moderado
		27+	Alto
e Estimulantes de tipo anfetamina		0 – 3	Bajo
		4 – 26	Moderado

		27+	Alto
f Inhalantes		0 – 3	Bajo
		4 – 26	Moderado
		27+	Alto
g Sedantes o pastillas para dormir		0 – 3	Bajo
		4 – 26	Moderado
		27+	Alto
h Alucinógenos		0 – 3	Bajo
		4 – 26	Moderado
		27+	Alto
i Opiáceos		0 – 3	Bajo
		4 – 26	Moderado
		27+	Alto
j Otras, especifique:		0 – 3	Bajo
		4 – 26	Moderado
		27+	Alto

### 7.b INTERPRETACION DE LAS PRUEBAS

--

### 8. PRUEBAS APLICADAS

- ✓ Entrevista
- ✓ Técnica de Observación
- ✓ Cuestionario ASSIST.
- ✓ Escala de estrategias de afrontamiento, Coping modificada
- ✓ Inventario de depresión de Beck

### 9. CONCEPTO PSICOLÓGICO DEL NNAJ

--

### 10. CONCEPTO PSICOLÓGICO DE LA FAMILIA

**Del Padre:**

**De la madre:**

### Anexo 3

- **Inventario de Depresión de Beck.**

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

Nombre.....Fecha.....

Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.

1).

No me siento triste

Me siento triste.

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2).

No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.

Me siento desanimado respecto al futuro.

Siento que no tengo que esperar nada.

Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3).

No me siento fracasado.

Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.

Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.

Me siento una persona totalmente fracasada.

4).

Las cosas me satisfacen tanto como antes.

No disfruto de las cosas tanto como antes.  
Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.  
Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5).

No me siento especialmente culpable.  
Me siento culpable en bastantes ocasiones.  
Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.  
Me siento culpable constantemente.

6).

No creo que esté siendo castigado.  
Me siento como si fuese a ser castigado.  
Espero ser castigado.  
Siento que estoy siendo castigado.

7).

No estoy decepcionado de mí mismo.  
Estoy decepcionado de mí mismo.  
Me da vergüenza de mí mismo.  
Me detesto.

8).

No me considero peor que cualquier otro.  
Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.  
Continuamente me culpo por mis faltas.  
Me culpo por todo lo malo que sucede.

9).

No tengo ningún pensamiento de suicidio.  
A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.  
Desearía suicidarme.  
Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

No lloro más de lo que solía llorar.



Ahora lloro más que antes.

Lloro continuamente.

Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

No estoy más irritado de lo normal en mí.

Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

Me siento irritado continuamente.

No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

No he perdido el interés por los demás.

Estoy menos interesado en los demás que antes.

He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.

He perdido todo el interés por los demás.

13).

Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.

Evito tomar decisiones más que antes.

Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

No creo tener peor aspecto que antes.

Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.

Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.

Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

Trabajo igual que antes.

Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

No puedo hacer nada en absoluto.

16).

Duermo tan bien como siempre.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

No me siento más cansado de lo normal.

Me canso más fácilmente que antes.

Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

Mi apetito no ha disminuido.

No tengo tan buen apetito como antes.

Ahora tengo mucho menos apetito.

He perdido completamente el apetito.

19).

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

He perdido más de 2 kilos y medio.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo.

He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación Nivel de depresión\*

1-10.....Estos altibajos son considerados normales.

11-16.....Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20.....Estados de depresión intermitentes.

21-30.....Depresión moderada.

31-40.....Depresión grave.

+ 40.....Depresión extrema.

\* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

#### **Anexo 4**

- **CUESTIONARIO DE USO DE DROGAS (DAST-10)**

Las siguientes preguntas se refieren a información acerca de su potencial involucramiento con drogas **excluyendo alcohol y tabaco** durante los últimos 12 meses. Lea con cuidado cada pregunta y decida si su respuesta es “No” o “Sí”. Después, marque el casillero apropiado junto a la pregunta.

Cuando la palabra “abuso de drogas” es usada, esta se refiere al uso de medicinas compradas con receta médica o sin ella y que son ingeridas en exceso de lo recomendado. Las varias clases de drogas pueden incluir: cannabis (mariguana, hashis), solventes, tranquilizantes (Valium), barbitúricos, cocaína, estimulantes (speed), alucinógenos (LSD) o narcóticos (heroína). Recuerde que las preguntas **no incluyen** alcohol o tabaco.

Por favor responda cada pregunta. Si tiene dificultades con alguna de las preguntas, escoja la que le parezca correcta.

<b><u>Estas Preguntas Están Referidas a los Últimos Doce Meses:</u></b>	<b>No</b>	<b>Si</b>
1. ¿Ha usado drogas que no eran requeridas por razones médicas?		
2. ¿Ud. abusa más de una droga a la vez?		
3. ¿Es Ud. capaz de parar de usar drogas siempre cuando se lo propone?		
4. ¿Ha tenido "perdidas de conocimiento" o una "memoria repentina" como resultado del uso de drogas?		
5. ¿Alguna vez se siente mal o culpable debido a su uso de drogas?		
6. ¿Alguna vez su pareja (o familiares) se han quejado de su uso de drogas?		
7. ¿Ha desatendido a su familia debido a su uso de drogas?		
8. ¿Se ha implicado en actividades ilegales con el fin de obtener drogas?		
9. ¿Alguna vez ha experimentado síntomas de abstinencia (sentirse enfermo) cuando dejó de usar drogas?		
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (perdida de la memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragia, etc.)?		

## **Anexo 5**

- **Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)**

Nombre del usuario: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

<b>PREGUNTA 1   A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)</b>		
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	No	Sí
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	No	Sí
c Cannabis(marihuana,mota,hierba,hachís,etc.)	No	Sí
d Cocaína (coca, crack, etc.)	No	Sí
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	No	Sí
f Inhalantes(óxidinitroso,pegamento,gasolina,solventeparapintura,etc.)	No	Sí
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No	Sí
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	No	Sí
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	No	Sí
j Otras, especifique:	No	Sí

<b>PREGUNTA 2   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diaria o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	2	3	4	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	2	3	4	6
c Cannabis(marihuana,mota,hierba,hachís,etc.)	0	2	3	4	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f Inhalantes(óxidinitroso,pegamento,gasolina,solventeparapintura, etc.)	0	2	3	4	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	2	3	4	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j Otras, especifique:	0	2	3	4	6

<b>PREGUNTA 3   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diaria o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	3	4	5	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	3	4	5	6
c Cannabis(marihuana,mota,hierba,hachís,etc.)	0	3	4	5	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
f Inhalantes(óxido nitroso,pegamento,gasolina,solventepara pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	3	4	5	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
j Otras, especifique:	0	3	4	5	6

<b>PREGUNTA 4   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?</b>	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diaria o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	4	5	6	7
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	4	5	6	7
c Cannabis(marihuana,mota,hierba,hachís,etc.)	0	4	5	6	7
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
f Inhalantes(óxido nitroso,pegamento,gasolina,solventepara pintura, etc.)	0	4	5	6	7
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	4	5	6	7
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7

j Otras, especifique:	0	4	5	6	7
-----------------------	---	---	---	---	---

<b>PREGUNTA 5   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diaria o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	5	6	7	8
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	5	6	7	8
c Cannabis(marihuana,mota,hierba,hachís,etc.)	0	5	6	7	8
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f Inhalantes(óxido nitroso,pegamento,gasolina,solventepara pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j Otras, especifique:	0	4	5	6	7

<b>PREGUNTA 6   ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>	No, nunca	Sí, en los últimos tres meses	Sí, pero no en los últimos tres meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis(marihuana,mota,hierba,hachís,etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes(óxido nitroso,pegamento,gasolina,solventeparapintura,etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3

h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique:	0	6	3

<b>PREGUNTA 7   ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?</b>	No, nunca	Sí, en los últimos tres meses	Sí, pero no en los últimos tres meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis(marihuana,mota,hierba,hachís,etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes(óxidinitroso,pegamento,gasolina,solventeparapintura,etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique:	0	6	3

<b>PREGUNTA 8   ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)</b>	No, nunca	Sí, en los últimos tres meses	Sí, pero no en los últimos tres meses
(Marque la casilla correspondiente)			

## Anexo 6

- **ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING – MODIFICADA (EEC-M)**

Londoño N.H., Henao G.C., Puerta I.C., Posada S.L., Arango D., Aguirre, D.C. (2005)



*Grupo de Investigación Estudios Clínicos y Sociales en Psicología*

*Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia*

Instrucciones: A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se le presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X en la columna que le señala la flecha ( ↓ ), el número que mejor indique que tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

		1	2	3	4	5	6													
		NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE	SIEMPRE													
								↓	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.	Trato de comportarme como si nada hubiera pasado	1	2	3	4	5	6													
2.	Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)	1	2	3	4	5	6													
3.	Procuro no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6													
4.	Descargo mi mal humor con los demás	1	2	3	4	5	6													
5.	Intento ver los aspectos positivos del problema	1	2	3	4	5	6													
6.	Le cuento a familiares o amigos cómo me siento	1	2	3	4	5	6													
7.	Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional	1	2	3	4	5	6													
8.	Asisto a la iglesia	1	2	3	4	5	6													
9.	Espero que la solución llegue sola	1	2	3	4	5	6													

10	Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados	1 2 3 4 5 6															
11	Procuro guardar para mí los sentimientos	1 2 3 4 5 6															
12	Me comporto de forma hostil con los demás	1 2 3 4 5 6															
13	Intento sacar algo positivo del problema	1 2 3 4 5 6															
14	Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema	1 2 3 4 5 6															
15	Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten	1 2 3 4 5 6															
16	Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro																
17	Espero el momento oportuno para resolver el problema	1 2 3 4 5 6															
18	Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona	1 2 3 4 5 6															
19	Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo	1 2 3 4 5 6															
20	Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento	1 2 3 4 5 6															
21	Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema	1 2 3 4 5 6															
22	Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias	1 2 3 4 5 6															
23	Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	1 2 3 4 5 6															
24	Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	1 2 3 4 5 6															
25	Tengo fe en que Dios remedie la situación	1 2 3 4 5 6															
26	Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	1 2 3 4 5 6															
27	No hago nada porque el tiempo todo lo dice	1 2 3 4 5 6															
28	Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones	1 2 3 4 5 6															
29	Dejo que las cosas sigan su curso	1 2 3 4 5 6															
30	Trato de ocultar mi malestar	1 2 3 4 5 6															

31	Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	1 2 3 4 5 6																		
32	Evito pensar en el problema	1 2 3 4 5 6																		
33	Me dejo llevar por mi mal humor	1 2 3 4 5 6																		
34	Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	1 2 3 4 5 6																		
35	Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	1 2 3 4 5 6																		
36	Rezo	1 2 3 4 5 6																		
37	Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas	1 2 3 4 5 6																		
38	Pienso que lo mejor es esperar a ver que puede pasar	1 2 3 4 5 6																		
39	Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al Problema	1 2 3 4 5 6																		
40	Me resigno y dejo que las cosas pasen	1 2 3 4 5 6																		
41	Inhibo mis propias emociones	1 2 3 4 5 6																		
42	Busco actividades que me distraigan	1 2 3 4 5 6																		
43	Niego que tengo problemas	1 2 3 4 5 6																		
44	Me salgo de casillas	1 2 3 4 5 6																		
45	Por mas que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	1 2 3 4 5 6																		
46	A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	1 2 3 4 5 6																		
47	Pido a algún amigo o familiar que me indiquen cuál sería el mejor camino a seguir	1 2 3 4 5 6																		
48	Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	1 2 3 4 5 6																		
49	Acudo a la iglesia para poner velas o rezar	1 2 3 4 5 6																		
50	Considero que las cosas por sí solas se solucionan	1 2 3 4 5 6																		
51	Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas	1 2 3 4 5 6																		
52	Me es difícil relajarme	1 2 3 4 5 6																		
53	Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	1 2 3 4 5 6																		

54	Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	1 2 3 4 5 6																		
55	Así lo quiera, no soy capaz de llorar	1 2 3 4 5 6																		
56	Tengo muy presente el dicho “al mal tiempo buena cara”	1 2 3 4 5 6																		
57	Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	1 2 3 4 5 6																		
58	Intento conseguir mas información sobre el problema acudiendo a profesionales	1 2 3 4 5 6																		
59	Dejo todo en manos de Dios	1 2 3 4 5 6																		
60	Espero que las cosas se vayan dando	1 2 3 4 5 6																		
61	Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	1 2 3 4 5 6																		
62	Trato de evitar mis emociones	1 2 3 4 5 6																		
63	Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	1 2 3 4 5 6																		
64	Trato de identificar las ventajas del problema	1 2 3 4 5 6																		
65	Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	1 2 3 4 5 6																		
66	Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	1 2 3 4 5 6																		
67	Busco tranquilizarme a través de la oración	1 2 3 4 5 6																		
68	Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	1 2 3 4 5 6																		
69	Dejo que pase el tiempo	1 2 3 4 5 6																		