

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL MODELO COGNITIVO
CONDUCTUAL EN UN ESTUDIO DE CASO DE TRASTORNO POR
CONSUMO DE SEDANTES, HIPNÓTICOS O ANSIOLÍTICOS**

Pia Paola Sierra Gamarra



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FLORIDABLANCA 2019.**

*Intervención Psicológica Desde El Modelo Cognitivo Conductual En Un Estudio De Caso
De Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos*

Proyecto presentado por:

PIA PAOLA SIERRA GAMARRA

Para optar al título de especialista en psicología clínica

Director del proyecto:

ABDÓN RIBERO ARDILA

Mg. Terapias Psicológicas de Tercera Generación



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FLORIDABLANCA 2019.**

Dedicatoria

Esta monografía está dedicada a mis seres queridos, a mi familia, a mis amigos, quienes me han dado ánimo cuando me ha hecho falta y me han ayudado de diferentes maneras cada vez pierdo el impulso para seguir escalando, para alcanzar los sueños y metas que me he propuesto.

Agradecimientos

Agradezco de manera especial a Dios por las oportunidades que pone en mi camino, a mi madre por siempre estar para mí y ser el ejemplo de mujer que es, a mi tía Magaly por el apoyo y la ayuda brindada desde mi nacimiento y a Jennifer por su apoyo y ayuda desinteresada.

Tabla de contenido

	Pág.
Dedicatoria	III
Agradecimientos	IV
Tabla de contenido	V
Lista de Tablas	VI
Lista de Figuras	VII
Lista de Anexos.....	VIII
Resumen general de trabajo de grado	¡Error! Marcador no definido.
General summary of work of grade	IX
Introducción	- 1 -
Referente Conceptual	- 3 -
Objetivo General	- 18 -
Objetivos Específicos	- 18 -
Metodología	- 19 -
Participantes	- 19 -
Instrumentos de exploración.....	- 19 -
Instrumentos de Evaluación	- 22 -
Procedimiento	- 24 -
Fase de intervención.....	- 27 -
Resultados	- 55 -
Discusión.....	- 68 -
Conclusiones	- 71 -
Recomendaciones.....	- 73 -
Referencias	- 75 -
Anexos.....	- 82 -

Lista de Tablas

Pág.

Tabla 1 Descripción Familiar.....28

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1. Familiograma.....	28
Figura 2. Resultados pre y pos tratamiento Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo IDARE.....	63
Figura 3. Resultados pre tratamiento Inventario de Depresión Estado-Rasgo IDER.....	64
Figura 4. Resultados pos tratamiento Inventario de Depresión Estado - Rasgo IDER.....	64
Figura 5. Resultados pre y pos tratamiento prueba Estrategias de Afrontamiento ACS.....	66
Figura 6. Resultados pre y pos tratamiento Escala de Habilidades Sociales EHS.....	68

Lista de Anexos

	Pág.
Anexo A Formato de historia clínica.....	83
Anexo B Prueba ASSIST.....	84
Anexo C Cuestionario de conductas Antisociales - Delectivas.....	89
Anexo D Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo IDARE.....	90
Anexo E Inventario de Depresión Estado-Rasgo IDER.....	94
Anexo F Estrategias de Afrontamiento ACS.....	96
Anexo G Escala de Habilidades Sociales EHS.....	97
Anexo H Desarrollo del proceso terapéutico por sesión.....	103
Anexo I Resumen del tratamiento implementado según etapa y número de sesión.....	141
Anexo J Formato historia clinica.....	142

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN ESTUDIO DE CASO DE TRASTORNO POR CONSUMO DE SEDANTES, HIPNÓTICOS O ANSIOLÍTICOS.

AUTOR(ES): Pía Paola Sierra Gamarra

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Abdón Ribero Ardila

RESUMEN

El presente trabajo monográfico expone el proceso terapéutico desarrollado con la consultante N.Y.M.G. de 15 años de edad, en la Asociación niños de papel en Bucaramanga, la cual ingresa al programa de desintoxicación por consumo de sustancias psicoactivas; la consultante describía problemáticas asociadas al trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, comorbido con trastorno por consumo de cannabis y trastorno de conducta, presencia de síntomas ansiosos por abstinencia del consumo y depresivos, vinculados con historia de relación familiar disfuncional presentándose en la actualidad principalmente con la madre, deserción académica debido al consumo de sustancias psicoactivas y abandono del hogar. El proceso, tuvo una duración de dos meses y medio, llevado a cabo en un total de nueve sesiones. La intervención estuvo orientada desde el modelo cognitivo conductual, para el desarrollo de la evaluación y diagnóstico se utilizó la entrevista, pruebas psicométricas estandarizadas y la elaboración del análisis funcional, seguidamente, se diseñó el plan de tratamiento, en el cual se utilizó la reestructuración cognitiva, relajación progresiva, técnica de respiración profunda, entrenamiento en habilidades sociales y estrategias de afrontamiento principalmente. Los objetivos terapéuticos permitieron el manejo autónomo de los síntomas de craving, generando a su vez mayor adaptación al proceso de desintoxicación, identificación por parte de la consultante de causas de sus síntomas y mejoría en la relación con su madre. Los resultados evidenciaron que las técnicas utilizadas, impactaron positivamente en la consultante y generó avance hacia su mejoría.

PALABRAS CLAVE:

Trastorno, consumo de sustancias psicoactivas, modelo cognitivo conductual.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: PSYCHOLOGICAL INTERVENTION FROM THE COGNITIVE BEHAVIOR MODEL IN A DISORDER CASE STUDY BY CONSUMPTION OF SEDATING MEDICATION, HYPNOTICS OR ANXIOLYTICS

AUTHOR(S): Pía Paola Sierra Gamarra

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Abdón Ribero Ardila

ABSTRACT

In this monograph the author exposes the therapeutic process applied to the patient N.Y.M.G. 15 years old, in Asociación niños de papel located in Bucaramanga, admitted in the detoxification program for the use of psychoactive substances; the patient describes difficulty associated with the disorder of consumption of sedatives medication, hypnotics or anxiolytics comorbid with Cannabis use disorder and behavioral disorder, presence of anxious symptoms due to consumption abstinence and depressants related to dysfunctional family relationship with her mother, academic dropout due to the consumption of psychoactive substances and home abandonment. The process lasted two and a half months, nine session total. The intervention was oriented from the cognitive behavioral model, for the development of the evaluation and diagnosis, the interview, the standardized psychometric tests and the elaboration of the functional analysis were analyzed, afterward, the treatment plan was designed, in which the restructuring was mainly considered Cognitive, progressive, deep breathing technique, social skills training and coping strategies. The therapeutic objectives allowed the autonomous management of craving symptoms, generating in turn greater adaptation to the detoxification process, the patient was able to identify the causes of his symptoms and a important improvement in the relationship with his mother was possible. The results showed that the techniques used positively impacted the consultant and generated progress towards their improvement.

KEYWORDS:

Disorder, consumption of psychoactive substances, behavioral cognitive model.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

Los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos son fármacos utilizados para tratar la ansiedad o producir sedación como las benzodiacepinas o los barbitúricos, utilizados por algunas personas de manera recreativa, el abuso de estas sustancias genera un alto nivel de tolerancia y por ende aumento progresivo de la cantidad del consumo, el cual al ser utilizado de manera prolongada produce dependencia física y psicológica además de generar síntomas graves de abstinencia (Vantour, Arzuaga, Bestard y Ocaña 2010). El trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) “suele aparecer en adolescentes o veinteañeros que pasan de un consumo ocasional a uno problemático, el cual es especialmente probable en personas que tienen otros trastornos por consumo de sustancias” (p.553).

Este estudio de caso único, describe el proceso terapéutico que se implementó con la consultante *N.Y.M.G.* de 15 años de edad, en la Asociación Niños de Papel de Bucaramanga, institución creada en 1990 con sede en las ciudades de Bucaramanga, Cartagena de Indias y Montería. Tiene como objetivo principal, atender de manera integral a niños, niñas y jóvenes que se encuentran en condiciones de riesgo, alta vulnerabilidad y exclusión social, por problemáticas de origen psicosocial y drogodependencia en el país. Dentro de los servicios prestados por la institución se encuentra la valoración médica, donde el usuario es atendido por el profesional del programa, quien escucha de forma atenta la solicitud, realiza la recepción y genera la ruta de atención de acuerdo con las carencias encontradas. En la unidad de desintoxicación módulo Clínico llamado Mocli, el tratamiento tiene énfasis farmacológico e incluye el suministro de

medicamentos antipsicóticos, estabilizadores del ánimo y antidepresivos, siendo este tipo de tratamiento una alternativa para reducir el impacto de las sustancias psicoactivas, el síndrome de abstinencia y facilitar gradualmente un estado consciente en donde el usuario puede asumir de manera voluntaria la vinculación al proceso, una vez esto ocurre el usuario avanza al servicio de módulo de diagnóstico llamado Modi en donde se cuenta con un espacio terapéutico que posibilita reducir la tensión en el niño, niña, adolescente o joven teniendo en cuenta que se encuentra en una situación nueva y un contexto con exigencias basadas en normas y algún grado de disciplina y a los cuales las personas que ingresan se encuentran deshabituados por ello es fundamental que la acogida se dé con la intencionalidad de brindar seguridad y calidez que permita un buen proceso de enganche. Seguidamente el usuario es dirigido al servicio de modalidad terapéutica residencial módulo terapéutico llamado Moter, el cual es recibido en la vereda santo domingo en Lebrija, donde el usuario es atendido por especialistas con quienes culmina el proceso, este tiene una duración de uno a ocho meses en total según la gravedad del caso.

El abordaje permitió la atención del caso clínico el cual generó mejoría en la relación de la consultante con su madre siendo este uno de los factores que motivaban el consumo, identificación de causas de síntomas por parte de la consultante, el aprendizaje del manejo de dichos síntomas y generar motivación para que esta continúe con su proceso de desintoxicación, haciendo factible el estudio y tratamiento de problemáticas asociadas al Trastorno por consumo de Sedantes Hipnóticos o Ansiolíticos y posibilitando el ejercicio de prácticas que otorgan habilidades en la formación del psicólogo clínico.

Referente Conceptual

En el siguiente apartado se da comienzo a la revisión teórica y empírica que soporta el proceso de evaluación e intervención de problemas relacionados al trastorno por consumo de sedantes hipnóticos o ansiolíticos en un estudio de caso clínico. Abarcando en primera medida una descripción breve acerca de la psicología clínica como facilitadora en este estudio, seguido de la adolescencia, la cual es la etapa primordial por la que transcurre la consultante, información sobre conducta adictiva y datos de acerca de prevalencia, además de incluir los trastornos asociados al diagnóstico, poli consumo e información sobre intervención y efectividad desde el modelo cognitivo conductual.

Psicología clínica

La psicología clínica es la rama de la psicología que se enfoca en la investigación y el tratamiento de la salud mental, teniendo como fin la exploración de procedimientos que busquen hallar las causas de los trastornos mentales, abarcando de manera amplia el área emocional, las consecuencias psicológicas y las enfermedades físicas que afectan la calidad de vida de las personas. Dentro de las principales funciones se encuentran la evaluación, el diagnóstico, la intervención, la supervisión, la prevención y promoción, que orientan de manera efectiva a resolver la sintomatología presentada (Arias, 2014).

Concepción del adolescente

Algunos autores han clasificado la etapa de la adolescencia dependiendo la edad en la que se encuentren, por ejemplo, para Román (2017) la adolescencia está catalogada de los 10 a los 15 años como temprana y de los 15 a los 19 años como tardía, este autor menciona que durante esta

fase se presentan cambios a nivel físico, cognitivo, social y emocional que pueden afectar el ambiente sociocultural. Mientras para Borrás (2014) la adolescencia es un periodo que transcurre entre los 10 a los 19 años, en el cual se evidencia una transformación y adquisición de las capacidades intelectuales y psicosociales, es ciertamente un periodo de vulnerabilidad debido a que son influenciados por la inmadurez neurobiológica, la impulsividad y los juicios valorativos desfavorables; por ello se requiere de atención, formación e implementación de estrategias. En este ciclo se evidencian modificaciones en la conducta, las relaciones sociales y en los entornos más cercanos a ellos: la familia, los pares y la escuela. Por su parte, Born, Lombardía y Minujín (2015) centralizan la adolescencia como un periodo de desequilibrio, estrés y crisis, en el cual hay mayor predisposición para el desarrollo de problemáticas de carácter psicopatológico, aunque también la identifican como una etapa para impulsar las capacidades, expresarse de forma libre y participar en procesos sociales.

Para Páramo (2011) el estado de salud de un adolescente varía dependiendo los factores de protección o de riesgo a los que esté sometido, estos pueden ser biológicos, psicológicos, sociales o del entorno, por lo cual se debe primar la comunicación asertiva y las relaciones interpersonales que impulsen al buen desarrollo emocional. En un estudio realizado por Román (2017) en Argentina, se identificó que el 81.5% de los adolescentes entre los 13 y 15 años han comprado cigarrillos y alcohol en puntos de venta, aunque esté prohibida, y el 5.6% expresó haber recibido cigarrillos gratuitamente, por lo cual es pertinente el acompañamiento y supervisión no solamente de los padres de familia sino también del equipo interdisciplinario que se encuentre a cargo. En este caso es pertinente contar con el acompañamiento de psicólogos clínicos para conocer a fondo la problemática y generar habilidades o estrategias en pro de un mejor funcionamiento. Por ello, es adecuado mencionar lo encontrado en un estudio realizado

por Páramo (2011) en Argentina, en donde los adolescentes de 15 años afirmaron que la confianza, comprensión, escucha y empatía deben ser peculiaridades que representen al psicólogo y le permitan desarrollar sus funciones de manera más eficaz.

Teniendo en cuenta lo anterior, es evidente que la adolescencia es un periodo de transición en donde suceden variaciones a nivel conductual, emocional y social. Es en esta etapa donde más vulnerabilidad puede existir, por ello la importancia de prestar suma atención a comportamientos, decisiones y actitudes que se manifiesten en los adolescentes.

Conducta adictiva en los adolescentes

En la etapa de la adolescencia la vulnerabilidad se hace permanente, presentándose adicciones en respuesta a una forma de relación en la que el adolescente cree encontrar las respuestas o soluciones adecuadas a las problemáticas, adicional de sentir que satisface sus necesidades o vínculos afectivos; lo que conlleva a que el adolescente pierda la facultad de elegir y controlar su conducta (Hernanz, 2015). Entre las adicciones más comunes en la actualidad se encuentra el consumo de sustancias en los adolescentes, el cual figura como un problema de salud pública que afecta la relación que se tiene consigo mismo, con los demás y el desarrollo personal y social; implicando traumas, accidentes, discapacidades y trastornos. En el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar en Colombia, realizado por el Ministerio de Educación Nacional., Ministerio de Justicia y del Derecho., & Ministerio de Salud y Protección Social (2016), se encuentran resultados acerca del consumo de medicamentos sin prescripción médica como tranquilizantes (Rivotril, Roche Rophynol, Xanax y Valium) y estimulantes (Ritalina y Cidrín), en el cual se indica que unos 64 mil adolescentes tomaron algún tranquilizante sin prescripción médica durante el año anterior a la aplicación de la encuesta para

el estudio realizado, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas en el consumo en ese año entre hombres y mujeres, evidenciando 1.8% en hombres y 2% en mujeres. En relación al consumo según la edad, estudiantes entre 12 y 14 años presentan una tasa de 1,4%, incrementando a 2,3% en el grupo de 15 a 16 años y con leve aumento en el grupo de 17 a 18 años con un 2.6%. Acerca de la tasa de uso de tranquilizantes en dicho año por departamentos, sobresalen Caldas con 4.9%, Antioquia con 2.9% y Santander con 2.8%. En relación al consumo de cannabis, se encontró que 11,7% de los estudiantes la han usado alguna vez en la vida, el 13,1% de varones y el 10,5% de las mujeres. Las tasas de incidencia indican que el 4,9% de quienes no la consumían, la probaron por primera vez durante ese año, siendo el porcentaje más elevado entre los hombres (5,5%) respecto de las mujeres (4,4%). La prevalencia analizada por sexo indica que 258 mil estudiantes la habían consumido, de los cuales casi 138 mil son hombres y alrededor de 120 mil son mujeres, incrementándose el consumo a medida que la edad aumenta, ya que estudiantes entre los 14 y los 12 años mostraron una tasa del 4.3%, entre 15 y 16 años del 9.6% y entre 17 y 18 años del 13.4%. Respecto al consumo por departamentos, Risaralda alcanzó el 14% y Caldas 15%, en el otro extremo, se encuentra Chocó, Sucre, Bolívar y La Guajira donde la prevalencia de uso no superó el 3% de la población escolar, Santander alcanzó un promedio del 7.3%. (Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social & Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos, 2016).

Por otra parte en la Caracterización del consumo de drogas, realizada por la Alcaldía Distrital de Santa Marta, Secretaría de Salud del Distrito de Santa Marta y UNODC (2018), según la revisión realizada por los investigadores en los registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) relacionados con trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo de

sustancias, se encuentran 1.592 personas que recibieron atención en la ciudad, desde 2010 hasta 2017 y 9.323 atenciones realizadas, lo cual indica que en el periodo analizado cada persona que fue atendida recibió cerca de seis atenciones relacionadas con trastornos asociados al consumo de drogas; por otro lado la revisión al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA), en Santa Marta, entre los años 2010 y 2016, se han registrado 211 notificaciones por intoxicaciones con sustancias psicoactivas, mostrando igualmente tendencia al aumento de notificación, teniendo en cuenta que en el 2013 se registraron 18 casos, en el 2014 44, en el 2015 disminuyó a 38 casos, sin embargo en el 2016 se realizaron 66 notificaciones. Igualmente realizaron una revisión al Sistema basado en centros y servicios a la persona consumidora de sustancias psicoactivas (SUICAD) el cual permite visualizar datos sociodemográficos de las personas que están solicitando tratamiento de problemáticas relacionadas con abuso y/o dependencia a una o varias sustancias psicoactivas, la revisión arrojó que en Santa Marta, el 91,1% (173) son hombres y el 8,9% (17) son mujeres. Al analizar los ingresos según la edad, se encontró mayor porcentaje de adolescentes y jóvenes entre 12 y 24 años con el 53,7% (102 personas).

En investigaciones realizadas en escuelas de educación secundaria a nivel internacional, identifican que el 46% de los estudiantes consumen alcohol, marihuana e inhalables; además el 12% de estos, presenta criterios de dependencia. En México, se encontró que el consumo de SPA aumentó en un 7% en el 2011, de manera similar al panorama internacional, el alcohol (43.3%), la marihuana (23.7%) y los inhalables (22.2%) fueron las sustancias de mayor consumo entre los adolescentes de 13 y 19 años; lo que conduce a evidenciar que pueden estar asociados a otros problemas biopsicosociales relacionados con el consumo. Estos resultados dan a entender que los adolescentes, son bastante manipulables e influenciados por su grupo más cercano de pares. No obstante, factores genéticos, neurobiológicos, familiares, ambientales y sociales intervienen en el

consumo y adicción a estas sustancias (Castro y et al. 2018). Actualmente en Ecuador el alcoholismo, el tabaquismo y las drogas son problemas que trascienden y afectan el desarrollo del país, dificultando la educación, información y los recursos; según un estudio realizado en Ecuador, la dependencia del consumo de drogas es más alta en ese país comparada con otros países de Sudamérica; ya que registra en un 51 % niveles mayores frente al 20 % en Chile y Uruguay, además de Perú con 36 %. Es importante recordar que la adicción no solo corresponde a sustancias psicoactivas, sino también a drogas farmacológicas utilizada sin prescripción médica (García y et al. 2018).

En la actualidad la preocupación por disminuir el consumo de sustancias es evidente, en un informe mundial de la oficina de naciones unidas contra la droga y el delito, se infiere que aproximadamente 27 millones de personas en el mundo son drogodependientes, motivo por el cual debe estimarse como una situación social que requiere prevención, tratamiento y atención continua; con la intención de reducir consecuencias y promover a una mejor calidad de vida. La prevención debe conllevar programas protectores que abarquen los ambientes familiares y sociales, con estrategias preventivas duraderas y eficaces que le permitan al adolescente tomar decisiones idóneas y reducir la vulnerabilidad al consumo (Bello y et al. 2018).

Para los profesionales de la salud, es esencial poder identificar en la etapa evolutiva en la que el adolescente se encuentra, su origen de consumo y su intensidad, para así poder tener claro el diagnóstico y un tratamiento adecuado, que integre estrategias y herramientas de mejora.

Algunas estrategias de prevención pueden estar enfocadas en la formación de habilidades para la vida, habilidades blandas y el fomento del pensamiento crítico reflexivo que, acompañadas de la familia, los pares y el ambiente escolar y social, pueden reorganizar la forma de tomar

decisiones, es decir, el adolescente puede ser capaz de orientar su propia vida y hacer elecciones saludables (Hernanz, 2015) (Castro y et al. 2018).

Trastorno por consumo de sedantes hipnóticos o ansiolíticos

Comúnmente este trastorno deriva de la utilización inadecuada del medicamento, según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) los componentes sedantes, hipnóticos y ansiolíticos incorporan las benzodiacepinas y todos sus derivados, los cuales son depresores del sistema nervioso central y contienen sustancias prescritas para dormir y controlar la ansiedad; si no es suministrado bajo la dosis correcta por un profesional de la salud puede llegar a convertirse en un trastorno. Es importante tener en cuenta que el bajo rendimiento escolar o laboral, la impulsividad, el sentimiento de soledad, la falta de escucha o unión familiar, la búsqueda de nuevas experiencias y los problemas emocionales intrapersonal e interpersonal son los mayores causantes del deseo profundo de consumir estas sustancias, lo que puede generar farmacodependencia y ocasionar posiblemente el trastorno identificado dentro del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales DSM-V.

Para Aroche, Bestard, López y Ocaña (2010) la farmacodependencia es una adicción generada por el uso excesivo de fármacos, sin ningún control en la dosis administrada. Dentro de los fármacos más comunes de uso por parte de las personas y especialmente de los adolescentes se encuentran los psicofármacos psiquiátricos, más exactamente los ansiolíticos, los hipnóticos sedantes y los neurolépticos, indica que en la mayoría de los casos estos son utilizados de forma ocasional para entablar un ambiente social más facilitador o de uso diario creando dependencia física y psicológica teniendo como consecuencia la presencia de síntomas como somnolencia, ataxia, confusión, amnesia, cefalea, vértigo, agresividad, depresión e incluso hipersensibilidad e

hipotensión. A su vez, Moreno (2014) afirma que las intoxicaciones más comunes presentadas en adolescentes son los hipnóticos, específicamente las benzodiazepinas, que causan daños severos en el sistema nervioso central hasta llegar a producir coma.

Teniendo en cuenta lo anterior y según un estudio realizado por Muñoz y et al. (2016) con 3.089 casos de urgencias hospitalarias en España, se encontró que 1.814 casos estuvieron relacionados solo con el consumo de hipnosedantes, en donde el 64.7% fueron mujeres diagnosticadas de sobredosis con benzodiazepinas (29.3%), específicamente Lorazepam y alprazolam; evidenciando un aumento significativo en el consumo de hipnosedantes en un 6.8% y superando al cannabis que comúnmente se identificaba como la droga más usada. Otro estudio realizado en España por Catalá y et al. (2013) corrobora el aumento de consumo de estos fármacos, allí en una encuesta realizada se constató que el 11.4% de la población en general cambiaron su preferencia de consumo por hipnóticos sedantes y ansiolíticos, particularmente el Lorazepam, el cual es utilizado para combatir la ansiedad relacionada a la depresión y alprazolam, usado en los trastornos de angustia. Por su parte, Galván y et al. (2017) ratifica dicha información, pues en una investigación realizada para la Universidad de Barcelona, establecieron que más de medio millón de mujeres consumen a diario benzodiazepinas, información alarmante no solo por su número sino porque también afirman que seis de cada 10 manifiestan no haber recibido información del riesgo y las consecuencias de consumir estos fármacos.

De esta forma se hace importante conocer los trastornos asociados al diagnóstico identificado, que permitan dar pautas estratégicas para la reducción de las consecuencias evidenciadas y así poder garantizar una mejor calidad de vida.

Trastornos asociados al diagnóstico

Trastornos de conducta

De acuerdo con Arnal y et al. (2011) los trastornos de conducta en la adolescencia incluyen comportamientos de contrariedad ante las figuras de autoridad, reglas y normas sociales, en las que sobresalen pautas de molestia y alteración principalmente en el funcionamiento de las relaciones familiares, escolares y sociales. De igual manera, para Fernández, Lemus, Martínez, Mendoza y Ramírez (2012) este trastorno conforma un grupo de comportamientos disfuncionales y antisociales, que van de la mano con problemas psiquiátricos como los trastornos afectivos o de ansiedad, trastornos somatomorfos, por consumo de sustancias y psicosis. Se puede considerar que los indicios de este trastorno están relacionados con una disfuncional en el desarrollo psicosocial, lo que infiere comportamientos de impulsividad, temperamentos complejos, déficit de habilidades sociales, bajo rendimiento escolar, baja autoestima, búsqueda de nuevas experiencias y consumo de SPA.

En esta categoría se distinguen dos trastornos asociados de mayor trascendencia, para De la Peña y Palacios (2011) el primero de ellos es el trastorno negativista desafiante (TND), que se representa por una conducta adversa en contra de la autoridad, reflejando rebeldía y resistencia, y el segundo es el trastorno disocial (TD), el cual se caracteriza por el desacato de las normas y un impulso persistente de infringir las reglas, hurtar y perjudicar a los demás, estos dos trastornos producen deterioros en el funcionamiento de sus áreas más cercanas, el hogar, la escuela o su círculo social. No obstante, el TND aumenta el riesgo de presentar TD durante la etapa de la adolescencia y persistir hasta llegar a un trastorno antisocial de la personalidad durante su etapa adulta.

Los estudios corroboran la prevalencia de este tipo de trastornos en adolescentes, pues Arnal y et al. (2011) en un estudio realizado en Aragón indicaron que la existencia del trastorno negativista desafiante o disocial tentativamente es de un 3% a los 10 años, incrementando en un 9% a los 15 años, lo que significa que durante la adolescencia este tipo de problemática aumenta significativamente. Así mismo, otro estudio realizado a especialistas de la salud en Barcelona por Andión y et al. (2016) refleja que el 92.3% consideran que los trastornos de conducta han ido en aumento en los últimos cinco años, siendo esta problemática una de las mayores patologías atendidas en adolescentes. Adicionalmente, en el estudio realizado por Fernández et al. (2012) en se determinó que el consumo de drogas, los trastornos adaptativos, el TDAH, la ansiedad y depresión presentan mayor comorbilidad con el trastorno de conducta.

Teniendo en cuenta la teoría, los datos estadísticos y lo dicho por Rodríguez (2017) es importante que el diagnóstico del trastorno de conducta se pueda generar desde la etapa de la niñez, pues ello permitirá realizar un trabajo más eficaz del equipo interdisciplinario, apoyándose en los métodos terapéuticos, especialmente la terapia cognitiva conductual y tratamientos farmacológicos como los neurolépticos atípicos, lo cual permitirá reducir la sintomatología; sin embargo, estos tratamientos son completamente efectivos si se empodera adecuadamente a los padres y educadores, quienes son los más cercanos a la población afectada. Por tanto, Arnal y et al. (2011) corroboran que los estilos de crianza, la formación educativa y las habilidades juegan un papel esencial en el desarrollo del adolescente y por ende de los problemas que allí se puedan presentar.

Trastorno de ansiedad inducido por consumo de sustancias

Acerca de la ansiedad producida tras el cesé del consumo, Acosta et al. (2011) explican que “tras un periodo de abstinencia determinado, se generan en el poli-consumidor expectativas de

refuerzo aunadas a reacciones psicológicas y emocionales como resultado de la asociación realizada entre sentimientos experimentados y el consumo de cualquier sustancia psicoactiva” señalando igualmente, lo difícil que resulta entonces para el consumidor abandonar las sustancias, ya que cada vez que lo intentan, aparecen estímulos asociados a situaciones placenteras experimentadas anteriormente, que activan de inmediato el deseo por consumir, lo cual pone esta sintomatología como un componente importante de la dependencia a las drogas. Por su parte, en el Manual de Apoyo para Tratamiento con Psicofármacos, desarrollado por la entidad mexicana Centros de Integración Juvenil (2012), se indica que el consumo crónico de drogas produce tolerancia y dependencia tanto psicológica como física a la sustancia, lo cual provoca el deterioro en el control de impulsos y por ende sobre el consumo de sustancias, que al ser suspendido da origen al síndrome de abstinencia, acompañado de la búsqueda y el deseo intenso de consumir denominado craving, caracterizado por síntomas ansiosos como sudoración, pensamientos recurrentes sobre sensación producida al estar bajo los efectos de la sustancia, inquietud motora, palpitación fuerte e irritabilidad. Machorro y Souza (2008), señalan que “los síntomas (ansiedad, obsesiones, compulsiones, fobias o ataques de pánico) pueden ocurrir en la intoxicación, como parte de un cuadro delirante o durante la fase de abstinencia”. Los trastornos de ansiedad y afectivos se presentan con mayor frecuencia en los consumidores de cannabis, según Patton y cols (2002) citado por Casas y Roncero (2006), el consumo de cannabis es un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas ansiosos en adolescentes y adultos jóvenes, siendo relacionada con la dosis usada entre la población juvenil, principalmente femenina.

Trastorno Depresivo

La depresión es un trastorno caracterizado por una melancolía constante, desinterés, baja autoestima, fatiga y distracción, que ocurren de manera frecuente durante por lo menos dos semanas; dificultando la convivencia, socialización y las áreas más cercanas como lo son la familiar, escolar y social (Amórtegui y et al. 2017).

Actualmente a nivel mundial, más de 350 millones de personas sufren de depresión, caracterizándola como un problema de salud pública y siendo la adolescencia la etapa más vulnerable con predisposición a padecer este trastorno. En esta etapa, los profesionales han mencionado que los mayores riesgos se presentan en quienes tienen antecedentes del trastorno en su núcleo familiar, adolescentes con problemas psicosociales, duelos, abuso, consumo de SPA y padecimiento de enfermedades crónicas. En Colombia, se encontró que en un 58.6% la mayor prevalencia de sintomatologías se presenta en adolescentes, en donde el 30% se transforma depresión crónica (Calderón, Mocosó y Navarro, 2017). Otros autores que han indagado acerca de esta problemática afirman que uno de cada cinco adolescentes sufrirá un cuadro depresivo antes de los 18 años, con predominación en un 28% en adolescentes de 13 años y un 5.7% en adolescentes de 15 a 19 años. Sumado a ello, estos adolescentes pueden presentar incremento en el apetito, insomnio e ideas suicidas (Academia Nacional de Medicina, 2017).

Igualmente, los trastornos depresivos son las causas de morbilidad y mortalidad con un 25% de existencia en la adolescencia, evidenciando baja autoestima, bajo rendimiento académico y bajas habilidades sociales. Estos adolescentes suelen ser más impulsivos, agresivos, negativistas, descuidados y con alta exposición al abuso de SPA, presentando pensamientos orientados al suicidio o las autolesiones. El 90% de ellos, padecen un trastorno comórbido y el 50% tiene dos o

más diagnósticos; entre los cuales se destacan los trastornos de conducta, ansiedad, TDAH y abuso de sustancias (Chaskel y Pacheco, 2016).

Con frecuencia, el trastorno depresivo se hace difícil de evidenciar, por ello es esencial el apoyo no solo de los padres de familia y educadores, sino también de sus familiares, quienes son los más cercanos al adolescente. De esta manera se hace más rápido poder identificar la problemática y realizar un tratamiento integral, que esté conformado por la psicoeducación, terapia cognitiva conductual y los psicofármacos (Alzuri, Calzada y Hernández, 2017).

Poli consumo

El consumo de sustancias en los adolescentes ha sido una de las problemáticas de salud más evidentes a nivel mundial, causando alteraciones físicas, psicológicas y sociales que generan lesiones, discapacidades y trastornos psiquiátricos como el consumo y abuso de sustancias psicoactivas; la ingesta de sustancias se divide en cinco etapas de evolución, el no consumo, el consumo experimental, habitual, nocivo y la dependencia (Castro y et al. 2018). Bautista Pérez et al. (2012a) señala que el policonsumo se divide en dos tipos: simultáneo y concurrente. El primero es la ingestión de drogas diferentes al mismo tiempo, y el segundo el uso de drogas diferentes, pero en diversas ocasiones, refiere que en el análisis de un caso de policonsumo simultáneo de alcohol y medicamentos de prescripción, se reportó por los participantes que las causas más populares para mezclar sustancias fueron el buscar mejorar ciertos efectos deseados, disminuir los no deseados o regular los efectos de una u otra sustancia al hacer combinaciones entre estas. El mismo autor en su estudio indica que las fiestas son un lugar donde los estudiantes promueven el consumo para aumentar la diversión. Bautista Pérez et al. (2012b) en su estudio denominado Policonsumo simultáneo de drogas en estudiantes de facultades de ciencias de la

salud/ciencias médicas en siete universidades de cinco países de América Latina y un país del Caribe: implicaciones de género, legales y sociales, en el cual utilizó como muestra estudiantes de primer y segundo año de las facultades de ciencias de la salud/ciencias médicas, en siete universidades de cinco países latinoamericanos(Colombia, Nicaragua, Chile, Brasil y El Salvador, y un país caribeño, Jamaica) señalando entre sus resultados que en la mayoría de países exceptuado Jamaica, la combinación de sustancias más frecuente realizada es la de solo alcohol y tabaco seguida por la combinación de alcohol y marihuana, luego la de alcohol con tabaco y marihuana, y finalmente la de alcohol con drogas de prescripción, la cual suele darse en contextos de uso recreativo dando paso a eventos de intoxicación.

Efectividad del enfoque cognitivo conductual

El modelo cognitivo conductual ha generado evidencia acerca de su efectividad para diferentes trastornos, es por ello que en la actualidad se utiliza con frecuencia para el manejo de diversas dificultades, Casas et al. (2011) citando a Carroll (2001) y Carroll et al. (2004) indica “la Terapia de Conducta y la Terapia Cognitivo Conductual son las intervenciones con mayor número de evidencias empíricas. Diversos estudios demuestran que la terapia cognitivo conductual es eficaz para conseguir y mantener la abstinencia en pacientes dependientes de cocaína”. Por su parte Sánchez, Gradolí y Morales (2004) indican que “la terapia cognitivo-conductual representa la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva” señalando igualmente que es el enfoque más idóneo para tratar los problemas asociados al consumo de sustancias, y que consiste en el desarrollo y la implementación de estrategias orientadas a aumentar el control que la persona tiene sobre sí misma. Acerca de la intervención, Lefio, Rebolledo, Rivas Villarroel y Zamorano

(2013) en su estudio mencionan que la evidencia disponible acerca del enfoque cognitivo conductual ha sido abundante y de mejor calidad en lo relacionado al tratamiento del consumo de alcohol, cocaína, heroína y marihuana, asimismo, destaca que las intervenciones multidisciplinarias donde se utiliza este enfoque y donde se involucra a las personas allegadas importantes para la persona con adicción a sustancias, en las cuales estas se corresponsabilizan del problema de salud y del manejo de contingencias cotidianas, han demostrado tener mejores resultados en indicadores de abstinencia y prevención de recaídas. Los autores Secades y Fernández (2001) acerca del enfoque indican que “los programas cognitivos-conductuales (fundamentalmente basados en el entrenamiento de habilidades) y, particularmente, el modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon (1985), se pueden considerar hoy en día tratamientos de primera elección”. Refieren que la Prevención de recaídas incluye diferentes técnicas cognitivo conductuales como la identificación de situaciones de alto riesgo para la recaída, el entrenamiento en estrategias de afrontamiento ante situaciones de riesgo, el análisis funcional del uso de drogas, estrategias para el manejo del craving y los pensamientos relacionados al uso de sustancias, afrontamiento de las caídas o consumos aislados y entrenamiento en solución de problemas, que resultan efectivas.

Objetivos

Objetivo General

Implementar un tratamiento de intervención psicológica en un estudio de caso de problemas asociados al trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, desde el modelo cognitivo conductual.

Objetivos Específicos

Evaluar sintomatología presente en la consultante, con el fin de elaborar una impresión diagnóstica.

Definir los objetivos terapéuticos a partir de los problemas identificados.

Diseñar un plan de intervención cognitivo-conductual de acuerdo con los objetivos terapéuticos definidos.

Analizar la efectividad del tratamiento desde el modelo cognitivo conductual a través de un estudio de caso único con diseño pre y pos-test.

Metodología

Participante

Consultante de 15 años de edad, sexo femenino, escolaridad sexto grado, tiene tres hermanos de 26, 22 y 18 años producto de otras relaciones de su madre, proviene de familia desintegrada y monoparental. La desintegración y/o separación de los padres ocurre después de hecho de violencia intrafamiliar del padre hacia la madre de N.M cuando esta tenía seis años, actualmente su padre es habitante de calle y su madre con quien convive, tiene otra relación de pareja. Posterior a la separación, la relación de N.M con su padre se torna ausente y con su madre conflictiva.

Instrumentos de exploración

Entrevista semi estructurada. Se implementó entrevista en la que se dio inicio al establecimiento de rapport con la consultante, explicando el objetivo y metodología de la misma, recolectando la siguiente información; la consultante pertenece a familia monoparental conformada por su madre quien es cabeza de familia, su padre es habitante de calle, mantiene una relación cercana y conflictiva con su madre debido al consumo y el tipo de amistades, reporta actualmente estar en su tercer intento de rehabilitación pasando anteriormente por dos instituciones (Hospital psiquiátrico San camilo y Fundación con Cristo me basta), refiere tener tres hermanos, producto de otras relaciones de su madre, con quienes no convive, su hermana de 26 años con quien mantiene relación conflictiva y distante al igual que con su hermano de 22 años debido al consumo, y un hermano de 18 años con quien reporta tener una relación cercana. Niega antecedentes médicos, refiere bajo rendimiento académico desde segundo de primaria y haber abandonado estudios cursando sexto grado. Reporta haber tenido cuatro relaciones de

pareja y haber iniciado consumo a los 12 años por ruptura de su primera relación sentimental. Acerca de sus autolesiones (pequeños cortes de forma horizontal en brazo izquierdo) fueron generadas tres días antes de su ingreso al programa por no tener a su disposición sustancias para consumir, señala que lo ha hecho en otras ocasiones por sentimientos de tristeza o rabia luego de algún enfrentamiento con su madre, realizándolas también en muslos. Esta información, orientó la utilización de otros instrumentos psicométricos, según los síntomas depresivos identificados como tristeza, ira, llanto, desesperanza, baja autoestima, agresividad verbal hacia su madre, en los momentos en que se encuentra enojada, conductas de riesgo, como el consumo de sustancias psicoactivas, trabajo sexual, autolesiones, y actitud desinteresada frente a la resolución de sus problemas, con un tiempo de recurrencia de tres años.

Historia clínica. Se utilizó el formato de historia clínica proporcionado por la institución. El diligenciamiento se realizó de forma simultánea a la entrevista semi estructurada durante la primera sesión del proceso, las áreas descritas en el formato inician con los datos personales, especificación del instrumento y técnica utilizada para la recolección de la información, seguido por los antecedentes personales y familiares, examen mental, dinámica y características familiares, espacio para ubicación de puntuaciones obtenidas en la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias ASSIST, interpretación de las pruebas, listado de pruebas aplicadas, diagnóstico de la consultante, concepto psicológico de la familia, descripción del plan de intervención individual y familiar. Ver Anexo J.

Análisis funcional. Una vez realizada la entrevista y el diligenciamiento de la historia clínica, se realizó el análisis funcional buscando explicar el comportamiento y de esta manera generar los objetivos de tratamiento para la consultante, al igual que establecer las técnicas de intervención a utilizar. El análisis funcional elaborado incluyó los siguientes aspectos: datos básicos del consultante, motivo de consulta, descripción del motivo de consulta, problema, descripción de los problemas, historia personal, evaluación sincrónica, evaluación diacrónica (factores de predisposición, adquisición, mantenimiento y protectores), dominios (emocional afectivo, cognoscitivo verbal, interacción y repertorios relacionados a salud), contextos (académico laboral, familiar, pareja sexual, condiciones ambientales y estímulos discriminativos), formulación de hipótesis (problemas e hipótesis), análisis explicativo (repertorios de autocontrol, autoconocimiento, repertorios para modificar el ambiente, regulación verbal del comportamiento, identificación de conducta, conducta clínicamente relevante y función explicativa), diagnóstico diferencial, impresión diagnóstica y plan de intervención.

Consentimiento informado. El consentimiento informado es un documento donde el usuario manifiesta su autorización para que luego de una explicación clara y completa hecha por el profesional, pueda realizar la intervención. El colegio colombiano de psicólogos (2018) indica “El documento es la consecuencia lógica del proceso comunicativo en el que se consigna lo que el psicólogo va a hacer y el permiso que el usuario le otorga al psicólogo para que lo haga”. En la intervención realizada, el formato implementado fue el establecido y utilizado en la institución, el cual fue diligenciado por parte de la consultante y su acudiente al momento de su ingreso a la misma. (Ver Anexo A).

Instrumentos de Evaluación

Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias ASSIST (1997–1998). El ASSIST es la prueba de detección de alcohol, tabaquismo e implicación de sustancias, tiene como finalidad detectar el tipo de sustancia psicoactiva utilizada y la frecuencia de uso. Fue desarrollada para la Organización Mundial de la Salud (OMS) por un grupo de médicos e investigadores internacionales como una herramienta para identificar de forma temprana los riesgos para la salud y los trastornos generados por el uso de sustancias, buscando sea utilizada en la atención primaria en salud, la atención medica general y otros entornos (OMS, 2011).

Cuestionario de conductas Antisociales –Delictivas A-D. Nicolás Seisdedos Cubero (1988). Este cuestionario está formado por cuarenta elementos que buscan medir dos dimensiones, conducta antisocial y conducta delictiva, es aplicable de manera individual y colectiva a población de niños y adolescentes. Se encuentra antecedido por los instrumentos Anti Social Behaviour (ASB) y Behaviour Questionnaire (CC) elaborados por los autores ingleses Allsopp y Feldman en 1976, conformados por cuarenta y ocho y cincuenta y tres preguntas respectivamente, los cuales posterior a la tesis doctoral del doctor Valverde y otras investigaciones se llegó al cuestionario factorial A-D, el cual ha sido aplicado y revalidado en otros estudios (Seisdedos, 2001).

Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo IDARE. Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970). El IDARE es la versión en español del State Trait Anxiety Inventory (STAI), es un cuestionario que permite medir la ansiedad en dos dimensiones, estado, pidiéndose al evaluado que indique como puede sentirse en un momento dado teniendo cuatro opciones de respuesta (no en lo absoluto, un poco, bastante y mucho) y rasgo, pidiéndosele que indique cómo se siente

generalmente, igualmente con cuatro opciones de respuesta (casi nunca, algunas veces, frecuentemente y casi siempre), ambas dimensiones se evalúan a partir de veinte afirmaciones cada una. Inicialmente fue desarrollado para ser utilizado en adultos, pero se ha demostrado que también es útil en la medición de la ansiedad en estudiantes de bachillerato, pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos (Spielberger y Díaz, 1975).

Inventario de Depresión Estado-Rasgo IDER. Spielberger (2008). El IDER es la adaptación al español del State/Trait Depression Questionnaire (ST/DEP), realizada por Gualberto Buela y Diana Agudelo en la Universidad de Granada España, consiste en una escala tipo Likert compuesta por veinte ítems divididos en diez afirmaciones para cada escala evaluada. El objetivo de la prueba es valorar el componente afectivo de la depresión mediante las escalas Estado (grado en el que un estado de depresión está presente) y Rasgo (frecuencia de la presencia de depresión), utilizando cuatro sub escalas (Eutimia-Estado, Distimia-Estado, Eutimia-Rasgo, Distimia-Rasgo), entendiendo la Distimia como la presencia de afectividad negativa y la Eutimia como la ausencia de afectividad positiva. Este cuestionario es aplicable de manera individual y colectiva en adolescentes, jóvenes y adultos. (Buela y Agudelo, 2008).

Estrategias de Afrontamiento ACS. Frydenberg y Lewis (2000). La ACS es la adaptación de la prueba Adolescent Coping Scale, realizada por Jaime Pereña y Nicolás Seisdedos. Esta escala tiene como finalidad la evaluación de estrategias de afrontamiento utilizadas por los jóvenes en ciertas situaciones, puede ser aplicada en personas con edades entre los doce y los dieciocho años, está compuesta de setenta y nueve afirmaciones con un espacio para respuesta abierta, conformando un total de ochenta elementos que permiten evaluar dieciocho estrategias de afrontamiento diferentes, la escala es tipo Likert de cinco puntos, con las siguientes opciones

de respuesta: 1.no me ocurre nunca o no lo hago, 2. me ocurre o lo hago raras veces, 3. Me ocurre o lo hago algunas veces,4. Me ocurre o lo hago a menudo, 5. Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia. Las estrategias que evalúa son: buscar apoyo social (As), centrarse en resolver el problema (Rp), esforzarse y tener éxito (Es), preocuparse (Pr), invertir en amigos íntimos (Ai), buscar pertenencia (Pe), hacerse ilusiones (Hi), la estrategia de falta de afrontamiento (Na), reducción de la tensión (Rt), acción social (As), ignorar el problema (Ip), autoinculparse (Cu), reservarlo para sí (Re), buscar apoyo espiritual (Ae), fijarse en lo positivo (Po), buscar ayuda profesional (Ap), buscar diversiones relajantes (Dr),distracción física (Fi). (Pereña y Seisdedos, 2000).

Escala de Habilidades Sociales EHS. Elena Gismero González (2000). Esta escala tiene como finalidad evaluar las habilidades sociales y la capacidad de aserción en diferentes contextos, está compuesto por treinta y tres ítems de los cuales veintiocho están redactados en el sentido de déficit en habilidades sociales y los cinco restantes en sentido positivo, presenta cuatro opciones de respuesta que van desde, no me identifico en lo absoluto a muy de acuerdo, me sentiría o actuaría así; las habilidades que evalúa son: autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas. La escala puede ser aplicada en adolescentes y adultos de manera individual o colectiva. (Gismero, 2000).

Procedimiento

El proceso de intervención terapéutico se llevó a cabo en nueve sesiones, desarrolladas a lo largo de dos meses y medio, con intervalos de quince días inicialmente y posteriormente de ocho días entre cada sesión. La recepción de la consultante fue realizada por especialistas de la institución, quienes reportan al ingreso conductas de agresión física y verbal a los mismos, razón

por la cual es inmovilizada y medicada. La descripción completa y detallada del proceso terapéutico puede consultarse en el anexo H, en el cuadro de desarrollo terapéutico por sesión, o de manera resumida en el anexo I, resumen del proceso del tratamiento implementado según etapa y número de sesión. La intervención fue distribuida en tres momentos diferentes que serán descritos a continuación.

Primera etapa: Evaluación y diagnóstico

Tres días después de su ingreso a la institución encontrándose en etapa Mocli (módulo clínico) se da inicio con la consultante a la primera parte del proceso de abordaje psicológico, en donde la primera sesión tuvo una duración de 60 minutos, llevándose a cabo la evaluación inicial, en esta, se buscó establecer el rapport y se hizo la valoración del caso, mediante la recopilación, interpretación y análisis de la información obtenida de la entrevista semiestructurada, historia clínica, análisis funcional y la prueba de detección del consumo de tabaco, alcohol y sustancias Assist. Quince días después se encuentra a la consultante en etapa Modi (Modulo de identificación) en esta etapa, se hace la aplicación del cuestionario de conductas antisociales y delictivas(A-D), el inventario de ansiedad estado- rasgo (IDARE), el inventario de depresión estado-rasgo (IDER), el cuestionario de estrategias de afrontamiento (ACS) y el cuestionario de habilidades sociales (EHS) en una sesión de 60 minutos y se realiza la validación de los criterios diagnósticos del DSM-V.

Esta etapa finalizó con la devolución de los resultados de la evaluación, la delimitación de las problemáticas y el planteamiento de objetivos terapéuticos a tratar, acordado con la consultante.

Segunda etapa: Intervención

Las sesiones realizadas en esta parte del proceso se abordaron desde la tercera hasta la sexta sesión, la consultante se encontraba en etapa Moter (modulo terapéutico), las sesiones tuvieron una duración entre sesenta y noventa minutos, dependiendo de la complejidad de la temática trabajada. Esta etapa tuvo como objetivos promover en la consultante la identificación de síntomas de craving y manejo de los mismos, generar disminución de sintomatología ansiosa y depresiva reportada, aumentar uso de estrategias de afrontamiento como buscar apoyo social, buscar ayuda profesional y centrarse en resolver el problema, aumentar uso de habilidad social asertividad y empatía en la comunicación, aumentar autoestima y promover la auto aceptación a partir de identificación de aspectos positivos en si misma (auto concepto- autoimagen), todo ello utilizando técnicas como reestructuración cognitiva, flecha descendente, dialogo socrático, relajación progresiva de Jacobson y técnica de respiración profunda, psicoeducación, entrenamiento en habilidades sociales y estrategias de afrontamiento mencionadas, siendo todas estas técnicas correspondientes al enfoque manejado.

Tercera etapa: Prevención de recaídas, aplicación pos test y cierre

Al finalizar la etapa de intervención y aun encontrándose en Moter (modulo terapéutico), se llevaron a cabo tres sesiones desde la séptima hasta la novena para trabajar prevención de recaídas, en la sesión ocho además se aplicó el pos test utilizando el inventario de ansiedad estado- rasgo (IDARE), el inventario de depresión estado-rasgo (IDER), el cuestionario de estrategias de afrontamiento (ACS) y el cuestionario de habilidades sociales (EHS), los resultados facilitaron la identificación de mejoría en la consultante, manifestada por el cumplimiento de los objetivos terapéuticos. En la sesión nueve que incluyó también prevención

de recaídas se realizó la entrega de resultados y el cierre del caso con N.M que incluyó la devolución de los resultados obtenidos en la evaluación pos test, resaltando los cambios positivos y comparando los resultados con lo trabajado sesión a sesión. Igualmente, se le recomienda continuar con el proceso psicológico reconociendo la existencia de la necesidad de seguir abordando las dificultades identificadas y la falta de vinculación familiar al proceso, finalmente se generan compromisos por parte de la consultante con respecto a las estrategias a implementar para mantener los cambios positivos.

Fase de intervención

La consultante N.Y.M.G de 15 años de edad nace el siete de julio de 2003, su nivel de escolaridad es sexto de secundaria, reside en el municipio de Girón Santander, es soltera, refiere no profesar ninguna religión, en la actualidad no desempeña ningún tipo de actividad u ocupación y no tiene hijos. Respecto a antecedentes psicológicos o psiquiátricos, refiere haber sido internada durante tres meses en el año 2016 en el Hospital Psiquiátrico San camilo para desintoxicación por farmacodependencia.

Figura 1. Estructura del famiogramma.

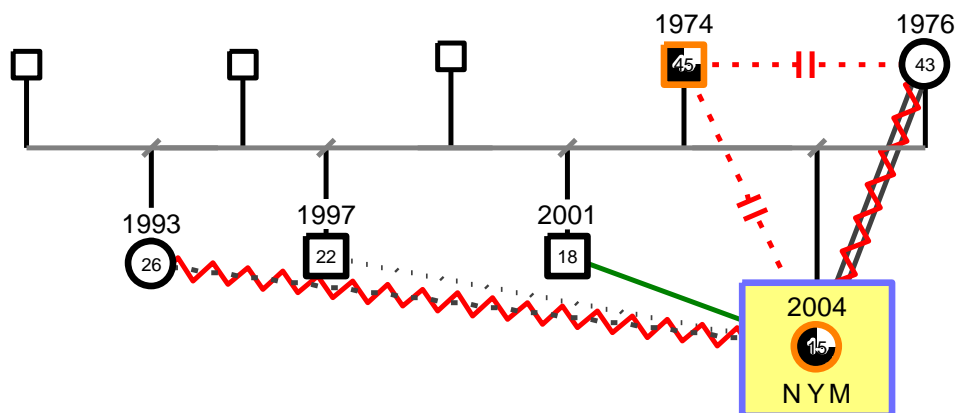


Tabla 1. Descripción Familiar

Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación	Relación
N.Y.M.G	Hija	15 años	Sexto	Ninguna	Consultante
N.E.M.R	Padre	45 años	Segundo primaria	Cuidador de autos	Desvinculada
C.P.G.G	Madre	43 años	Primaria	Oficios varios	Cercana-conflictiva
J.A.S.G	Hermana	26 años	Noveno	Animadora en circo	Distante-Conflictiva
M.E.S.G	Hermano	22 años	Bachiller	Vigilante	Distante
J.S.S.G	Hermano	18 años	Bachiller	Monge	Cercana

Nota: *Las edades de los usuarios corresponden a la edad que tenían al momento de la primera atención. Para hacer cálculos de la edad actual se recomienda acudir a la fecha de nacimiento registrada en el famiogramma. **El grado de escolaridad en el que se encuentran los hijos corresponde al momento de la primera atención.

La consultante (N.M) es hija única por parte de padre y madre, tiene tres hermanos de 26, 22 y 18 años producto de otras relaciones de pareja de su madre. Proviene de familia desintegrada y monoparental desde hace 10 años por violencia intrafamiliar del padre hacia la madre, desde entonces, esta procura asumir ambos roles utilizando estilo de crianza autoritario con la consultante, puesto que debido a las extensas jornadas laborales que maneja diariamente para lograr ser el sustento económico dejando sin compañía y supervisión a N.M durante el día y

algunas noches, ya que las pasa en casa de su pareja actual, situación que genera conflictos con la consultante quien refiere sentimientos de soledad y pensamientos relacionados con que su madre brinda mayor atención y afecto a su pareja, por esto, dice sentirse irritable debido a llamados de atención realizados acerca de su comportamiento, el consumo de sustancias psicoactivas, sus amistades, la hora de salida y llegada a casa. Respecto a su padre, refiere que posterior a la separación de su madre, inicialmente se mostraba parcialmente ausente, pero con el paso del tiempo y tras el fallecimiento de su abuela paterna, su padre aumentó el consumo de sustancias psicoactivas y empezó a vivir en calle, perdiendo el contacto con él una vez no lo volvió a encontrar en la calle que éste frecuentaba, donde la consultante le llevaba ropa y alimento. N.M refiere tristeza al pensar en la situación de su padre e indica sentir frustración por no poder ayudarlo como quisiera. En relación a sus hermanos, indica tener relación conflictiva con su hermana quien las visita ocasionalmente, refiriendo la principal causa de las discusiones ser su comportamiento y el consumo. Con su hermano de 22 años indica tener una relación distante ya que nunca han convivido y con su hermano de 18 años, refiere tener una relación cercana y sentirse entendida por él.

Motivo de consulta

La consultante refiere *“Mi mamá me trajo aquí obligada para que me rehabilite porque consumo drogas”*.

Descripción del motivo de consulta

La consultante ingresa a la institución traída por su madre en contra de su voluntad, para iniciar proceso de desintoxicación por consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, bebidas

alcohólicas, cannabis, cocaína, inhalantes y sedantes), presenta conductas de incumplimiento de normas, de engaño o robo, autolesiones, irritabilidad, llanto, sentimientos de soledad, agresividad hacia la madre, actitud desinteresada frente a sus problemas, todo ello con una evolución de tres años aproximadamente y en la actualidad debido a la abstinencia del consumo por el proceso que inicia, con síntomas de ansiedad.

Problemas

Se identifica en la consultante los problemas de disfunción familiar, dificultad en habilidades sociales, dificultad en estrategias de afrontamiento, ideas irracionales sobre el consumo, conductas delictivas, auto concepto, auto aceptación y auto estima negativa, síntomas depresivos y síntomas de ansiedad.

Descripción del problema

Disfunción familiar. La consultante reporta vivir con su madre, con quien refiere tener una relación conflictiva debido al consumo, manifiesta sentir poco afecto por parte de su madre ya que según dice, esta dedica mucho más tiempo a su pareja sentimental que a ella, refiere que en varias oportunidades su madre se quedó a dormir donde su compañero sentimental quedando sin compañía en casa, por otra parte reporta tener tres hermanos, producto de otras relaciones de su madre, su hermana de 26 años quien trabaja en un circo desde hace dos años y esporádicamente llega a la casa donde vive la consultante con ella, indica mantener relación conflictiva y distante al igual que con su hermano de 22 años por la misma razón, con quien no ha convivido según indica N.M ya que este siempre ha vivido con su padre, por otro lado con su hermano de 18 años refiere una relación cercana, sin embargo refiere nunca haber vivido con él pues la custodia del joven siempre la ha tenido a la abuela paterna y con ella con quien ha vivido.

Reporta que su padre es habitante de calle, desde hace cinco años tras la muerte de su abuela (madre de él), refiere que sus padres se separaron cuando ella tenía seis años debido a agresión con arma corto punzante hacia su madre. Expresa que después de la separación inicialmente su padre la visitaba algunos fines de semana, tiempo después dejó de hacerlo así que la consultante lo buscaba en el parque de la ciudad, para llevarle ropa y comida, indica que desde hace un año dejó de hacerlo pues no volvió a encontrarlo en dicho lugar

Dificultad en habilidades sociales.

La consultante presenta dificultad para expresar sus emociones, evita hacerlo en la mayoría de los casos y cuando lo hace busca expresar enfado haciéndolo de manera poco asertiva generando enfrentamientos. Sentimientos como tristeza y soledad evita expresarlos, utilizando frecuentemente como estrategias de afrontamiento para evadir dichos sentimientos el consumo y las autolesiones. Los resultados obtenidos en la aplicación de la Escala de Habilidades Sociales (EHS), muestra que N.M presenta dificultad en la autoexpresión en situaciones sociales, en hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y utilizar en nivel medio-bajo la habilidad de decir no y cortar interacciones. Por otra parte, las habilidades defensa de los propios derechos como consumidor y expresado o disconformidad son utilizados en un nivel medio. Alto sin embargo se evidencia en la entrevista realizada que la consultante lo hace de manera poco asertiva, aunque esto depende del contexto.

Dificultad en estrategias de afrontamiento. La consultante utiliza principalmente el consumo de sustancias psicoactivas o las autolesiones para enfrentar situaciones o emociones negativas, los resultados de la escala de estrategias de afrontamiento (ACS) muestran que N.M

utiliza rara vez estrategias eficaces como el buscar apoyo social, concentrarse en resolver el problema, fijarse en lo positivo o buscar apoyo espiritual, y algunas veces utilizada el buscar ayuda profesional.

Ideas irracionales sobre el consumo. La consultante presenta ideas irracionales como: “Si no consumo, no me da hambre y la comida me da nauseas”, “el consumo me ayuda a olvidar mis problemas y no estar triste”, “el consumo me hace sentir bien, la paso mejor, me divierte cuando estoy aburrida.”, “yo puedo controlar el consumo”.

Conductas delictivas. La consultante refiere haber cometido conductas delictivas tales como: haber pertenecido a una pandilla, porte de armas, forzar la entrada de un almacén, planear hurtos, robar cosas de almacenes grandes, robar algo en alguna casa sin planearlo antes, conseguir dinero amenazando personas, entre otras conductas de este tipo, refiriendo haberlo hecho con mayor frecuencia en el último año, sin especificar con exactitud tiempo de inicio de dichas conductas.

Auto concepto, auto aceptación y auto estima negativa. La consultante presenta dificultad en auto estima, auto concepto y auto aceptación, evidenciada en comentarios hechos en sesión por la consultante como: “a mí no me gusta nada de mi misma, no tengo nada bueno, físicamente creo que soy fea, quisiera tener la piel blanca, no me gusta como soy”.

Síntomas depresivos. N.M presenta síntomas como tristeza, ira, llanto, agresividad verbal contra la madre principalmente y conductas de riesgo como autolesiones y actividades como trabajo sexual.

Síntomas de ansiedad. La consultante presenta síntomas de ansiedad debido a la abstinencia de consumo de sustancias psicoactivas que parte de pensamientos recurrentes acerca del consumo, desencadenando sudoración, salivación, respiración rápida e inquietud motora.

Historia personal

N.M es una adolescente de 15 años, proviene de familia monoparental, vive con su madre e indica que su padre es habitante de calle, refiere tener tres hermanos resultado de otras relaciones de su madre, de 26, 22 y 18 años con quienes no convive, reporta relaciones conflictivas con su madre, relación desvinculada con su padre, conflictiva con sus hermanos excepto con el menor con quien dice tener una relación cercana. No se reportan dificultades durante su desarrollo prenatal ni posnatal, en relación al área académica ha cursado y aprobado hasta sexto de bachillerato por abandono de sus estudios, indicando que su rendimiento académico aproximadamente desde segundo de primaria es bajo.

Reporta antecedente psicológico y psiquiátrico debido a farmacodependencia, según indica la primera vez en el 2016 un el hospital psiquiátrico por un periodo de tres meses con ingreso voluntario, finalización del proceso y posterior recaída debido a inicio de relación sentimental con persona consumidora, seguidamente reporta ingreso a fundación para tratamiento por consumo de sustancias en el 2019 durante una semana de manera voluntaria, indicando que fue expulsada de la fundación antes de finalizar el proceso por comportamientos de tipo sexual con compañera de institución, reporta cuatro relaciones de pareja, iniciando vida sexual desde los

doce años en su primer noviazgo, y posterior a esta ruptura inició consumo de sustancias psicoactivas motivada por una “amiga”, refiere haber empezado inhalando pegamento y continuó con cannabis, tabaco, cocaína y benzodiazepinas, acerca del consumo de esta última sustancias refiere haber iniciado poco después de haber consumido cannabis, indica que lo hizo por primera vez en una fiesta por sugerencia de una amiga para disminuir el efecto del alcohol, desde entonces refiere utilizarla semanalmente en contexto de fiestas o con frecuencia para disminuir síntomas ansiosos aumentando o disminuyendo la dosis según considera en el momento, indica que en su última relación de pareja, se fue de su casa para ir a vivir con un joven a otra ciudad, quien le daba dinero a cambio de encuentros sexuales, tiempo después debido a violencia física recibida por parte de esta persona quien se encontraba bajo los efectos del consumo de sustancias psicoactivas, regresa a Bucaramanga para vivir con su padrino, donde refiere no tenía la supervisión que en casa de su madre había, razón por la cual se había marchado.

En el área social, se describe como una persona introvertida, con dificultades para entablar relaciones con el sexo opuesto, sin embargo, considera tener mayor cantidad de amigos del género masculino que del femenino, la mayoría de ellos consumidores. No reporta antecedentes de enfermedad mental familiar o propia, en cuanto a antecedentes médicos niega padecer de alguna enfermedad, respecto a su familia reporta enfermedad cardiovascular por parte de abuela paterna y Asma por parte de abuela materna.

Evaluación sincrónica

La consultante refiere su relación conflictiva con la madre, debido a intentos de control que esta ejerce sobre ella como uno de los factores de mayor incidencia en sus conductas, reporta de manera reiterada sensación de preferencia de su madre hacia su pareja actual más que hacia ella,

lo cual genera sentimientos de soledad y molestia ante llamados de atención que la madre le hace por su conducta, indica igualmente que su círculo de amistades se encuentra compuesto principalmente por consumidores de sustancias psicoactivas, lo cual ha facilitado la adquisición de sustancias y el consumo de las mismas, al igual que la conducta delictiva.

Evaluación Diacrónica

Factores de Predisposición como: el antecedente de violencia intrafamiliar, el abandono por parte del padre y su farmacodependencia, la relación conflictiva con madre y su estilo de crianza autoritario y negligente, se consideran factores de predisposición altamente influyentes, por otro lado, el contexto social en el que vive donde la venta y consumo de sustancias es frecuente entre la población, siendo jóvenes con problemas de consumo, las personas con las que usualmente se relaciona la consultante resulta ser un factor que favorece el consumo.

Factores de Adquisición. Se establecen como factores circunstanciales la ruptura sentimental, sus pares negativos y el estilo de crianza utilizado por la madre de la consultante.

Factores de Mantenimiento. Como factores que mantienen la problemática, se identifica la relación conflictiva con su madre principalmente, la dificultad en el manejo de emociones como ira y tristeza, el déficit en habilidades sociales, las dificultades en estrategias de afrontamiento, el auto concepto y autoimagen negativo.

Factores Protectores. La consultante refiere considerar como factor protector a su familia, principalmente su madre en la actualidad.

Dominios

Emocional afectivo. Presenta dificultad en el manejo emocional en situaciones que percibe como amenazantes o frustrantes, tendiendo a irritarse con facilidad y a reaccionar con agresión verbal, utilizando gritos, insultos o actitud de burla.

Cognoscitivo verbal. Se evidencia dificultad cognitiva relacionada con la atención, concentración y retención de información a corto plazo, su lenguaje es fluido y coherente, aunque con tendencia a la mentira y la manipulación.

Interacción. Se evidencia dificultad en la relación con pares especialmente del sexo opuesto, se muestra introvertida, mantiene comunicación con pocas personas y suele hacerlo cuando la iniciativa para la conversación la ha tenido la otra persona, sus relaciones con el sexo opuesto generalmente están motivadas por atracción física, procura no participar de conversaciones grupales por temor a la burla, presenta conflictos ante la desaprobación principalmente de figuras de autoridad.

Repertorios relacionados a salud. La consultante no tiene consciencia de las dificultades que le genera el consumo, refiere constantemente controlarlo y ser capaz por si misma de abandonar la mayoría de sustancias que consume, sin necesidad de encontrarse institucionalizada, sin embargo indica que no las dejaría totalmente, solo reduciría la cantidad del consumo en relación a cannabis y benzodiazepinas, abandonando las demás, reconoce el deterioro cognitivo actual debido al consumo sin mostrar mayor preocupación al respecto, no reconoce afectación emocional o conductual causada por el consumo.

Contextos

Académico laboral. Bajo rendimiento académico desde segundo de primaria, abandono de estudios en sexto grado. A nivel laboral, refiere únicamente la compra y venta esporádica de benzodicepinas y cannabis, esto desde hace dos años.

Familiar. La consultante ha convivido con su madre desde su nacimiento, a sus seis años ocurre la separación de sus padres debido a violencia intrafamiliar donde los conflictos de pareja escalan llegando a la agresión con arma conto punzante por parte del padre de la consultante hacia su madre, produciéndose la desintegración familiar, tras la muerte de la abuela paterna de N.M su padre se convierte en habitante de calle, la consultante desde hace un año pierde el contacto con su padre, por otra parte su madre siendo cabeza de familia dedica la mayor cantidad de tiempo a laborar, dejando a N.M sin supervisión durante el día y algunas noches en las que amanece en casa de su pareja actual, gestándose una relación conflictiva y distante entre madre e hija cuando la primera se dirige a la consultante para pedir explicaciones dar órdenes y generar prohibiciones acerca de horas de llegada y salida de la casa, tipo de amistades, consumo de sustancias psicoactivas y comportamientos de la consultante. N.M tiene tres hermanos mayores, una hermana de 26, quien algunos días llega a la casa donde vive la consultante con quien tiene relación conflictiva por el consumo de sustancias psicoactivas de N.M, un hermano de 22 con quien tiene relación distante ya que nunca ha convivido con él y uno de 18 años, con quien dice tener una relación cercana. Todos sus hermanos son producto de otras relaciones de pareja de su madre.

Pareja sexual. Reporta haber tenido cuatro parejas sentimentales y haber iniciado su vida sexual a los doce años con su primer relación sentimental, refiere que con su última pareja, tenía encuentros sexuales a cambio de dinero y que todas sus relaciones de pareja están basadas en encuentros sexuales.

Condiciones ambientales. Pares con conductas delictivas y de consumo, alto nivel de expendio y uso de sustancias psicoactivas en lugar de residencia, deserción académica.

Estímulos discriminativos. Se encuentra auto concepto y autoestima negativa que tiene la consultante sobre sí misma, la percepción de N.M acerca del afecto y preferencia que tiene su madre sobre su pareja actual en relación al que siente por ella, la apreciación de la consultante frente al temor a ser blanco de burlas, su idea de que los jóvenes solo tiene interés de tipo sexual hacia ella y su necesidad de mantener la relación de pareja a pesar de no sentirse muy a gusto debido a este pensamiento al igual que la idea de que solo sus pares negativos pueden entenderla.

Formulación de hipótesis

Problema. Presenta ideas irracionales para justificar el consumo y acerca de autocontrol del mismo, baja utilización habilidades sociales, como asertividad y empatía que le han generado dificultades a nivel escolar algunas veces y en el ámbito familiar principalmente con su madre, desarrollando a su vez dificultades emocionales tal como la manifestación de síntomas depresivos como tristeza, sentimientos de soledad y llanto. Presenta antecedentes de hurto que han acarreado problemas legales y conflictos familiares, tiene baja utilización de estrategias de afrontamiento eficaces como buscar apoyo social o ayuda profesional y concentrarse en resolver

el problema, utilizando como estrategia principalmente el consumo de sustancias psicoactivas para evadir situaciones y pensamientos que le generan malestar emocional.

La consultante reporta auto imagen y auto concepto negativo, encaminándose así en relaciones de pareja inestables, basadas en deseo sexual mutuo, sin embargo no son satisfactorias para la consultante ya que según indica “ ellos solo quieren acostarse conmigo y ya, yo sé que están conmigo solo por eso” lo cual le genera sentimientos de tristeza, igualmente presenta conductas de riesgo como alcanzar amnesia lacunar por consumo de sustancias psicoactivas en fiestas nocturnas, presenta síntomas ansiosos como sudoración, respiración rápida e inquietud motora a raíz de la abstinencia del consumo de sustancias psicoactivas.

Hipótesis. Como consecuencia del modelado negativo recibido por parte de su padre y el estilo de crianza manejado por la madre de tipo autoritario, la consultante genera baja autoestima, dificultades en estrategias de afrontamiento y habilidades sociales, dificultades en el seguimiento de normas y establecimiento de límites, desarrollando trastorno por consumo de sustancias y gestando la posibilidad de desarrollar a mediano plazo trastorno de conducta.

Análisis explicativo

Repertorios de autocontrol. Presenta dificultad en el manejo de emociones como la ira y la tristeza, utilizando el consumo de sustancias psicoactivas como principal estrategia de afrontamiento para escapar de situaciones que le generan impotencia y frustración.

Autoconocimiento. La consultante identifica aspectos negativos con facilidad en sí misma, principalmente a nivel físico indicando no encontrar ninguno positivo, reconoce de manera

parcial el consumo como una estrategia de afrontamiento, sin embargo, no lo considera un problema, refiere ser consciente de presentar conductas agresivas contra otros o contra sí misma durante episodios donde experimenta sentimientos de tristeza.

Repertorios para modificar el comportamiento. La consultante reporta voluntariamente su estado de animo a los terapeutas de la institución, buscando ayuda para el manejo y disminución de los síntomas de craving, reporta cambios en la comunicación con su madre, evitando gritar y utilizar la agresión verbal cuando se enoja, indica igualmente que su madre se muestra más atenta y comprensiva lo cual motiva el cambio en la consultante, indicando disminución de la necesidad de escapar de la institución.

Lo anterior se identifica en las últimas sesiones realizadas y se corrobora en conversación con la madre.

Regulación verbal del comportamiento. N.M utiliza verbalizaciones indicando como cree que debe comportarse con las personas que la rodean y consigo misma, la consultante refiere “a mí cuando me dicen algo que no me gusta, que me ofenda, soy grosera, porque así como me traten yo trato, si me tratan bien yo trato bien, de lo que me den yo doy”... “yo no me veo nada bueno en mí, o sea yo pienso por ejemplo que sería bonito encontrarme a alguien que me quiera de verdad, pero no me quieren es que yo no soy tan bonita, con los manes que he estado es porque me gustan pero yo sé que ellos solo quieren es acostarse conmigo y ya”...” yo me corto cuando estoy desesperada, cuando tengo mucha rabia, me siento muy triste, me concentro en el dolor y se me pasa la tristeza o la rabia, porque me gusta ver la sangre”.

Identificación de conducta. Consumo de sustancias psicoactivas y autolesiones como estrategia de afrontamiento ante situaciones que le generan malestar.

Comportamiento de desacato a las normas como consecuencia a la falta de acompañamiento y límites en la infancia, generando conductas tales como hurto, escape de casa y preferencia de pares negativos. Comunicación poco asertiva y empática en situaciones donde desea manifestar inconformidad, generando conflictos.

Conducta clínicamente relevante. CCR2 En el ejercicio realizado en sesión con la consultante para la identificación de ideas irracionales presentes acerca del consumo, utilizando la flecha descendente se identificaron las ideas de: “si no consumo, no me da hambre y la comida me da nauseas”, “el consumo me ayuda a olvidar mis problemas y no estar triste”, “el consumo me hace sentir bien, la paso mejor, me divierte cuando estoy aburrida” , “yo puedo controlar el consumo”, posteriormente utilizando el dialogo socrático la paciente logra verbalizar alternativas de pensamiento a las ideas irracionales establecidas: “sí me da hambre aunque no esté drogada, así como me da ahora que no estoy consumiendo”, “el consumo me sirve para olvidar problemas por un rato, pero no los resuelve, los empeora”, “reírme con mis amigos, escuchar música y ver series también me hace sentir bien y me des aburre”, “si tengo problemas graves con mi mamá no me controlo con el consumo”.

Función explicativa. La consultante da inicio al consumo a raíz de la finalización de una relación de pareja y la influencia de uno de sus pares, al estar expuesta a un círculo social donde se normaliza el consumo, sumado a la falta de acompañamiento parental se instauran ideas que

tiene la función de justificar el consumo, por ejemplo pensar que es la manera más fácil y rápida de sobre llevar todas sus dificultades.

Diagnóstico diferencial

Trastorno por consumo de alcohol

Los signos y síntomas observables en el trastorno por consumo de alcohol son similares los que aparecen en el consumo de otras sustancias, especialmente en el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (APA, 2013), sin embargo, según los resultados de la prueba de detección de consumo de alcohol tabaco y sustancias ASSIST es consumido con menor frecuencia que los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, ya que estos reporta consumirlos no solo cuando ingiere alcohol si no en momentos donde no lo hace, buscando disminuir síntomas de ansiedad ya que dice disfrutar de la sensación que produce el efecto de esta sustancia, además, el malestar clínicamente significativo actual se encuentra asociado según lo reportado por la consultante a los síntomas descritos en el trastorno por consumo de sedantes hipnóticos o ansiolíticos como lo son los síntomas de craving y las discusiones con otras personas principalmente su madre sobre consecuencias del consumo.

Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos

Este trastorno se ha presentado en la consultante durante periodos de consumo de varias sustancias, cumpliendo algunos criterios como la alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades, el trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium, sin embargo, los

síntomas no causan el malestar clínicamente significativo para ser establecido como impresión diagnóstica.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos

Este trastorno se ha presentado al igual que el trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos en la consultante durante periodos de policonsumo de cannabis, estimulantes (cocaína) e inhalantes, cumpliendo algunos criterios como, los ataques de ansiedad predominan en el cuadro clínico, los síntomas son desarrollados poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento, sin embargo, los síntomas no causan el malestar clínicamente significativo para ser establecido como impresión diagnóstica.

Trastorno negativista desafiante

La consultante cumple con los criterios relacionados con irritabilidad y actitud desafiante tales como, a menudo está enfadado y resentido, discute a menudo con la autoridad o con los adultos, desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas, sin embargo el trastorno aparece en el transcurso de un trastorno por consumo de sustancias, razón por la cual no se establece como impresión diagnóstica.

Problema de relación entre padres e hijos

Si bien la calidad de la relación entre padres e hija se encuentra afectando el curso, pronóstico y tratamiento del trastorno de la consultante, en esta categoría no se mencionan otros síntomas significativos y que se encuentran generando dificultades clínicamente significativas tales como

el consumo de sustancias psicoactivas, las conductas delictivas, síntomas depresivos y ansiosos, por ello no se establece como impresión diagnóstica.

Impresión Diagnóstica

304.10 (F13.20) Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Según la gravedad actual: Grave

Especificadores: En un entorno controlado.

La consultante cumple con los siguientes criterios diagnósticos según la asociación americana de psiquiatría (2014) en su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V: consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que provoca malestar clínicamente significativo manifestando los hechos descritos a continuación en un plazo de 12 meses:

Consumo de sedantes, hipnóticos, o ansiolíticos con frecuencia y en grandes cantidades o durante más tiempo del previsto, manteniendo un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo, dedicando mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla y recuperarse del efecto, sintiendo un poderoso deseo o necesidad de consumirla, siendo el consumo recurrente causa de incumplimiento de los deberes fundamentales en colegio y casa, sin abandonar el consumo a pesar de las dificultades generadas de tipo social o interpersonal, siendo el consumo la causa de abandono o reducción de actividades importantes, identificando tolerancia a la sustancias a partir de la necesidad de consumir mayor cantidad de la sustancia para conseguir el efecto deseado y el efecto reducido tras la ingesta continuada del medicamento.

Comorbilidad con:

304.30 (F12.20) Trastorno por consumo de cannabis

Según la gravedad actual: Grave.

Especificadores: En un entorno controlado.

La consultante cumple con los siguientes criterios diagnósticos según la asociación americana de psiquiatría (2014) en su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V: consumo problemático de cannabis que provoca malestar clínicamente significativo manifestando los hechos descritos a continuación en un plazo de 12 meses: Consumo de cannabis con frecuencia y en grandes cantidades o durante más tiempo del previsto, manteniendo un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo, dedicando mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla y recuperarse del efecto, sintiendo un poderoso deseo o necesidad de consumirla, siendo el consumo recurrente causa de incumplimiento de los deberes fundamentales en colegio y casa, sin abandonar el consumo a pesar de las dificultades generadas de tipo social o interpersonal, siendo el consumo la causa de abandono o reducción de actividades importantes, identificando tolerancia a la sustancias a partir de la necesidad de consumir mayor cantidad de la sustancia para conseguir el efecto deseado y el efecto reducido tras fumar cannabis de manera continuada.

312.89 (F91.9) Trastorno de conducta tipo de inicio no especificado.

Especificador: Despreocupado por su rendimiento

Según la gravedad actual: Moderado

La consultante cumple con los siguientes criterios diagnósticos según la asociación americana de psiquiatría (2014) en su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V:

Comportamiento repetitivo y persistente donde no respeta los derechos de otros, las normas o reglas, lo que se evidencia por la ejecución de las siguientes conductas en los últimos doce meses: Engaño o robo; mentir para obtener objetos, favores o evitar obligaciones, robar objetos sin enfrentarse a la víctima, incumplimiento grave de normas; saliendo de noche a pesar de la prohibición de su madre, pasar noches fuera de casa sin permiso mientras vivía con su madre, faltar al colegio ambas conductas empezaron antes de los trece años, generándose malestar clínicamente significativo en las áreas social y académica.

304.20 (F14.20) Trastorno por consumo de estimulantes – Cocaína.

Según la gravedad actual: Moderado

Especificadores: En remisión inicial- En un entorno controlado.

La consultante cumple con los siguientes criterios diagnósticos según la asociación americana de psiquiatría (2014) en su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V: consumo problemático de sustancias anfetamínicas, cocaína u otros estimulantes que provoca malestar clínicamente significativo manifestando los hechos descritos a continuación en un plazo de 12 meses: Consumo de cocaína con frecuencia y en grandes cantidades o durante más tiempo del previsto, sintiendo un poderoso deseo o necesidad de consumirla, siendo el consumo recurrente causa de incumplimiento de los deberes fundamentales en colegio y casa, sin abandonar el consumo a pesar de las dificultades generadas de tipo social o interpersonal y la identificación de malestar físico o psicológico a causa del mismo, identificando tolerancia a la sustancias a partir de la necesidad de consumir mayor cantidad de esta para conseguir el efecto deseado y el efecto reducido tras la inhalación continuada de cocaína.

F18.229 Trastorno por consumo de inhalantes

Según la gravedad actual: Moderado

Especificadores: Pegante- En remisión inicial- En un entorno controlado

La consultante cumple con los siguientes criterios diagnósticos según la asociación americana de psiquiatría (2014) en su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V: consumo problemático de inhalante tipo pegante que provoca malestar clínicamente significativo manifestando los hechos descritos a continuación en un plazo de 12 meses: Consumo del inhalante con frecuencia y en grandes cantidades o durante más tiempo del previsto, sintiendo un poderoso deseo o necesidad de consumirlo, siendo el consumo recurrente causa de incumplimiento de los deberes fundamentales en colegio y casa, sin abandonar el consumo a pesar de las dificultades generadas de tipo social o interpersonal y la identificación de malestar físico o psicológico a causa del mismo, identificando tolerancia a la sustancias a partir de la necesidad de consumir mayor cantidad de esta para conseguir el efecto deseado y el efecto reducido tras la inhalación continuada de pegante.

305.1 (F17.200) Trastorno por consumo de tabaco.

Según la gravedad actual: Moderado

Especificadores: En remisión continuada- En un entorno controlado.

La consultante cumple con los siguientes criterios diagnósticos según la asociación americana de psiquiatría (2014) en su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V: consumo problemático de tabaco que provoca malestar clínicamente significativo manifestando los hechos descritos a continuación en un plazo de 12 meses: Consumo de tabaco con frecuencia y en grandes cantidades o durante más tiempo del previsto, sin abandonar el consumo a pesar de

las dificultades generadas de tipo social o interpersonal o la identificación de malestar físico o psicológico a causa del mismo, identificando tolerancia a la sustancias a partir de la necesidad de consumir mayor cantidad de la sustancia para conseguir el efecto deseado y el efecto reducido tras fumar tabaco de manera continuada.

F12.280 Trastorno de ansiedad inducido por cannabis, con inicio durante la abstinencia

La consultante cumple con los siguientes criterios diagnósticos según la asociación americana de psiquiatría (2014) en su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V: Alto nivel de ansiedad que predomina en el cuadro clínico identificadas a través del análisis de la historia clínica de la consultante, los síntomas de ansiedad descritos son desarrollados durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia del cannabis, no explicándose mejor este trastorno por uno de ansiedad no inducido por sustancias o medicamentos, no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium, siendo estos síntomas causa de malestar clínicamente significativo con dificultades en las áreas familiar y académica.

F13.280 Trastorno de ansiedad inducido por sedante, hipnótico, ansiolítico, con inicio durante la abstinencia.

La consultante cumple con los siguientes criterios diagnósticos según la asociación americana de psiquiatría (2014) en su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V: Alto nivel de ansiedad que predomina en el cuadro clínico identificadas a través del análisis de la historia clínica de la consultante, los síntomas de ansiedad descritos son desarrollados durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia del sedante, hipnótico o ansiolítico, no explicándose mejor este trastorno por uno de ansiedad no inducido por sustancias o

medicamentos, no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium, siendo estos síntomas causa de malestar clínicamente significativo con dificultades en las áreas familiar y académica.

311. (F32.8) Depresión breve recurrente

Presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión (insomnio o hipersomnia casi todos los días, agitación o retraso psicomotor casi todos los días, fatiga o pérdida de energía casi todos los días, sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva casi todos los días, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones casi todos los días) durante dos – 13 días por lo menos una vez al mes (no asociados al ciclo menstrual) durante un mínimo de doce meses consecutivos en un individuo cuya presentación no ha cumplido nunca los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente o cumple los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico.

Plan de intervención

Aplicación de técnicas cognitivo conductuales. La terapia desde el enfoque cognitivo conductual se ha convertido en la últimas tres décadas en la que mayor efectividad y eficacia tiene para diversos problemas y trastornos psicológicos, presentando varias técnicas para la intervención de los mismos, pero también tal como lo refieren Díaz, Ruiz y Villalobos (2013) “para el desarrollo y optimización de las potencialidades y habilidades del individuo, favoreciendo así su adaptación al entorno y el incremento de la calidad de vida” (p.24).

Reestructuración cognitiva. La reestructuración cognitiva (RC), como lo menciona Butler et al., (2006) citados por Bados y García (2010, p2), combinada con otras técnicas se ha mostrado más eficaz que la ausencia de tratamiento o que otros tratamientos en los trastornos por abuso de sustancias. La RC consiste en que “el cliente con ayuda del terapeuta identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca la perturbación emocional o conductual causados por los primeros” (Clark, 1989) citado por Bados y García (2010, p.2). En la intervención se utilizó para intervenir las ideas irracionales sobre el consumo presentes en la consultante.

Psicoeducación. Bulacio, Viera, Álvarez y Benatuil (2004) refieren que el objetivo de la psicoeducación es permitir la identificación y el entendimiento de la patología por parte del consultante para enfocar de manera conjunta y adecuada su tratamiento y así favorecer la calidad de vida. Partiendo de esto, la psicoeducación realizada en la intervención se utilizó en la explicación a la consultante sobre sus síntomas de Craving, ideas irracionales sobre el consumo, relajación muscular progresiva de Jacobson, estrategia de afrontamiento centrarse en resolver el problema y habilidades sociales asertividad y empatía.

Flecha descendente. Bados y García (2010), indican que esta técnica se utiliza para identificar la creencia básica que está debajo de un pensamiento, utilizando preguntas del tipo: “si este pensamiento fuera verdad ¿qué significaría para usted?, ¿qué habría de perturbador o malo en ello?, ¿qué sucedería?”, repitiendo la misma pregunta frente a la nueva respuesta del paciente hasta que él mismo es incapaz de dar una nueva respuesta o no cree en la que da. Esta técnica fue utilizada en la intervención para el trabajo en reestructuración cognitiva en la búsqueda de las ideas irracionales sobre el consumo.

Diálogo socrático. El diálogo socrático según (Martínez, 2012) citado por Salomón (2014, p.62) fue desarrollado por Sócrates en la antigua Grecia, cuando mediante preguntas promovía la reflexión del interlocutor buscando este considerara como valido otros puntos de vista diferentes al suyo, ampliando el conocimiento. La finalidad del dialogo socrático no es imponer pensamientos ni generar respuestas manipuladas, lo que se busca principalmente es que el consultante logre cambiar por sí mismo ideas establecidas, “el estilo irónico del diálogo socrático es paradójicamente no confrontacional, ya que no pone al terapeuta como rival del consultante, resistente a lo que este trae como su experiencia, más bien lo acoge reconociendo sus incoherencias y preguntándole con el fin de buscar claridad” (Lukas, 2004, Martínez, 2012) citados por Salomón (2014, p.63). El dialogo socrático fue utilizado en la intervención para generar pensamientos alternativos frente a las ideas irracionales identificadas y para el abordaje de auto concepto negativo.

Entrenamiento en habilidades sociales - Asertividad y Empatía. Segrin (2009) citado por Ruiz, Díaz y Villalobos (2013, p.292) describen el entrenamiento en habilidades sociales como “un tratamiento cognitivo conductual en que se aplican un conjunto de técnicas cuyo objetivo es mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales”. Así mismo, indican ser una intervención ampliamente utilizada puesto que incide en todos los ámbitos en los que se desarrolla la persona ya que la dificultad en las habilidades sociales puede ser la base de muchos trastornos psicológicos. En intervención se utilizaron las técnicas de modelado y ensayo conductual para el entrenamiento en asertividad y empatía principalmente en la comunicación con su madre.

Modelado. Es una técnica utilizada frecuentemente en el entrenamiento de habilidades sociales que consiste en mostrar cómo se lleva a cabo la habilidad de manera efectiva y como no debe realizarse. (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2013, p304).

Ensayo conductual. Esta técnica permite a los consultantes tomar un papel activo en el proceso de adquisición de las habilidades, llevando la conducta que ha sido previamente indicada por modelamiento mediante juego de roles, esto buscando que el consultante pueda llevar a cabo lo aprendido en un ambiente controlado donde puede ser observado y recibir retroalimentación al respecto. (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2013, p305).

Entrenamiento en estrategias de afrontamiento: buscar apoyo social- buscar apoyo profesional- centrarse en resolver el problema. Lazarus y Folkman (1986) citados por Pérez y Rodríguez (2011), definen el afrontamiento como los esfuerzos que desarrolla un individuo de tipo cognitivo y conductual para manejar las demandas internas o externas percibidas como excedentes o desbordantes de los recursos propios. En la intervención se utilizó la discusión cognitiva para señalar a la consultante la efectividad de la búsqueda de apoyo social y profesional en su proceso, siendo esto una habilidad que se encontraba practicando durante su proceso de desintoxicación, resaltando logros obtenidos en el tiempo que llevaba dentro del programa gracias a ello, motivándola a continuar haciéndolo fuera de la institución una vez terminara su proceso.

Respecto a la estrategia de afrontamiento centrarse en resolver el problema, D'zurilla y Nezu (2010) citados por Días y Villalobos (2013), indican que la terapia de solución de problemas es

una intervención cognitivo conductual “dirigida a incrementar la habilidad de un individuo para solucionar problemas, es decir, para afrontar las experiencias estresantes de la vida y conseguir poner en marcha opciones de afrontamiento más adaptivas y eficientes” (p.435). En la intervención se utilizó las fases implicadas en un estilo de solución de problemas racional descritas por los mismos autores del libro mencionado: 1. Definición y formulación del problema, 2. Generación de alternativas de solución, 3. toma de decisiones, y 4. Implementación de la solución y evaluación de los resultados de la acción, ejemplificándolo con un problema sugerido para trabajar por la consultante en sesión.

Técnica de respiración profunda. El objetivo de la respiración es “conseguir un patrón respiratorio apropiado fisiológicamente que generalmente será adecuado para reducir las diferentes alteraciones respiratorias”. Choliz, (1998) citado por Días y Villalobos (2013). Estos autores igualmente describen la manera de practicar la respiración profunda buscando la reducción del nivel de activación general, el cual es enseñado a la consultante en sesión para el manejo de los síntomas de Craving.

Relajación progresiva de Jacobson. Se entrena a la consultante en esta técnica de relajación buscando brindar una herramienta más para el control de la ansiedad (síntomas de craving) que experimenta. Edmund Jacobson en 1939, es el desarrollador de esta técnica, quien comprobó que tensando y distendiendo una serie de músculos y haciendo consciencia de la sensación corporal generada, se eliminaban casi por completo las tensiones musculares induciéndose un estado de relajación profunda. Consiste en tensar y destensar dieciséis grupos musculares: mano y antebrazo dominantes, brazo dominante, mano y ante brazo no dominantes, brazo no dominante, frente, ojos y nariz, boca, cuello y garganta, pecho, hombros y parte superior de espalda, región

abdominal, muslo dominante, pantorrilla dominante, pie dominante muslo no dominante, pantorrilla no dominante, pie no dominante, haciendo consciencia de la sensación producida en cada grupo muscular. Días y Villalobos (2013, p.256-258).

Prevención de recaídas. Está orientado al aumento de la capacidad para afrontar con éxito las situaciones de alto riesgo que pueden generar recaídas, permitiendo la identificación de elementos cognitivos, emocionales, conductuales y ambientales que ponen en peligro su propósito de mantener los logros alcanzados, permitiendo ubicar los recursos y los déficit en habilidades de afrontamiento, para posteriormente entrenar en habilidades cognitivas y conductuales con las que se pueda hacer frente a las situaciones de riesgo. Marlatt (1993) citado por Chávez (2010).

Resultados

Tras nueve sesiones de evaluación y tratamiento que incluyeron la implementación de diversas técnicas cognitivo conductuales enfocadas a la intervención de las problemáticas de la consultante, se evidencia el logro en los resultados que se describirán a continuación

Resultados de la evaluación clínica pre-tratamiento (PRE)

Prueba de detección de consumo de alcohol tabaco y sustancias ASSIST. Se aplicó la prueba de detección de consumo de alcohol tabaco y sustancias ASSIST, la cual arrojó el tipo de sustancia que consume la consultante y el nivel de daño que puede causar el consumo de las mismas a corto o largo plazo. Se registró riesgo alto y posible dependencia al tabaco con 31 puntos, Cannabis con 33 puntos y sedantes o pastillas para dormir con 28 puntos, riesgo moderado con el consumo de Cocaína e inhalantes con 24 puntos respectivamente, finalmente se evidencia según el puntaje alcanzado para bebidas alcohólicas un riesgo bajo con ocho puntos. La prueba mide igualmente consumo de estimulantes tipo anfetamina, alucinógenos y opiáceos en las cuales puntuó cero. Las sustancias que ha consumido en mayor medida en los últimos tres meses son cannabis, cocaína y tabaco con una frecuencia diaria, seguido de consumo de alcohol, sedantes e inhalantes con consumo semanal. Indica deseo diario de consumo de tabaco y cannabis, y semanal de cocaína, inhalantes y sedantes. En entrevista y durante las sesiones, la consultante reporta en varias oportunidades que los pensamientos relacionados con el consumo

de sedantes son los que mayor ansiedad por abstinencia generan mayores dificultades de tipo familiar y social le han generado al combinar esta con otras sustancias.

Cuestionario de conductas antisociales y delictivas A-D. En la aplicación del cuestionario de conductas antisociales y delictivas A-D, se evidenció mayor ejecución de conductas de tipo delictivas que caen fuera de la ley, cumpliendo el criterio junto a los de incumplimiento grave de normas que corroboran el diagnóstico de comorbilidad con trastorno de conducta. Entre las conductas delictivas que señala haber realizado se encuentra pertenecer a una pandilla, forzar la entrada de un almacén, hurtar cosas de autos, portar armas, planear robo, robar cosas de almacenes, forcejear con policía para escapar, destrozar o dañar cosas en lugares públicos; por otro lado entre las conductas antisociales cometidas señala: salir sin permiso de casa o colegio, entrar en un sitio prohibido, incomodar a personas desconocidas, dificultad en el reconocimiento de autoridad, negarse a hacer tareas encomendadas, pelearse con otros.

Logros pos tratamiento relacionados con los resultados de las pruebas ASISST Y A-D.

Se considera importante resaltar que tanto la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias ASSIST junto con la prueba de detección de conductas antisociales y delictivas A-D fueron aplicadas únicamente como evaluación pre test, ya que al encontrarse la consultante institucionalizada y no tener acceso a sustancias psicoactivas o a espacios en los cuales pudiese llevar a cabo conductas de tipo antisocial o delictivas, se consideró que la aplicación de un pos test no arrojaría resultados significativos. En relación al cambio de percepción de la consultante haciendo comparativo entre resultados pre test y lo evaluado utilizando la entrevista con la consultante en las últimas sesiones realizadas, se evidencia reconocimiento por parte de la

consultante de ideas irracionales que mantenían el consumo, principalmente de dos de las cuatro abordadas, “Si no consumo, no me da hambre y la comida me da nauseas” y “yo puedo controlar el consumo”, lo cual muestra avance en relación a la adquisición de consciencia de enfermedad. En relación a las conductas antisociales y delictivas, la consultante refiere aceptar no tener la necesidad de cometer conductas delictivas, indica haberlas llevado a cabo al estar viviendo fuera de casa por influencia de sus amistades o pareja principalmente y bajo efectos generalmente de consumo de sustancias, refiere mejoría en la relación con su madre razón por la cual indica no desear volver a escapar de su casa.

Análisis funcional. Los siguientes resultados se obtienen luego de considerar la sintomatología referida, el tiempo, frecuencia de evolución, antecedentes, resultados de test haciendo el análisis funcional; al finalizar la evaluación clínica pre tratamiento se postula la siguiente impresión diagnóstica;

304.10 (F13.20) Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, Según la gravedad actual: Grave, Especificadores: En remisión inicial- En un entorno controlado, el cual presenta comorbilidad con: 304.30 (F12.20) Trastorno por consumo de cannabis, Según la gravedad actual: Grave, Especificadores: En remisión inicial- En un entorno controlado;

312.89 (F91.9) Trastorno de conducta tipo de inicio no especificado, Especificador: despreocupado por su rendimiento, Según la gravedad actual: moderado; 304.20 (F14.20) Trastorno por consumo de estimulantes – Cocaína, Según la gravedad actual: Moderado , Especificadores: En remisión inicial- En un entorno controlado; F18.229 Trastorno por consumo de inhalantes, Según la gravedad actual: Moderado, Especificadores: Pegante- En remisión inicial- En un entorno controlado; 305.1 (F17.200) Trastorno por consumo de tabaco,

Según la gravedad actual: Moderado, Especificadores: En remisión inicial- En un entorno controlado; F12.280 Trastorno de ansiedad inducido por cannabis, con inicio durante la abstinencia; F13.280 Trastorno de ansiedad inducido por sedante, hipnótico, ansiolítico, con inicio durante la abstinencia; 311. (F32.8) Depresión breve recurrente.

Igualmente las problemáticas asociadas a los trastornos como son, la disfunción familiar, dificultad en habilidades sociales y estrategias de afrontamiento, ideas irracionales sobre el consumo, conductas delictivas, auto concepto negativo, baja autoestima y auto aceptación, síntomas depresivos y ansiosos. Así mismo, en este proceso se procuró brindar a la consultante un espacio donde tuviera la libertad de expresarse cómodamente sin sentirse juzgada, lo cual permitió la generación del rapport y posteriormente la alianza terapéutica.

Resultados del proceso de intervención

Buscando generar mejoría de las problemáticas identificadas, durante la intervención se obtuvieron los siguientes resultados; a través de la Reestructuración cognitiva, utilizando la flecha descendente fue posible identificar las ideas irracionales de la consultante: *“Yo puedo controlar el consumo”, “Si no consumo, no me da hambre y la comida me da nauseas”, “El consumo me hace sentir bien, la paso mejor, me divierte cuando estoy aburrida”, “El consumo me ayuda a olvidar mis problemas y no estar triste”,* luego utilizando el dialogo socrático, se logró generar pensamientos alternativos a esas ideas irracionales: *“Si tengo problemas graves con mi mamá no me controlo con el consumo”, “Sí me da hambre aunque no esté drogada, así como me da ahora que no estoy consumiendo”, “El consumo me sirve para olvidar problemas por un rato, pero no los resuelve, los empeora”, “Reírme con mis amigos, escuchar música y ver series también me hace sentir bien y me des aburre”.*

Utilizando el entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson y respiración profunda se logra que la consultante haga consciencia de los síntomas de ansiedad (craving) mediante la psicoeducación realizada al respecto y utilice estas técnicas siendo su preferida la respiración profunda para el manejo de los mismos, empezando a desarrollar un papel activo para su propio bienestar y mejoría.

Mediante el entrenamiento de habilidades sociales, asertividad y empatía, utilizando el modelado y el ensayo conductual se logra que la consultante haga consciencia de la importancia del autocontrol emocional y de la posibilidad de manifestar desacuerdos de manera asertiva y empática, tras reconocer que la preocupación de su madre hace parte de su rol maternal. Se logró que la consultante observara y pusiera en práctica en la sesión, verbalizaciones asertivas en discusiones que suelen ser frecuentes con su madre por tres temas diferentes: reclamo de llegada tarde a casa, exigencia de indicar a donde irá y por desacuerdo acerca de sus amistades, en donde la consultante refiere perdía la calma al no sentirse comprendida. Con ello se logra generar una pequeña mejoría en la relación conflictiva mantenida por la consultante con su madre, disminuyendo a su vez los síntomas depresivos y por otra parte generando adhesión de la consultante al tratamiento.

Utilizando el dialogo socrático para aumentar el uso de la estrategia de afrontamiento buscar ayuda profesional y buscar ayuda social, se logra el reconocimiento de la consultante de la utilidad de recibir ayuda profesional identificando los avances en su proceso gracias a la misma, logrando que la consultante empezara a hacer uso activo de ella acercándose de forma autónoma a los especialistas de la institución para manifestar síntomas de craving, mostrando una actitud colaboradora. Igualmente, en el entrenamiento de las estrategias de afrontamiento, centrarse en resolver el problema, utilizando la psicoeducación y el ejercicio en la sesión que la consultante

planteara alternativas diferentes al consumo alrededor de una problemática frecuente con su madre (oposición y llamados de atención de la madre hacia la consultante debido a desacuerdo con las amistades que frecuenta).

Resultados de la evaluación clínica pos-tratamiento (POS)

Durante el proceso de terapia se analizaban permanentemente los cambios de conducta en la consultante los síntomas de ansiedad y depresión iniciando el proceso, las verbalizaciones de no necesitarlo y de querer escaparse, así como la hostilidad y comunicación por momentos agresiva que era evocada por la consultante ante verbalizaciones que no eran de su agrado. Una vez inicia el proceso terapéutico, la consultante empieza a mostrar una actitud más colaboradora en las sesiones, cambia sus verbalizaciones indicando sentir mejoría en la relación con su madre y disminución del deseo de escapar al igual que disminución de la sintomatología depresiva y ansiosa (craving) mediante la utilización de las técnicas de relajación en las que se le entrenó, y participación activa en cuanto a búsqueda de ayuda de los profesionales de manera autónoma para el manejo de los síntomas de craving.

La evaluación clínica pos tratamiento, da cuenta que la consultante se plantea el uso de las estrategias de afrontamiento y habilidades sociales trabajadas en sesión ya que dentro de su proceso en la institución tenía pocas oportunidades de ponerlas en práctica principalmente en lo que a la relación con su madre respecta. Así mismo se evidenció disminución en la sintomatología depresiva y ansiosa identificada inicialmente.

Las técnicas que generaron mayor impacto en la y resultaron más efectivas fueron la técnica de respiración profunda para el manejo de los síntomas de craving, el dialogo cognitivo en el entrenamiento en estrategia de afrontamiento buscar apoyo social y buscar apoyo profesional al

igual que la técnica de modelado en el entrenamiento en habilidades sociales y resolución de conflictos con la madre, ya que durante el proceso se evidenció mayor utilización y la consultante reportó mejoría luego de ponerlas en práctica.

Respecto a los logros alcanzados según lo propuesto en el plan de tratamiento y los objetivos terapéuticos, se considera que el objetivo de aumentar autoestima y promover la auto aceptación, no se logró debido a que solo fue posible abordar el tema en una sesión, lo cual se estima fue muy poco tiempo para resultar efectivo, por otro lado, los objetivos relacionados con aumentar uso de estrategias de afrontamiento buscar apoyo social, buscar ayuda profesional y centrarse en resolver el problema, junto con el entrenamiento en habilidades sociales asertividad y empatía en la comunicación, a pesar de haber sido trabajados en dos sesiones y visualizar pequeños cambios, para ser considerado efectivo, se reconoce la importancia de continuar trabajando en ello y especialmente de poder reforzar el entrenamiento fuera del contexto institucional, donde la consultante pueda poner en práctica de manera más frecuente y con los estímulos propios del contexto donde se desenvuelve lo trabajado en la consulta.

Resultados de la evaluación psicométrica

Para corroborar avances en el proceso se aplican las pruebas de Ansiedad estado-rasgo IDARE, Depresión estado-rasgo IDER, Estrategias de afrontamiento ACS y Escala de habilidades sociales EHS. Los resultados obtenidos en la evaluación PRE y POS en cada uno de los instrumentos se describen a continuación.

Inventario de ansiedad estado rasgo (IDARE)

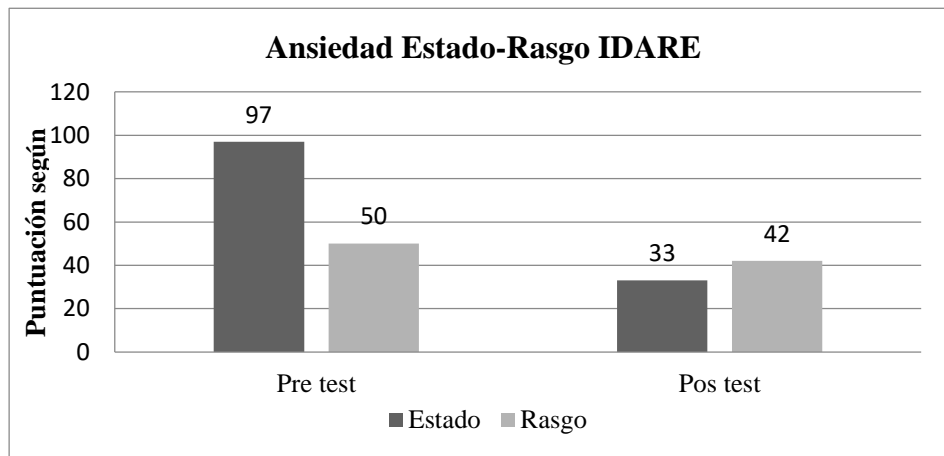


Figura 2. Resultados pre y pos tratamiento de la prueba de Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (IDARE).

El siguiente análisis de resultados se hace con el fin de comparar los cambios del pre test y el pos test aplicado a la consultante, como puede observarse en la figura dos, en el inventario de Ansiedad Estado- Rasgo IDARE, el pre test, arrojó una puntuación en ansiedad como estado (ansiedad transitoria, caracterizada por sentimientos de tensión y aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo) de 97 clasificada como ansiedad muy alta y puntuación en ansiedad como rasgo (disposición latente a la manifestación de reacciones ansiosas) de 50 clasificada como ansiedad media. Las puntuaciones obtenidas demuestran que la paciente tiende a reaccionar de manera ansiosa con una frecuencia media frente a situaciones que pueda considerar como amenazantes. En el pos test, N.M puntuó en ansiedad como estado 33 clasificado como ansiedad baja y en ansiedad como rasgo, 42 clasificándose en la misma categoría.

El comparativo del pre test con el pos test en este inventario, demuestra disminución de la sintomatología ansiosa, siendo relevante la disminución en las puntuaciones de ansiedad como estado pasando de un nivel alto con puntuación de 97 a un nivel bajo con puntuación de 33, ya

que uno de los objetivos de la intervención fue la disminución y manejo de los síntomas ansiosos por craving.

Inventario Depresión Estado- Rasgo (IDER)

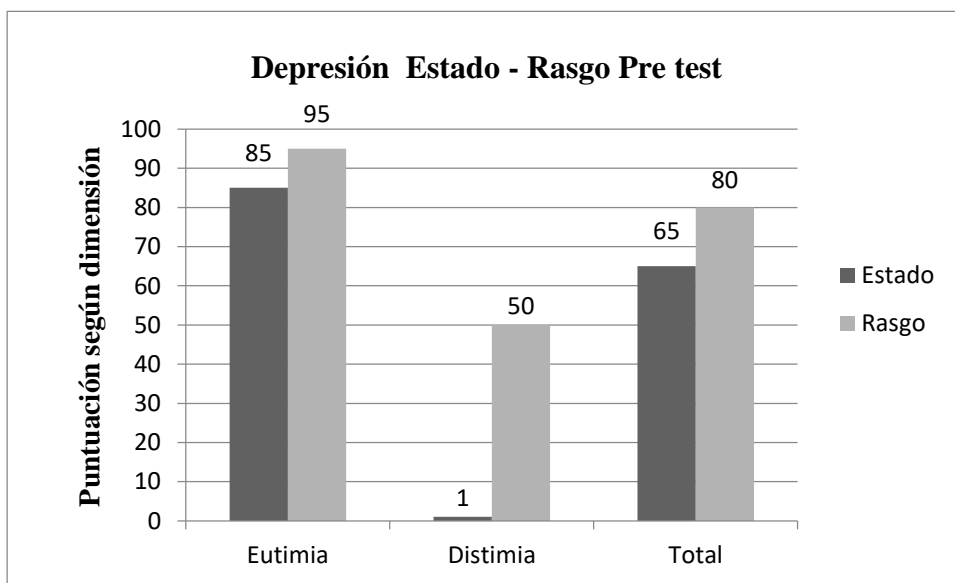


Figura 3. Resultados pre tratamiento de la prueba de Inventario Depresión Estado- Rasgo (IDER).

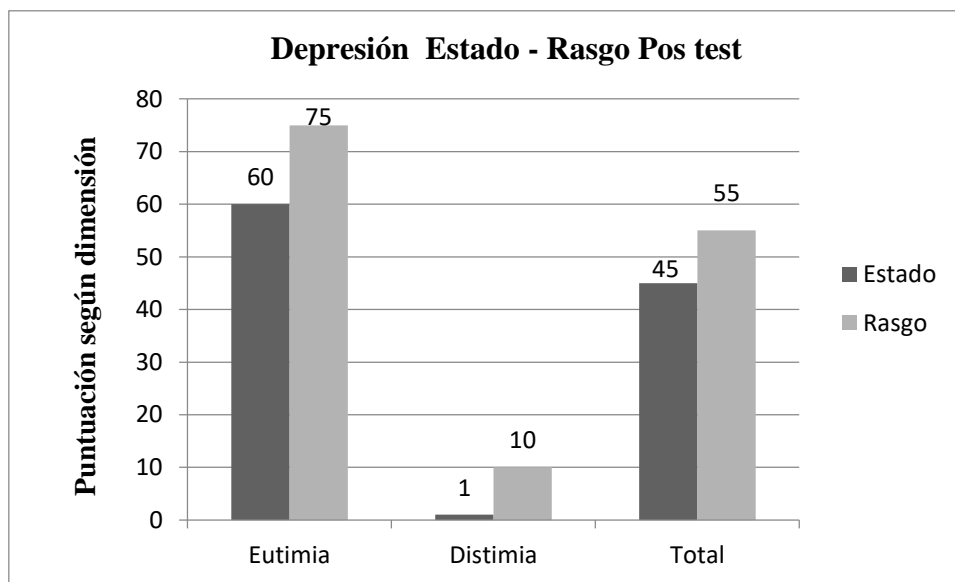


Figura 4. Resultados pos tratamiento de la prueba de Inventario Depresión Estado- Rasgo (IDER).

El siguiente análisis de resultados se hace con el fin de comparar los cambios que se presentan dentro del pre test y el pos test aplicado a la consultante, como puede observarse en la figura tres, se encuentran los resultados del pre test del inventario, encontrando puntuaciones altas en eutimia estado 85, rasgo 95 más que en distimia donde se encuentra puntuación en estado de 1 y en rasgo de 50. Tomando la Eutimia como un estado donde la consultante no presenta ningún síntoma y su ánimo es tranquilo, se evidencia que al momento de la aplicación la paciente se encontraba sin síntomas depresivos, sin embargo, observando la puntuación obtenida en distimia como rasgo de 50, se evidencia que existe cierto nivel de tendencia a la depresión por parte de la consultante. En los resultados obtenidos en el pos test se observa disminución en las puntuaciones de eutimia, sin embargo, continúan permaneciendo altas, alcanzando 60 puntos en estado y 75 en rasgo, mientras que en distimia observamos disminución significativa en rasgo pasando de 50 a 10, lo cual evidencia mejoría sintomática en la consultante.

Prueba estrategias de afrontamiento (ACS)

El propósito del siguiente análisis es integrar y comparar los resultados del pre test y pos test de la Prueba estrategias de afrontamiento (ACS) para establecer la evolución de la consultante durante el proceso de intervención, según los resultados de cada aplicación se observa un aumento en el uso de estrategias de afrontamiento en general, resaltando el aumento en frecuencia de uso de las estrategias abordadas en consulta como lo fue apoyo social, ayuda profesional y resolver problemas.

Prueba estrategias de afrontamiento (ACS)

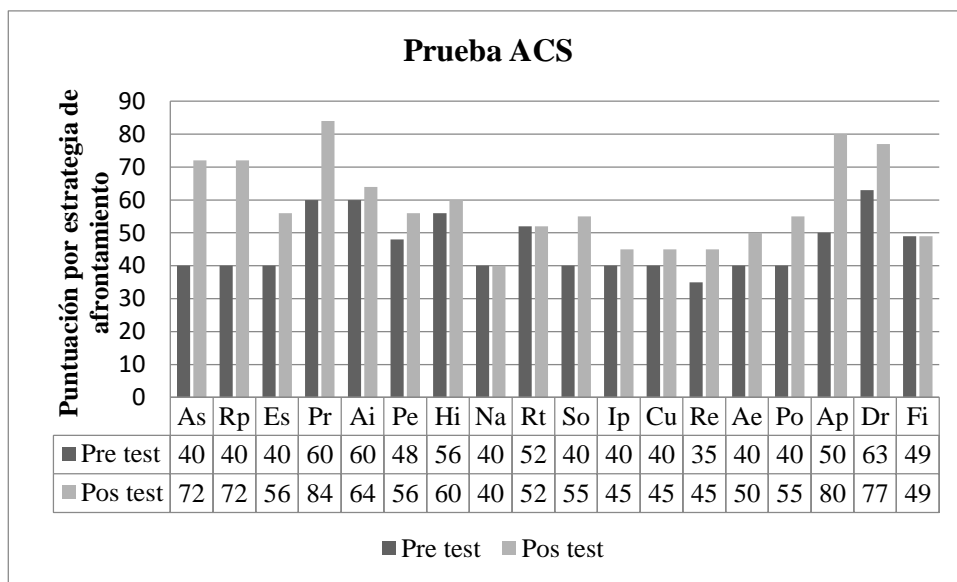


Figura 5. Resultados pre y pos tratamiento de la Prueba estrategias de afrontamiento (ACS)

Nota:* As: Apoyo social; Rp: resolver problemas; Es: Esforzarse y tener éxito; Pr: preocuparse; Ai: invertir en amigos íntimos; Pe: buscar pertenencia; Hi: hacerse ilusiones; Na: no afrontamiento; Rt: reducción de la tensión; So: acción social; Ip: ignorar problema; Cu: autoinculparse; Re: reservarlo para sí; Ae: apoyo espiritual; Po: fijarse en lo positivo; Ap: buscar ayuda profesional; Dr: diversiones relajantes; Fi: distracción física*.

Teniendo en cuenta los datos arrojados por el pre y el pos test se evidencia aumento en el factor de “preocuparse”, orientado al reconocimiento de tener un problema e inquietud por el futuro, el cual puntuó en el pre test 60 y en el post test subió a 84 puntos, considerándolo un avance importante en el reconocimiento de su situación. Seguidamente se observa aumento en la puntuación del factor “buscar ayuda profesional” pasando de 50 a 80 en puntuación, lo cual evidencia reconocimiento de la importancia de ello y la utilización de la estrategia por el

momento dentro la institución. “Diversiones relajantes” es la siguiente estrategia que aumentó de puntuación, encontrando incremento de 63 a 77, referida a la participación con mejoría en la actitud de la consultante en actividades de ocio establecidas por la institución. Las estrategias de “apoyo social” y “resolver problemas”, abordadas en intervención mostraron aumento en puntuación de 40 a 72 respectivamente, evidenciando utilización en mayor medida de las estrategias por parte de la consultante en el contexto en que se encontraba en el momento. En las estrategias de no afrontamiento, reducción de la tensión y distracción física no ocurrieron cambios en la puntuación.

Por otra parte se evidencia aumento en estrategias que se consideran negativas como lo es hacerse ilusiones que pasa de una puntuación en pre test de 56 a 60, ignorar el problema pasa de 40 a 45 al igual que la estrategia de auto inculparse, finalmente, reservarlo para sí que aumenta de 35 a 45 puntos. El incremento en la puntuación en estas estrategias de afrontamiento que no fueron abordadas en consulta de manera directa, se consideran estrategias que ameritan atención e intervención futura, sin embargo el aumento puede ser atribuible a factores como estado de ánimo al momento de la prueba, nivel de concentración o atención, entre otras.

Escala de habilidades sociales (EHS)

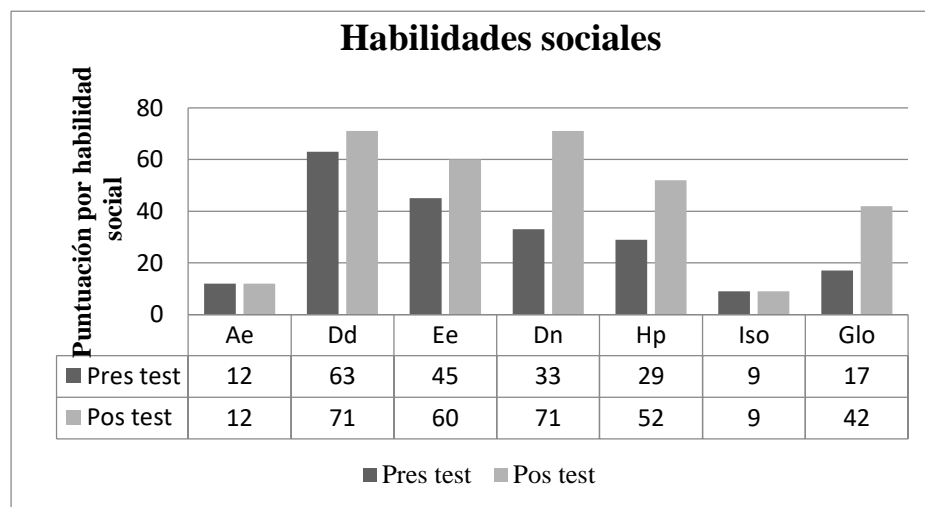


Figura 6. *Resultados pre y pos tratamiento de la Escala de habilidades sociales (EHS)*

*Nota:** Ae: autoexpresión en situaciones sociales; Dd: defensa de los propios derechos como consumidor; Ee: expresión de enfado o disconformidad; Dn: decir no y cortar interacciones; Hp: hacer peticiones; Iso: iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto; Glo: Puntuación global*.

El siguiente análisis de resultados busca comparar los cambios que se presentan dentro del pre test y el pos test aplicado a la consultante de la escala de habilidades sociales encontrando aumento significativo de puntuación en las habilidades de expresión de enfado o disconformidad pasando de 45 a 60, siendo significativo al ser la habilidad social trabajada en consulta, lo cual muestra mejoría en la capacidad de expresar enfado o sentimientos negativos justificados, o desacuerdos con otras personas, evidenciando la utilización de esta habilidad por estar aun dentro la institución principalmente en consulta. Igualmente, las habilidades de decir “no” y cortar interacciones, que aumenta de 3 a 71 en la puntuación y hacer peticiones, pasando de 29 a 52. En la puntuación global se evidencia aumento en el uso de las habilidades sociales evaluadas pasando de 17 a 42 puntos.

Lo anterior da cuenta, de cómo la generación de adherencia al tratamiento, el seguimiento al proceso y la relación lograda entre la participante y la terapeuta, conllevó a que la consultante finalice el proceso teniendo mayor consciencia de enfermedad y nuevos aprendizajes acerca de herramientas, para el manejo sintomático al igual que mejoría en habilidades sociales poco utilizadas y estrategias de afrontamiento que le permiten reemplazar el consumo de sustancias por estrategias efectivas y funcionales, generando motivación para que continúe su proceso de rehabilitación.

Discusión

El objetivo del trabajo realizado fue implementar un tratamiento de intervención psicológica en un estudio de caso de problemas asociados al trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, desde el modelo cognitivo conductual.

Se plantea que la terapia cognitivo conductual es efectiva para el tratamiento del trastorno abordado en este estudio de caso y consumo de sustancias psicoactivas en general, idea respaldada por Solórzano, Márquez, V. y Márquez, K. (2017) en su artículo Terapia cognitiva-conductual para rehabilitación-reinserción social del adicto y minimización de factores biopsicosociales, quienes concluyen que existe asociación teórica entre la terapia cognitivo conductual y la minimización de los factores biopsicosociales que dan origen a las adicciones, considerando importante se realice un trabajo mancomunado entre psiquiatras y Psicólogos, junto con las familias para la mejoría en las adicciones.

Una de las situaciones problema identificadas en la paciente como factor de predisposición y mantenimiento de las dificultades, fue la relación con sus padres y el estilo de crianza utilizado por la madre de tipo autoritario, el cual produjo dificultades comportamentales en la consultante que fueron abordadas generando estrategias para el manejo de situaciones conflictivas con la madre obteniendo mejoría en dicha relación, facilitado por la percepción de apoyo recibida por la consultante durante su proceso de desintoxicación por parte de la madre. Bettio (2017) en su tesis de grado titulada estrategias de afrontamiento y percepción de crianza en adolescentes consumidores, plantea que uno de los factores psicosociales que ha recibido mayor atención en lo relacionado con la drogodependencia es la crianza parental, resaltando que el apoyo familiar funciona como factor protector ante el inicio de consumo de drogas, ya que los adolescentes al

percibir de manera positiva el apoyo familiar muestra mayor resistencia al consumo, por otro lado el tener una percepción negativa de la relación con sus padres, genera que el joven no exprese sus emociones de forma saludable afrontando los problemas utilizando el consumo.

Otra de los problemas identificados en N.M fue la falencia en estrategias de afrontamiento, de manera más exacta en la de centrarse en resolver el problema, la cual fue intervenida considerándose importante en el proceso, para la generación de herramientas que pudiera utilizar la consultante frente a alguna situación considerada como insostenible. Linage y Lucio (2012) refieren que la solución de problemas es una estrategia funcional que se asocia al no consumo de sustancias, encontrando que aquellos jóvenes que resuelven el problema mediante acciones concretas presentan 10.51 veces más probabilidades de no consumir, estableciéndose como una elección adecuada entre las estrategias de afrontamiento abordadas.

Una tercera problemática identificada e intervenida fue la de las falencias en habilidades sociales, siendo una de las dificultades encontradas en la consultante como factor de mantenimiento de las problemáticas, Gonzalvez, Espada, Guillen, y Orgilés (2014) obtuvieron en su estudio que los adolescentes clasificados en el grupo con altas competencias en habilidades sociales, presentaron de manera significativa menos consumo que los chicos con bajas competencias en estas, igualmente en su estudio resultó relevante la relación entre la dificultad en estas habilidades con la conducta antisocial, determinando el entrenamiento en habilidades sociales como factor protector del consumo de sustancias.

Finalmente la cuarta problemática en la consultante que se consideró importante trabajar fue la sintomatología depresiva y ansiosa evidenciada en la entrevista y lo obtenido en a partir de los instrumentos psicométricos utilizados. Galván y et al. (2017), refiere que la depresión y la

ansiedad están estrechamente relacionadas con el consumo de hipnosedantes o benzodicepinas, indica que los síntomas depresivos están caracterizados por mayor fatiga y pérdida de la vitalidad, junto con ánimo depresivo no habitual, respecto a los síntomas ansiosos, indica estar caracterizados por sudoración, tensión muscular, taquicardia, dificultad respiratoria y temblor siendo estos los síntomas que reportaba la paciente sentir.

Existe poca investigación realizada principalmente en el país, acerca de intervención en trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, encontrando en su mayoría estudios realizados en España acerca del aumento del uso de estas sustancias en los tratamientos psiquiátricos para diferentes trastornos y la dependencia generada por el mal uso de los mismos. No se encontró estudios sobre la problemática de la compra y venta ilegal junto al uso recreativo y la dependencia a la sustancia generada posteriormente que se está dando entre la población joven en Colombia.

Conclusiones

Se logró cumplir con los objetivos, general y específicos del trabajo realizado, en cuanto al desarrollo de la evaluación clínica y psicométrica que permitió la identificación del diagnóstico según la sintomatología presentada, a partir de la cual se planteó el plan de intervención desde el modelo cognitivo conductual, donde teniendo en cuenta los resultados de la evaluación pos-test, se evidenció efectividad en la resolución de las problemáticas planteadas para intervenir.

Las técnicas que generaron mayor impacto y cambio en el caso abordado fueron la de entrenamiento en técnicas de relajación, entrenamiento en estrategias de afrontamiento y habilidades sociales, generando adhesión al tratamiento y motivación para que luego de finalizar su proceso en la institución, continúe trabajando de la mano de un profesional y utilice lo aprendido en la intervención realizada.

Teniendo en cuenta que al ingreso en la institución para desintoxicación se encontró en la consultante uso y dependencia a diferentes sustancias, las cuales eran consumidas de manera simultánea generalmente (policonsumo), se espera teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la intervención que una vez finalizado el proceso dentro de la institución por parte de la consultante y encontrándose en su contexto social habitual, probablemente no exista un abandono del consumo pero si una disminución significativa de la cantidad de sustancias que consumía antes de iniciar el tratamiento, generándose así reducción del daño.

Es necesario realizar un proceso más amplio en relación al tiempo de duración del mismo, donde sea posible abordar de manera completa los síntomas y realizar mayor cantidad de sesiones de prevención de recaídas y seguimiento pos tratamiento de la utilización de estrategias aprendidas en consulta y los cambios significativos logrados en el tratamiento, además de la

vinculación de la familia y las figuras significativas para la consultante buscando funciones como factores protectores para la misma.

Se consideran los factores psicosociales y socioeconómicos como determinantes significativos en el tratamiento de personas con trastornos por consumo, ya que se identificó la correlación de antecedentes de invalidación emocional, familias disfuncionales, contextos de pobreza, pares negativos, lo cual genera la necesidad de establecer como objetivo terapéutico que los consultantes consigan auto gestionarse y contrarrestar su propio medio, es por ello se hace fundamental el entrenamiento en estrategias de afrontamiento, dado que brindan a la persona con trastorno por consumo de SPA, un conjunto de recursos cognitivo conductuales dirigidos a resolver el problema, disminuir respuesta emocional y modificar el pensamiento de utilizar el consumo con estrategia de afrontamiento, con el fin de generar en el consultante principalmente el aprendizaje de estrategias para afrontar las dificultades y no para escapar de ellas.

El trastorno por consumo de sustancias tiene una alta prevalencia en Colombia, teniendo inicio en población cada vez más joven, por tal motivo, se debe prestar atención especial al fortalecimiento y diseño de programas de salud pública en donde se propenda por la prevención y/o atención de factores psicosociales especialmente de tipo familiar determinantes del mismo. Así mismo, resulta importante generar investigaciones acerca del tema, teniendo en cuenta la carencia de material teórico al respecto en especial del trastorno abordado en el presente estudio de caso.

Finalmente, se puede concluir que el tratamiento cognitivo conductual, es eficaz para aumentar las estrategias de afrontamiento, mejorar el uso de habilidades sociales, disminuir las creencias irracionales acerca del consumo y las conductas nocivas características de las problemáticas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas y sus trastornos comorbidos.

Recomendaciones

Se recomienda a la consultante y a su madre, que N.M continúe recibiendo atención psicológica y psiquiátrica debido a que la intervención fue realizada en un tiempo corto y no fue posible abordar su red de apoyo primaria, su familia en especial su madre, siendo este un factor que se considera fundamental para la mejoría de los problemas objeto del presente trabajo, por lo cual se invita a la madre a participar de dicho proceso. Así mismo se sugiere a la madre mejorar el vínculo con su hija, a través de una mayor supervisión y acompañamiento en sus actividades diarias, puesto que este se considera una de las bases de las dificultades de la consultante.

Igualmente se sugiere continuar con un proceso intervención, ya que la evaluación del aprendizaje y utilización de las estrategias implementadas para el manejo sintomático y las dificultades relacionales de la consultante, fue realizada únicamente en un entorno controlado como lo es la institución donde se encontraba, en donde se facilita el uso de las mismas, siendo importante se realice ejecución de las estrategias por parte de N.M fuera de este contexto y pueda ser realizado en terapia un seguimiento al mismo, buscando conocer dificultades que se presenten, manejo de las mismas y continuar con el proceso de rehabilitación que aun amerita la intervención profesional.

Es importante que la consultante continúe con la práctica y la implementación de las estrategias de manejo de síntomas ansiosos y depresivos, estrategias de afrontamiento y las habilidades sociales aprendidas, para mantener los cambios y la mejoría de sus dificultades.

Por último, se recomienda a la consultante que participe de espacios deportivos o artísticos de su agrado donde pueda aprender, con el fin de fortalecer sus redes de apoyo social y que a su vez funcione como estrategia de afrontamiento de sus dificultades ya que podría combatir el deseo de acudir a actividades autodestructivas como medidas de evitación cognitiva y emocionales.

Para la continuación del proceso terapéutico con la consultante, se recomienda abordar a profundidad el tema de autoestima, el cual fue identificado como uno de los problemas de la consultante sin embargo se reconoce, no se trabajó el tiempo suficiente para generar cambios significativos.

Como recomendación para la institución en el trabajo que realizan diariamente con población fármaco dependiente, se recomienda implementar una estrategia que permita que la familia se vea necesariamente comprometida a asistir a la realización de actividades dentro del proceso de intervención para la rehabilitación de su hijo o hija, buscando que tanto el consultante como su familia pueda desempeñar un rol activo desde la fase inicial y durante todo el proceso.

Referencias

- Academia Nacional de Medicina. (2017). Depresión en adolescentes: diagnóstico y tratamiento. *UNAM*, 60(5), 50-55.
- Acosta, J., Cárdenas, B., Cervantes, M., De la Torre, G., López, L., & Pineda, W. (2011). Policonsumo desde una perspectiva neuropsicológica. *Psicogente*, 14(25), 178-189.
- Ali, R., Edwards, S., Humeniuk, R., Monteiro, M., & Poznyak, V. (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): manual para uso en la atención primaria*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Alcaldía Distrital de Santa Marta., Secretaría de Salud del Distrito de Santa Marta., & UNODC. (2018). Caracterización del consumo de drogas en el distrito turístico, cultural e histórico de Santa Martha. *Descentralizadrogas*, 1-55.
- Alzuri, M., Calzada, Y., & Hernández, N. (2017). Depresión en la adolescencia: consideraciones necesarias para su diagnóstico y tratamiento. *Finlay*, 7(3), 1-5.
- Amórtegui, R., Bautista, N., Burgos, G., Correa, L., Cuello, C., Dávila, C., Gaviria, A., Osorio, E., Urquijo, R., & Valderrama, J. (2017). Boletín de salud mental en depresión. *Ministerio de Salud*, 1, 1-16.
- Andión, O., Cañete, T., Ferrer, M., Pardo, M., & Valls, C. (2016). Adolescentes con trastornos de comportamiento, ¿Cómo podemos detectarlos? ¿Qué se debe hacer? *Hospital Sant Joan de Dèu*, 1-163.
- Arias, M. (2014). De la psicología clínica: su historia, definición y conceptos. *Psyconex*, 6(9), 1-10.
- Aroche, A., Bestard, J., López, A., & Ocaña, N. (2010). *MEDISAN*, 14(4), 1-14.

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. *Panamericana*, 5, 31-947.
- Arnal, A., Bazanbide, M., Bellido, C., Civera, M., García, A., González, M., Peña, R., Pérez, M, & Vergara, M. (2011). Guía práctica, trastornos de la conducta. Una guía de intervención en la escuela. *Gobierno de Aragón*, 1-150.
- Bados, A., y García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. *Facultad de Psicología - Universidad de Barcelona*. Barcelona. Recuperado de:
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>.
- Bautista, F., Bradns, B., Giesbrecht, N., Khenti, A. Simich, L., & Strike, C., (2012a). Policonsumo simultáneo de drogas en estudiantes de pregrado del área de la salud de una universidad, San Salvador - El Salvador. *Florianópolis*, 21, 55-62.
- Bautista, F., Harrison, J., Herrera, A., Mitchell, C., Prieto, R., Riquelme, G., Sousa, M., Veloza, M., & Whitehorne, P. (2012b). Policonsumo simultáneo de drogas en estudiantes de facultades de ciencias de la salud/ciencias médicas en siete universidades de cinco países de América Latina y un país del Caribe: implicaciones de género, legales y sociales. *Florianópolis*, 21, 17-24.
- Bello, C., García, J., Klimenko, O., Plaza, D, & Sánchez, N. (2018). Estrategias preventivas en relación a las conductas adictivas en adolescentes. *PSICOESPACIOS*, 12(20), 144-172.
- Bettio, S. (2017). *Estrategias de afrontamiento y percepción de crianza en adolescentes consumidores*. (Tesis de pregrado). Universidad del Aconcagua, Providencia, Santiago de Chile.

- Born, D., Lombardía, M., & Minujín, A. (2015). Una aproximación a la situación de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe a partir de evidencia cuantitativa reciente. *Unicef*, 1-52.
- Borrás, T. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correo científico médico*, 18(1), 1-5.
- Bulacio, J., Vieyra, M., Álvarez, D., y Benatuil, D. (2004). El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. *XI Jornadas de Investigación*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-029/16>.
- Casas, M., Colom, J., Díaz, S., Eiroa, F., Gonzalvo, B., Grau, L., Moreno, A., Roncero, C., & Sánchez, L. (2011). Tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando terapia cognitivo conductual y entrevista motivacional. *Psicothema*, 23(1), 107-113.
- Casas, M., & Roncero, C. (2006). Consumo de cannabis y psicopatología. Madrid, España. 65-77.
- Calderón, G., Moscoso, M., & Navarro, J. (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit*, 23(1), 57-74.
- Castro, G., De la fuente, A., Gómez, P., Gómez, R., Marín, R., & Tena, A. (2018). Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Medicina interna*, 34(2), 264-278.
- Catalá, F., De la fuente, C., González, D., Macías, D., Montero, D., & Vicente, M. (2013). Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2011. *Salud pública*, 87(3), 246-255.

Centros de Integración Juvenil. (2012). Manual de Apoyo para Tratamiento con Psicofármacos. México, 1-173.

Colegio Colombiano de Psicólogos. (2018). Doctrina No. 3. Consentimiento informado en el ejercicio de la psicología en Colombia. Recuperado de:

[http://colpsic.org.co/aym_image/files/Doctrina%20N%C2%B0%2003,%20ENE2419\(1\).pdf](http://colpsic.org.co/aym_image/files/Doctrina%20N%C2%B0%2003,%20ENE2419(1).pdf).

Chaskel, R., & Pacheco, P. (2016). Depresión en niños y adolescentes. *PRECOP*, 15(1), 30-38.

Chávez, E. (2010). Prevención de Recaídas Centros de Integración Juvenil Dirección de Tratamiento y Rehabilitación. Recuperado de:

<http://www.intranet.cij.gob.mx/archivos/pdf/materialdidacticotratamiento/manualprevrecaldas.pdf>.

De la Peña, F., & Palacios, L. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Salud mental*, 34(5), 420-427.

Díaz., Ruiz, A., y Villalobos, A. (2013). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.

Díaz, R., & Spielberger, C. (1999). IDARE inventario de ansiedad: estado- rasgo. *El manual moderno*, (25), 1-28.

Hernanz, M. (2015). Adolescente y nuevas adicciones. *Revista de asociación especializada en Neuropsiquiatría*, 35(126), 309-322.

Fernández, C., Lemus, R., Martínez, A., Mendoza, M., & Ramírez, L. (2012). Guía clínica para el diagnóstico y manejo de los trastornos de conducta. *Hospital psiquiátrico infantil*, 1-41.

Fernández, J., & Secades, R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3), 365-380.

- Frydenberg, E, & Lewis, R. (2000). ACS escalas de afrontamiento para adolescentes. *TEA*, 3(240), 1-27.
- Galván, J., Jeremías, C., Roquer, M., Ruiz, I., Sánchez, E, & Zayas, P. (2017). Uso y abuso de los ansiolíticos y antidepresivos. *Universidad de Barcelona*, 1-20.
- García, E., Hidalgo, H., Loor, W., Macías, J, & Scrich, A. (2018). Causas de las adicciones en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Revista Arch Med Camagüey*, 22(2), 129-138.
- Gradolí, T., Morales, E., & Sánchez, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos adictivos*, 6(3), 159- 166.
- Gismero, E. (2002). ACS Escalas de Afrontamiento para Adolescentes. Madrid: *TEA, ediciones*.
- González, M., Espada, J., Guillén, A., y Orgilés, M. (2014). ¿Consumen más drogas los adolescentes con déficit en habilidades sociales? *Revista Española de Drogodependencia*, 39 (4), 14-28.
- Lefio, L., Rebolledo, C., Rivas, K., Villarroel, S., & Zamorano, P. (2013). Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Revista panamericana de salud pública*, 34(4), 257-266.
- Linage, M., y Lucio, M. (2012). Asociación entre consumo de sustancias y estrategias de afrontamiento en jóvenes. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 4(1), 55-66.
- Machorro, M., & Souza, L. (2008). Trastornos por ansiedad y comórbidos del consumo de psicotrópicos y otras sustancias de abuso. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 9(3), 215-226.
- Moreno, A. (2014). Intoxicaciones por hipnóticos sedantes y antidepresivos. *Servicio y salud*, 1-50.

- Ministerio de Educación Nacional., Ministerio de Justicia y del Derecho., & Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar colombiana. *Observatorio de drogas de Colombia*, 1-186.
- Muñoz, M., Redondo, S., Rubio, V., Ruiz, G., & Velázquez, A. (2016). Urgencias hospitalarias asociadas al consumo de hipnóticos y sedantes, castilla y león, 2009-2013. *Salud pública*, 90(2), 1-15.
- Páramo, M. (2011). Psicología clínica de niños y adolescentes, psicoterapia para adolescentes y perfil del psicólogo: análisis de contenido de discursos grupales. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 20(2), 132-142.
- Pérez, M., y Rodríguez, N. (2011). Estrategias de afrontamiento: un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja. *Revista Costarricense de Psicología*, 30(45-46), 17-33.
- Rodríguez, P. (2017). Trastornos del comportamiento. *Pediatría integral*, 21(2), 71-81.
- Román, V. (2017). Comunicación, infancia y adolescencia: guía para periodistas y salud adolescente. *Unicef*, 1-35.
- Salomón, A. (2014). Dialogo socrático en logoterapia. *Avances en psicología*, 22(1), 61-74.
- Seisdedos, N. (2001). Cuestionario de conductas antisociales-delictivas (A-D). *El manual moderno*, 8(36), 1-30.
- Solórzano, R., Márquez, V., y Márquez, K. (2017). Terapia cognitiva-conductual para rehabilitación- reinserción social del adicto y minimización de factores biopsicosociales. *Dominio de las ciencias*, 3(2), 752-769.
- Spielberger, C. (2008). IDER: inventario de Depresión Estado- Rasgo. *TEA*, (24), 1-14.

Vantour, A., Arzuaga, A., Bestard, J., y Ocaña, N. (2010). Uso y abuso de las benzodiazepinas. *MEDISAN*, 14 (4).

Anexos

Anexo A. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./D^a _____ con DNI/Pasaporte n.º _____, con domicilio en _____, actuando en:

___ Mi propio nombre,

___ como padre/madre o tutor/a del/la menor _____

MANIFIESTO QUE:

1. He recibido del/la Psicólogo/a _____ toda la información necesaria, de forma confidencial, clara, comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito de los objetivos, procedimientos, temporalidad y honorarios que se seguirán a lo largo del proceso que se deriva de la demanda que al mismo he formulado, una vez efectuada la inicial valoración profesional que al mismo/a corresponde, aplicándose al efecto la obligación de confidencialidad y el resto de los preceptos que rigen en el Código Deontológico y normas de deontología profesional de la Psicología.
Así mismo reconozco expresamente que el psicólogo/a me ha informado de la necesidad de informar al otro/a padre/madre respecto de la intervención solicitada para lo cual el/la solicitante se compromete a comunicárselo, eximiendo a la psicólogo de realizar tal comunicación, por expresado motivo.
2. Que, una vez valorada la necesidad del tratamiento o intervención precisa, de la que he recibido información en los términos antes indicados, ACUERDO Y COMPROMETO con el Psicólogo/a que suscribe este documento, que será solo él/ella quien se encargará de prestarlo, conforme a indicada información.
3. Así mismo quedo informado de que el presente consentimiento PODRÁ SER REVOCADO LIBREMENTE, en cualquier momento, tanto por el paciente como por el profesional, de acuerdo con lo establecido en la legislación aplicable.
4. Igualmente, he sido informado/a de:
 - Que en cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos y la Ley Organica 3/2018, de 5 Diciembre de PDGDD, los datos personales que facilita, se recogerán en el fichero de pacientes cuyo responsable es _____. Los datos se recogerán con la única finalidad de elaborar los documentos derivados de esta intervención profesional, su facturación, seguimiento posterior y las funciones propias de la actividad profesional que los justifica.
 - Que en cualquier momento el titular de los datos personales podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación, oposición, olvido, portabilidad y limitación del tratamiento, dirigiéndose por escrito al profesional de la psicología antes indicado, en la dirección de correo electrónico o dirección postal _____.
 - Que el responsable del fichero, ha adoptado las medidas de seguridad que están a su alcance para proteger la inviolabilidad de sus datos personales en sus instalaciones, sistemas y ficheros. Asimismo, el responsable del fichero garantiza la confidencialidad de los datos personales; éstos sólo podrán ser revelados a las autoridades públicas competentes en caso que le sean requeridos de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias aplicables.

Tomando ello en consideración, por el presente documento, expresamente AUTORIZO y COMPROMETO, con el/la Psicólogo/a D./D^a _____ para realizar la citada intervención profesional, y OTORGO mi expreso CONSENTIMIENTO para que realice las indicadas intervenciones, y para que los datos sean incorporados a los ficheros antes mencionados para su tratamiento conforme a los fines especificados.

Doy mi consentimiento expreso para recibir información comercial por vía electrónica SI [] NO []

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: D./D^a _____ Fdo.: D./D^a _____
Psicólogo/a Col. n.º AO- _____

Anexo B. Prueba ASSIST

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)

Nombre del trabajador clínico: Piçc P. Siervo. Nombre del usuario: [REDACTED]

Fecha: 29/03/19 [REDACTED]

PREGUNTA 1 | A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)

a) Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	No	Si	X
b) Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	No	Si	X
c) Cannabis (marihuana, mota, hierba, hashís, etc.)	No	Si	X
d) Cocaína (coca, crack, etc.)	No	Si	X
e) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	Si	No	X
f) Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	No	Si	X
g) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No	Si	X
h) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	Si	No	X
i) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	No	Si	X
j) Otras, especifique:	No	Si	

PREGUNTA 2 | En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?

	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Día a día o casi diariamente
a) Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	2	3	4	5
b) Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	2	3	4	5
c) Cannabis (marihuana, mota, hierba, hashís, etc.)	0	2	3	4	5
d) Cocaína (coca, crack, etc.)	0	2	3	4	5

e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f Inhalantes(óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, 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
PREGUNTA 3 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?					
	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diaria o casi
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 nítrico, pegamento, gasolina, solvente para 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

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?

	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diaria o casi diariamente
a) Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	4	5		7
b) Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	4	5		7
c) Cannabis(marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	4	5		7
d) Cocaína (coca, crack, etc.)	0	4	5		7
e) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	4	5		7
f) Inhalantes(óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	4	5		7
g) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	4	5		7
h) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	4	5		7
i) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5		7
j) Otras, especifique:	0	4	5		7

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.)?

	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diaria o casi diariamente
a) Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
b) Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	5	6		8
c) Cannabis(marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	5	6		8
d) Cocaína (coca, crack, etc.)	0	5	6		8
e) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	5	6		8
f) Inhalantes(óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	5	6		8
g) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6		8
h) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6		8
i) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6		8

j Otras, especifique: 0 4 5 6 7

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.)?

	No, nunca	Si, en los últimos tres meses	Si, 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 nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, 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

PREGUNTA 7 | ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?

	No, nunca	Si, en los últimos tres meses	Si, 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.)	<input checked="" type="radio"/>	6
f Inhalantes(óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	<input checked="" type="radio"/>	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	<input checked="" type="radio"/>	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	<input checked="" type="radio"/>	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	<input checked="" type="radio"/>	6
j Otras, especifique:	<input checked="" type="radio"/>	6

PREGUNTA 8 ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)	No, nunca	Sí, en los últimos tres meses	No respondió
(Marque la casilla correspondiente)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo C. Cuestionario de conductas Antosociales - Delectivas

Conteste SI o NO a las frases siguientes

1. Alborotar o silbar en una reunión, lugar público o de trabajo	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2. Salir sin permiso (del trabajo, de casa o del colegio)	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3. Entrar en un sitio prohibido (jardín privado, casa vacía)	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4. Ensuciar las calles/aceras rompiendo botellas o volcando cubos de basura	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
5. Decir "tacos" o palabras fuertes	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
6. Molestar a personas desconocidas o hacer gamberradas en lugares públicos	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
7. Llegar tarde al trabajo, colegio o reunión	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
8. Hacer trampas (en examen, competición importante, información de resultados)	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
9. Tirar basuras al suelo (cuando hay cerca una papelera o cubo)	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
10. Hacer pintadas en lugares prohibidos (pared, encerado, mesa, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
11. Coger fruta en un jardín/huerto que pertenece a otra persona	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
12. Romper o tirar al suelo cosas que son de otra persona	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
13. Gastar bromas pesadas a la gente, como empujarlas dentro de un charco o quitarles la silla cuando van a sentarse	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
14. Llegar, a propósito, más tarde de lo permitido (a casa, trabajo, obligación)	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
15. Arrancar o pisotear flores o plantas en un parque o jardín	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
16. Llamar a la puerta de alguien y salir corriendo	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
17. Comer, cuando está prohibido, en el trabajo, clase, cine, etc.	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
18. Contestar mal a un superior o autoridad (trabajo, clase o calle)	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
19. Negarse a hacer las tareas encomendadas (trabajo, clase o casa)	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
20. Pelearse con otros (con golpes, insultos o palabras ofensivas)	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

◆ ◆ ◆

21. Pertenecer a una pandilla que arma jaleos, se mete en peleas o crea disturbios	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
22. Coger el coche o la moto de un desconocido para dar un paseo, con la única intención de divertirse	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
23. Forzar la entrada de un almacén, garaje, guardamuebles o quiosco	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
24. Entrar en una tienda que está cerrada, robando o sin robar algo	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
25. Robar cosas de los coches	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
26. Llevar algún arma (cuchillo/navaja) por si es necesaria en una pelea	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
27. Planear de antemano entrar en una casa/chalet/etc. para robar cosas de valor (y hacerlo si se puede)	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
28. Coger la bicicleta de un desconocido y quedarse con ella	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
29. Forcejear o pelear para escapar de un policía	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
30. Robar cosas de un lugar público (trabajo/colegio) por valor de más de 1.000 pts.	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
31. Robar cosas de grandes almacenes, supermercados, etc., estando abiertos	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
32. Entrar en una casa/piso/etc. y robar algo (sin haberlo planeado antes)	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
33. Robar materiales o herramientas a gente que está trabajando	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
34. Gastar frecuentemente en el juego más dinero del que se puede	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
35. Robar cosas o dinero en las máquinas tragaperras, teléfono público, etc.	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
36. Robar ropa de un tendedero o cosas de los bolsillos de ropa colgada en una percha ...	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
37. Conseguir dinero amenazando a personas más débiles	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
38. Tomar drogas	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
39. Destrozar o dañar cosas en lugares públicos	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
40. Entrar en un club prohibido o comprar bebidas prohibidas	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES

Anexo D. Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo IDARE

Pre

SXE

IDARE
Inventario de Autoevaluación
por
C.D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Beigosa, L. Notalicio y R. Díaz-Guerra

Nombre: [redacted] Fecha: 12/04/19

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente ahora mismo, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	LAICOO	BAJAMENTE	MUCHO
1. Me siento calmado(a)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me siento seguro(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Estoy tenso(a)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Estoy contrariado(a)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Estoy a gusto	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me siento alterado(a)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me siento descansado(a)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Me siento ansioso(a)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Me siento cómodo(a)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me siento con confianza en mí mismo(a)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Me siento nervioso(a)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me siento agitado(a)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Me siento "a punto de explotar"	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Me siento reposado(a)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Me siento satisfecho(a)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Estoy preocupado(a)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me siento muy agitado(a) y ansioso(a)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Me siento alegre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

© 1988 por
EDICIONES EL MANUAL, MEDUNO S.A. DE C.V.
Calle de la Unidad Nacional
de la Secretaría de Salud, México, D.F.

Este inventario está impreso en verde y negro. NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.

0513

IDARE

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
33. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico(a)	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	①	②	③	④

EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Av. Sonora núm. 206 Col. Hipódromo, Deleg. Cuauhtémoc
06100 México, D.F.

* Nota: Este Inventario está impreso en verde y negro. NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.

IDARE
Inventario de Autoevaluación

SXR


Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	1	2	3	4	
21. Me siento bien	①	●	③	④	3
22. Me canso rápidamente	①	●	③	④	2
23. Siento ganas de llorar	①	●	③	④	2
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	●	③	④	2
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	●	③	④	2
26. Me siento descansado(a)	①	②	●	④	2
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	●	③	④	3
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	●	③	④	2
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	●	②	③	④	1
30. Soy feliz	①	●	③	④	3
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	●	③	④	2
32. Me falta confianza en mí mismo(a)	①	●	③	④	2
33. Me siento seguro(a)	①	②	●	④	2
34. Procuero evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	●	③	④	2
35. Me siento melancólico(a)	①	●	③	④	2
36. Me siento satisfecho(a)	①	②	●	④	2
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	●	②	③	④	1
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	●	③	④	2
39. Soy una persona estable	①	●	③	④	3
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	①	●	③	④	2

EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Av. Sonora núm. 206, Col. Hipódromo, Deleg. Cuauhtémoc
06100 México, D.F.

42

* Nota: Este inventario está impreso en verde y negro. NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.



IDARE

Inventario de Autoevaluación por

C.D. Spielberg, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

SXE

POS

Nombre: [REDACTED] Fecha: 07/06/19

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.


		NO EN NINGUNO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO	
1. Me siento calmado(a)	0	1	2	3	4	2
2. Me siento seguro(a)	0	1	2	3	4	2
3. Estoy tenso(a)	0	1	2	3	4	1
4. Estoy contrariado(a)	0	1	2	3	4	1
5. Estoy a gusto	0	1	2	3	4	2
6. Me siento alterado(a)	0	1	2	3	4	1
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	0	1	2	3	4	2
8. Me siento descansado(a)	0	1	2	3	4	2
9. Me siento ansioso(a)	0	1	2	3	4	1
10. Me siento cómodo(a)	0	1	2	3	4	2
11. Me siento con confianza en mí mismo(a)	0	1	2	3	4	2
12. Me siento nervioso(a)	0	1	2	3	4	1
13. Me siento agitado(a)	0	1	2	3	4	1
14. Me siento "a punto de explotar"	0	1	2	3	4	1
15. Me siento reposado(a)	0	1	2	3	4	2
16. Me siento satisfecho(a)	0	1	2	3	4	2
17. Estoy preocupado(a)	0	1	2	3	4	2
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	0	1	2	3	4	1
19. Me siento alegre	0	1	2	3	4	2
20. Me siento bien	0	1	2	3	4	2

© 1990 por

EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.

Memoria de la Cámara Nacional

de la Industria Editorial Mexicana, Reg. Núm. 34



4 489000 028027

33

Nota: Este inventario está impreso en verde y negro. NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR. 0515

Anexo E. Inventario de Depresión Estado-Rasgo IDER

Nombre Profesión Pce

Sexo Varón Mujer Edad 15 Fecha 12/04/19

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de frases que la gente usa para describirse a sí misma. Por favor, lea las correspondientes a la columna de su sexo (VARONES o MUJERES) y rodee con un círculo el número que más se aproxime a cómo se siente **EN ESTE MOMENTO** y **GENERALMENTE**. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos actuales y cómo se siente en la mayoría de las ocasiones.

DEBE CONTESTAR EN LA COLUMNA DE SU SEXO.

VARONES

EN ESTE MOMENTO...	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Estoy apenado	1	2	3	4
3. Estoy decaído	1	2	3	4
4. Estoy animado	1	2	3	4
5. Me siento desdichado	1	2	3	4
6. Estoy hundido	1	2	3	4
7. Estoy contento	1	2	3	4
8. Estoy triste	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmado	1	2	3	4
10. Me siento enérgico	1	2	3	4

NO SE DETENGA, CONTÍNE CONTESTANDO A LOS ELEMENTOS 11 A 20.

GENERALMENTE...	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
11. Disfruto de la vida	1	2	3	4
12. Me siento desgraciado	1	2	3	4
13. Me siento pleno	1	2	3	4
14. Me siento dichoso	1	2	3	4
15. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
16. Estoy decaído	1	2	3	4
17. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
18. Estoy hundido	1	2	3	4
19. Estoy triste	1	2	3	4
20. Me siento enérgico	1	2	3	4

MUJERES

EN ESTE MOMENTO...	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
2. Estoy apenada	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
3. Estoy decaída	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
4. Estoy animada	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
5. Me siento desdichada	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
6. Estoy hundida	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
7. Estoy contenta	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
8. Estoy triste	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
9. Estoy entusiasmada	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
10. Me siento enérgica	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4

NO SE DETENGA, CONTÍNE CONTESTANDO A LOS ELEMENTOS 11 A 20.

GENERALMENTE...	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
11. Disfruto de la vida	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
12. Me siento desgraciada	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
13. Me siento plena	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
14. Me siento dichosa	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
15. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
16. Estoy decaída	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
17. No tengo ganas de nada	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
18. Estoy hundida	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
19. Estoy triste	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
20. Me siento enérgica	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4

Autor: Ch. D. Spielberger.
 Copyright © 2008 by TEA Ediciones, S.A.U., Madrid, España - Este ejemplar está impreso en Si le presentas otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.

IDER

Nombre: [redacted] [redacted]
Sexo: V M Edad: 15 Fecha: 07/06/19

Pos

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de frases que la gente usa para describirse a sí misma. Por favor, lee las correspondientes a la columna de su sexo (VARONES o MUJERES) y rodee con un círculo el número que más se aproxime a cómo se siente **EN ESTE MOMENTO** y **GENERALMENTE**. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos actuales y cómo se siente en la mayoría de las ocasiones.

DEBE CONTESTAR EN LA COLUMNA DE SU SEXO.

VARONES

EN ESTE MOMENTO...	Basta	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Estoy apenado	1	2	3	4
3. Estoy decaído	1	2	3	4
4. Estoy animado	1	2	3	4
5. Me siento desdichado	1	2	3	4
6. Estoy hundido	1	2	3	4
7. Estoy contento	1	2	3	4
8. Estoy triste	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmado	1	2	3	4
10. Me siento energético	1	2	3	4

NO SE DETENGA, CONTINÚE CONTESTANDO A LOS ELEMENTOS 11 A 20.

GENERALMENTE...	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
11. Disfruto de la vida	1	2	3	4
12. Me siento desgraciado	1	2	3	4
13. Me siento pleno	1	2	3	4
14. Me siento dichoso	1	2	3	4
15. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
16. Estoy decaído	1	2	3	4
17. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
18. Estoy hundido	1	2	3	4
19. Estoy triste	1	2	3	4
20. Me siento energético	1	2	3	4

MUJERES

EN ESTE MOMENTO...	Basta	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
2. Estoy apenada	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
3. Estoy decaída	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
4. Estoy animada	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
5. Me siento desdichada	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
6. Estoy hundida	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
7. Estoy contenta	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
8. Estoy triste	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
9. Estoy entusiasmada	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
10. Me siento energética	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4

NO SE DETENGA, CONTINÚE CONTESTANDO A LOS ELEMENTOS 11 A 20.

GENERALMENTE...	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
11. Disfruto de la vida	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
12. Me siento desgraciada	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
13. Me siento plena	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
14. Me siento dichosa	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
15. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
16. Estoy decaída	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
17. No tengo ganas de nada	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
18. Estoy hundida	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
19. Estoy triste	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
20. Me siento energética	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4

Autores: Ch. D. Spielberger
Copyright © 2008 by TEA Ediciones, S.A.U., Madrid, España - Este ejemplar está impreso en . Si se presentan uno o más logos es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO CA DIFUNDE - Todos los derechos reservados. Inmunda se reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.

Anexo G. Escala de Habilidades Sociales EHS

Kce

EHS	Nombre y apellidos: [Redacted]	Edad: 15	Sexo: [Redacted]
	Código: [Redacted]	Fecha: 21/04/19	

ANTE SUS RESPUESTAS RODEANDO LA LETRA DE LA ALTERNATIVA QUE MEJOR SE ADECUA A SU MODO DE SER O DE ACTUAR.
COMPRUEBE QUE RODEA LA LETRA EN LA MISMA LINEA DE LA FRASE QUE VA LEYENDO.

A No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.
B Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra.
C Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúo o me siento así.
D Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de las veces.

A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpido.	A B <input checked="" type="checkbox"/> C D
Me cuesta telefonar a bancos, oficinas, etc.	A B C <input checked="" type="checkbox"/> D
Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.	A B C <input checked="" type="checkbox"/> D
Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entró después que yo, me cello.	A <input checked="" type="checkbox"/> B C D
Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle «No».	A B C <input checked="" type="checkbox"/> D
A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejó prestado.	A B <input checked="" type="checkbox"/> C D
Si en un restaurante no me traen la comida como la había pedido, llamo al camarero y pido que me la hagan de nuevo.	A B C D <input checked="" type="checkbox"/>
A veces no sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto.	A B C <input checked="" type="checkbox"/> D
Muchas veces cuando tengo que hacer un halago, no sé qué decir.	A B C <input checked="" type="checkbox"/> D
Tendré a guardar mis opiniones para mí mismo.	A B <input checked="" type="checkbox"/> C D
A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.	A B C D
Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle.	A B C D <input checked="" type="checkbox"/>
Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo, prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.	A B <input checked="" type="checkbox"/> C D
Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla.	A B C <input checked="" type="checkbox"/> D
Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme.	A B C D <input checked="" type="checkbox"/>
Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal la vuelta, regreso allí a pedir el cambio correcto.	A B C <input checked="" type="checkbox"/> D
No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.	A B C <input checked="" type="checkbox"/> D
Si voy en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tanto la iniciativa y me acepto a entablar conversación con ella.	A B C D <input checked="" type="checkbox"/>
Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás.	A B C D
Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas a tener que pasar por entrevistas personales.	A B C D
Soy incapaz de regatear o pedir descuentos al comprar algo.	A B C D <input checked="" type="checkbox"/>
Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.	A B C D <input checked="" type="checkbox"/>
Nunca sé cómo «cortarse» a un amigo que habla mucho.	A B C <input checked="" type="checkbox"/> D
Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho complicarme mi decisión.	A B C <input checked="" type="checkbox"/> D
Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.	A B C D <input checked="" type="checkbox"/>
Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor.	A B C <input checked="" type="checkbox"/> D
Soy incapaz de pedir a alguien una cita.	A B C <input checked="" type="checkbox"/> D
Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mí físico.	A B C D
Me cuesta expresar mi opinión en grupos (en clase, en reuniones, etc.).	A B C <input checked="" type="checkbox"/> D
Cuando alguien se me «cuelga» en una fila, hago como si no me diera cuenta.	A B C D
Me cuesta mucho expresar agresividad o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados.	A B C <input checked="" type="checkbox"/> D
Muchas veces prefiero ceder, callarme o quitarme de en medio para evitar problemas con otras personas.	A B C D <input checked="" type="checkbox"/>
Hay veces que no sé negarme a salir con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces.	A B C D <input checked="" type="checkbox"/>

COMPRUEBE QUE HA DADO UNA CONTESTACIÓN A CADA UNA DE LAS FRASES.

Autor: Elena González González.
Copyright © 2000 by TEA Ediciones, S.A. - Todos los derechos reservados. - Prohibida la reproducción total o parcial.
Edita: TEA Ediciones, S.A. (Madrid) - Impreso en papel en OCS ONTAS - Printed in Spain - Impreso en España.

EHS

Nombre y número: [redacted] Clase: 15 Fecha: 10/06/09

Apellido: [redacted] Fecha: [redacted]

Antes de responder rodea la letra de la alternativa que mejor se ajuste a tu modo de ser o de actuar.
Comprueba que haya al menos una X en la segunda línea de la frase que se lee.

Pos

A No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo hago.
B Más veces que me ocurre, aunque algunas veces no ocurre.
C Me ocurre aproximadamente, aunque no siempre ocurre o me ocurre así.
D Muy de acuerdo o me ocurre o ocurre así en la mayoría de las veces.

A veces evita hacer preguntas por miedo a parecer estúpido. A B C D

En cuenta telefonos o tiendas, oficinas, etc. A B C D

Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo. A B C D

Cuando en una tienda atender antes a alguien que estoy después que yo, me da. A B C D

Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, pido un mal rato para decirle que no. A B C D

A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que he comprado. A B C D

Si en un restaurante no me traen la comida como la había pedido, llamo al camarero y pido que me la hagan de nuevo. A B C D

A veces he salido que decir a personas atractivas del sexo opuesto. A B C D

Muchos veces cuando tengo que hacer un favor, no sé qué decir. A B C D

Tiendo a guardar mis opiniones para mí mismo. A B C D

A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería. A B C D

Si estoy en el cine o alguien me molesta con su conversación, me da mucho gusto pedir que se vaya. A B C D

Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo, prefiero callarme y manifestar abiertamente lo que yo pienso. A B C D

Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me resulta mucho costoso. A B C D

Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme. A B C D

Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal la vuelta, regreso allí a pedir el cambio correcto. A B C D

No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta. A B C D

Si voy en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, hago la invitación y me acuerdo a establecer conversación casual. A B C D

Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás. A B C D

Si hubiera que buscar trabajo, preferiría recibir cartas a tener que pasar por entrevistas personales. A B C D

Soy incapaz de regañar o pedir disculpas al comprar algo. A B C D

Cuando un familiar me pide un favor, prefiero escuchar mis sentimientos antes que expresar mi enfado. A B C D

Nunca sé cómo «cartear» a un amigo que habla mucho. A B C D

Cuando decido que no me aparece volver a salir con una persona, me resulta mucho complicado me decido. A B C D

Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo. A B C D

Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor. A B C D

Soy incapaz de pedir a alguien una cita. A B C D

Me resulta bastante o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mí físico. A B C D

Me cuesta expresar mi opinión en grupos (en clases, en reuniones, etc.). A B C D

Cuando alguien se me «cuenta» en una fila, hago como si no me diera cuenta. A B C D

Me cuesta mucho expresar agresividad o enfado hacia el otro sexo, aunque luego me disculpo justificando. A B C D

Muchos veces prefiero callar, callarme o regañarme de mí mismo para evitar problemas con otras personas. A B C D

Hay veces que no sé negarme a salir con alguien que no me aparece pero que me resulta ser un poco. A B C D

COMPRUEBE QUE HA DADO UNA CONTESTACIÓN A CADA UNA DE LAS FRASES

Autor: Tere Gómez González
Copyright © 2006 by RA-Ediciones, S.A. - Todos los derechos reservados. - Prohibida la reproducción total o parcial.
ISBN: 978-84-96330-1-8. Madrid. - Cuentas de España en 2006. - Printed in Spain. Impreso en España.

Anexo H. *Desarrollo del Proceso Terapéutico por sesión*

Consultante	Motivo de consulta	Número de sesión	Objetivo terapéutico	Técnica utilizada	Actividades desarrolladas en la sesión	Resultados	Observaciones
<p>Caso: 1 N.M. Edad: 15 años Genero: Femenino Ocupación: Ninguna</p>	<p>Consultante: “Mi mamá me trajo aquí obligada que para que me rehabilite porque consumo drogas”</p>	<p>1</p>	<p>Obtener información de la situación de la consultante de manera diacrónica, establecer rapport.</p>	<p>Entrevista semiestructurada y aplicación de los Test ASSIST. Y test Figura humana, por indicaciones recibidas por parte de jefe inmediato del sitio del sitio de práctica.</p>	<p>Realización de entrevista a la consultante recolectando datos sociodemográficos, características de su ingreso al programa, tipología y características de la familia, antecedentes familiares y personales de salud mental y física, antecedentes académicos, relaciones de pareja, inicio de consumo, causa de autolesiones, expectativas frente a situación actual y antecedentes de intentos para abandonar consumo.</p>	<p>Se logró establecer rapport con la consultante, al igual que obtener información relevante como: la consultante pertenece a familia monoparental conformada por su madre quien es cabeza de familia, su padre es habitante de calle, mantiene una relación cercana y conflictiva con su madre debido al consumo y sus amistades, reporta actualmente estar en su tercer intento de rehabilitación</p>	<p>Al momento de la atención la consultante se encuentra orientada en tiempo espacio y persona, sin embargo se encuentra somnolienta producto de la medicación dada, presenta pediculosis en cuero cabelludo, y autolesiones en brazo izquierdo, según reporta consultante de hace dos días antes de su ingreso a la institución, su aspecto físico concuerda con su edad cronológica, se</p>

						<p>pasando anteriormente por dos instituciones (Hospital psiquiátrico San camilo y Fundación con Cristo me basta), refiere tener tres hermanos, producto de otras relaciones de su madre, con quienes no convive, su media hermana de 26 años con quien mantiene relación conflictiva y distante al igual que con su hermano de 22 años debido al consumo, y un hermano de 18 años con quien reporta tener una relación cercana. Niega antecedentes médicos, refiere bajo rendimiento académico desde segundo de primaria y haber abandonado</p>	<p>muestra colaboradora, su lenguaje es pausado, se toma un tiempo para pensar antes de generar cada una de sus respuestas, no se evidencian alteraciones psicomotoras ni sensoriales aparentes.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

						<p>estudios cursando sexto grado. Reporta haber tenido cuatro relaciones de pareja y haber iniciado consumo a los 12 años por ruptura de su primera relación. Acerca de sus autolesiones (pequeños cortes de forma horizontal en brazo izquierdo y muslos) indica hacerlo cuando se encuentra con sentimientos de tristeza o con rabia y por no tener a su disposición sustancias para consumir. Esta información, orienta la utilización de otros instrumentos psicométricos, según los síntomas depresivos identificados como</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--

						tristeza, ira, llanto, desesperanza, baja autoestima, agresividad verbal hacia su madre, en los momentos en que se encuentra enojada, conductas de riesgo, como el consumo de sustancias psicoactivas, prostitución, autolesiones, y actitud desinteresada frente a la resolución de sus problemas, con un tiempo de recurrencia de tres años.	
		2	<p>Evaluar sintomatología utilizando test psicométricos (pre test).</p>	<p>Cuestionario A-D conductas antisociales y delictivas. IDARE ansiedad estado-rasgo. IDER depresión estado-rasgo. ACS estrategias de afrontamiento. EHS habilidades sociales.</p>	<p>Explicación de las razones para aplicar las pruebas, manifestando necesidad de identificar síntomas para establecer objetivos de intervención, a lo que la consultante manifestó estar de acuerdo, presentación y aplicación de los instrumentos.</p>	<p>Se continuó promoviendo la alianza terapéutica con la consultante. Se logró aplicar los 5 cuestionarios planeados para la sesión. No se realiza intervención por poco tiempo</p>	<p>Se evidencia mayor disposición durante la sesión, sin embargo manifiesta desgano ante la solicitud de lectura de los cuestionarios, a pesar de ello, lo hace y sigue las instrucciones allí</p>

						disponible con la consultante para la sesión debido a actividad programada en la institución en la que ella debía participar.	planteadas.
		3	Modificar ideas irracionales acerca del consumo.	Reestructuración cognitiva Flecha descendente Dialogo socrático	Explicación de resultados encontrados en las pruebas como lo es la presencia de síntomas depresivos como tristeza, sentimientos de soledad y llanto, síntomas leves de ansiedad como sudoración, respiración rápida, e inquietud motora frente a situaciones que considera amenazantes como lo es el no consumo de sustancias psicoactivas de mayor preferencia como lo son benzodiazepinas y cannabis, ideas irracionales sobre el consumo, dificultades en habilidades sociales como la expresión asertiva de emociones y desacuerdos, dificultad en la elección y utilización	Se logra identificar con la consultante las ideas irracionales: -Si no consumo, no me da hambre y la comida me da nauseas. - El consumo me ayuda a olvidar mis problemas y no estar triste. - El consumo me hace sentir bien, la paso mejor, me divierte cuando estoy aburrida. -Yo puedo controlar el consumo. Posteriormente se	Se evidencia dificultad en la consultante para identificar alternativas de pensamiento, ya que busca justificar el consumo de manera reiterativa y plantea con un nivel bajo de creencia los pensamientos alternativos. Razón por la cual se planea continuar trabajando en reestructuración cognitiva en las siguientes sesiones.

					<p>de estrategias de afrontamiento eficaces. Se realiza la exposición de temas a trabajar acordando con la consultante por cual iniciar.</p> <p>Se evalúa en escala de cero a diez compromisos percibidos por la consultante con su propio proceso, obteniendo un seis según manifestó.</p> <p>Psicoeducación sobre identificación de ideas irracionales y a partir de las mismas se utiliza la flecha descendente y el dialogo socrático para encontrar pensamientos alternativos.</p>	<p>plantean alternativas de pensamiento como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Si me da hambre aunque no esté drogada, así como me da ahora que no estoy consumiendo”. -“El consumo me sirve para olvidar problemas por un rato, pero no los resuelve, los empeora”. -“Reírme con mis amigos, escuchar música y ver series también me hace sentir bien y me des aburre”. -“Si tengo problemas graves con mi mamá no me controlo con el consumo”. 	
		4	<p>Disminuir sintomatología ansiosa (craving) reportada. Modificar ideas</p>	<p>Reestructuración cognitiva. Relajación muscular progresiva</p>	<p>Se continúa trabajando en pensamientos alternativos como:</p>	<p>Se identifica con la consultante el consumo como</p>	<p>La consultante reporta aumento de la medicación debido</p>

			<p>irracionales acerca del consumo.</p>	<p>de Jacobson. Técnica de respiración profunda.</p>	<p>- "Sí me da hambre aunque no esté drogada, así como me da ahora que no estoy consumiendo". - "El consumo me sirve para olvidar problemas por un rato, pero no los resuelve, los empeora". - "Reírme con mis amigos, escuchar música y ver series también me hace sentir bien y me des aburre". - "Si tengo problemas graves con mi mamá no me controlo con el consumo". para las ideas irracionales encontradas: - "Si no consumo, no me da hambre y la comida me da nauseas". - "El consumo me ayuda a olvidar mis problemas y no estar triste". - "El consumo me hace sentir bien, la paso mejor, me divierte cuando estoy aburrída". - "Yo puedo controlar el consumo".</p> <p>Se realiza</p>	<p>principal estrategia de afrontamiento, se logra establecer pensamiento alternativo "El consumo me sirve para olvidar problemas por un rato, pero no los resuelve, los empeora." Teniendo en cuenta lo anterior se identifica la necesidad de iniciar el trabajo en estrategias de afrontamiento mediante la identificación de frustraciones y manejo de las mismas en relación a la madre y la ausencia de su padre al igual que sentimientos de impotencia relacionados con</p>	<p>a episodio de ansiedad elevada por pensamientos relacionados con el consumo, la consultante refiere "me puse a hablar con unas compañeras de cómo se sentía consumir y a recordar, me puse muy ansiosa y me quise ir para volver a consumir", a causa del aumento en la medicación" reporta menor ansiedad actualmente.</p>
--	--	--	---	--	---	---	--

					psicoeducación sobre relajación progresiva y aplicación en la sesión para el manejo de la ansiedad al igual que de la técnica de respiración profunda.	situación actual de su padre (habitante de calle), a la vez que abordar la identificación de orientación sexual de la consultante, ya que menciona “el amor de mi vida es una mujer y tuve problemas con mi mamá cuando se lo dije”, lo cual se presume puede estar relacionado con sus frustraciones en relación a su madre. Se logra enseñanza de técnicas de relajación teniendo pendiente evaluar puesta en práctica de las mismas y efectividad para la disminución de la ansiedad.	
		5	Disminuir sintomatología depresiva.	Discusión cognitiva Psicoeducación.	Se indaga sobre presencia de sintomatología	Se encuentra disminución de	Durante la sesión la consultante se

			<p>Promover en la consultante la identificación de síntomas de craving y manejo de los mismos.</p> <p>Aumentar uso de estrategias de afrontamiento buscar apoyo social, buscar ayuda profesional.</p>		<p>depresiva actualmente, que fue identificada en sesiones iniciales (sentimientos de soledad, tristeza, llanto) en la consultante, en el momento la consultante reporta no experimentarlos refiriendo que la relación con su madre ha mejorado desde que inició el proceso de desintoxicación según indica la consultante debido a permanencia de N.M en el proceso de desintoxicación y mayor atención percibida por la paciente de parte de su madre, se señala la realización de actividades de tipo deportivo y manuales que se realizan en la institución como herramienta para combatir los síntomas depresivos, motivando a la realización de actividades que son agradables para la consultante como el baile y salidas recreativas en compañía de su familia, cuando se encuentre fuera de la</p>	<p>sintomatología depresiva reportada por la consultante, en relación a llanto frecuente, sentimientos de soledad e irritabilidad.</p> <p>Se logra realizar la identificación de los síntomas de craving junto con la consultante presentes al momento de la consulta, el generador de los síntomas en el momento y retomar la técnica de respiración profunda trabajada en la sesión anterior la cual consiste en tomar aire profundamente por la nariz, mientras se percibe cómo la mano colocada en el vientre se alza, realizar una pequeña</p>	<p>muestra y reporta ansiedad, debido a intento de evasión de dos compañeras de la institución y conversación con ellas antes de hacerlo, al finalizar la sesión la sintomatología ansiosa evidenciada había desaparecido, lo cual es corroborado con reporte de la consultante, durante la sesión ingiere una pastilla de levomepromazina dada por su tutora.</p>
--	--	--	---	--	---	---	--

					<p>institución, para combatir los síntomas mencionados. Se señala la relación con su madre como un factor desencadenante de sentimientos positivos y negativos en la consultante, proponiendo abordar estrategia para disminuir conflictos y deterioro de dicha relación en la siguiente sesión, a lo que se muestra de acuerdo.</p> <p>Se realiza psicoeducación sobre craving entendida como la sensación de necesidad de conseguir el estado psicológico y físico inducido por las drogas, siendo esta una característica del proceso de abstinencia y la identificación de síntomas como inquietud motora, salivación, sudoración, sensación de ahogo, pensamientos relacionados con la huida de la institución, y manejo de los mismos utilizando las técnicas de relajación (Relajación progresiva de Jacobson, imaginación guiada y</p>	<p>pausa y soltar el aire por la boca lentamente, al igual que la técnica de relajación progresiva de Jacobson.</p> <p>Se promueve en la consultante la utilización de la habilidad social “buscar apoyo social y profesional”, identificando con la misma las personas a quien acudir dentro de su círculo social.</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--

					<p>respiración profunda) en las que ha sido entrenada.</p> <p>Se realiza intervención en estrategias de afrontamiento poco utilizadas por la consultante, en dirección a buscar ayuda profesional y buscar apoyo social, se señala la ayuda que recibe por parte del equipo terapéutico institucional, se indaga acerca de cómo se ha sentido al notar que hay más personas buscando ayudarlo cuando ella manifiesta cómo se siente, frente a ello, la consultante indica sentirse a gusto y reconoce la importancia de la búsqueda de ayuda. Se señala el logro de mantenerse en el programa, como prueba de lo útil que puede resultar esta estrategia.</p> <p>Se finaliza la sesión mencionando los temas trabajados.</p>		
		6	Aumentar uso de estrategia de afrontamiento centrarse en resolver el problema.	Psicoeducación. Metáfora. Dialogo socrático.	Se realiza intervención en estrategias de afrontamiento poco	Se logra mostrar a la consultante lo ineficaz de la	La consultante durante la sesión se muestra tranquila y

			<p>Aumentar uso de habilidad social asertividad en la comunicación.</p> <p>Aumentar autoestima y promover la auto aceptación a partir de identificación de aspectos positivos en si misma (auto concepto).</p>	<p>Tarea. Modelado Ensayo conductual.</p>	<p>utilizadas por la consultante, esta vez en dirección a centrarse en resolver el problema, se exponen 3 maneras de resolver los problemas: impulsiva, evitativa y racional, se explora la manera en que la consultante suele resolver sus problemas, abordando puntualmente los relacionados con su madre, frente a lo cual manifiesta utilizar el dialogo con ella, reconociendo utilizar en ocasiones los gritos y actitud desafiante o de negación frente a lo que la madre le verbaliza “ quiero que deje esas amistades que no le sirven, sobre todo con ese muchachito vicioso al que le dice befo, él no le sirve para nada, solo para perjudicarla más y hundirla más en el vicio”, en momentos donde se siente enojada o triste. Se muestra el consumo como una manera de escapar más que de resolver problemas, se utiliza la metáfora</p>	<p>utilización de la manera impulsiva de resolver problemas donde se enmarcan los comportamientos referidos por ella en una discusión como los gritos, desafíos y negaciones con los que se pretende resolver un desacuerdo, motivándola a utilizar el dialogo como herramienta para resolver conflictos evitando llegar a las circunstancias en donde hace uso de los mencionados recursos negativos, utilizando el autocontrol de emociones como la tristeza y la ira, los cuales refiere son los que la llevan a comportarse de dicha</p>	<p>colaboradora, reporta disminución de medicación por descenso en nivel de ansiedad presentado anteriormente. Se evidencia dificultad en introspección en relación a identificación de aspectos positivos propios principalmente de tipo interno.</p>
--	--	--	--	---	--	--	--

					<p>“cuando tenemos un problema estamos en un hueco y cuando consumimos es como si agarráramos una pala para salir del hueco pero siguiéramos cavando”. Se propone el estilo de solución de problemas racional, indicando los cuatro pasos que la componen: 1. identificar problema, (desacuerdo con madre acerca de sus amistades) 2. Generar alternativas de solución, (hablar con madre para explicarle razones por las cuales los eligió como amigos, invitar a su madre para que los conozca, escuchar y entender razones de su madre acerca de su pensamiento sobre sus amigos) 3. Tomar decisiones (la consultante elige la opción, invitar a su madre para que los conozca) y 4. Actuar y evaluar resultados. Frente a al problema de consumo, se identifican soluciones que propone la consultante frente a</p>	<p>forma en la discusión, reiterando la importancia del uso de la técnica de respiración enseñada para disminuir dichas emociones y el uso de la asertividad y la empatía aprendidos mediante ensayos conductuales realizados en la sesión. Igualmente se logra que la consultante en sesión estructure tres de los cuatro pasos para resolver problemas, comprometiéndose a llevar a cabo el cuarto, realizando la identificación de uno de los problemas que reporta tener (discusiones con su madre sobre sus amistades), pensando en cómo solucionar</p>
--	--	--	--	--	---	--

					<p>sus problemas a lo que reporta finalmente el dialogo y la búsqueda de ayuda.</p> <p>Se realiza entrenamiento en habilidades sociales, iniciando por la asertividad, entendida como la manera de exponer desacuerdos sin agredir a los demás y la empatía, haciendo referencia a la capacidad de percibir y comprender lo que el otro está sintiendo al igual que su importancia en las relaciones sociales, se utiliza el dialogo socrático para orientar a la consultante en la búsqueda de razones por las cuales se producen los enfrentamientos con su madre encontrando según reporta el control excesivo hacia ella, haciendo referencia a las reglas que su madre impone: indicar donde se encuentra, establecimiento de hora de llegada a casa, desaprobación de pares negativos y</p>	<p>el problema, con una alternativa diferente al consumo.</p> <p>Se logró que la consultante identificara en si misma aspectos positivos como: voluntad de cambio y mejoría personal, capacidad de amar a sus seres queridos, capacidad de lealtad a sus amigos, respeto por los animales y características físicas propias de su agrado.</p>	
--	--	--	--	--	---	---	--

					<p>solicitud de explicaciones sobre falta a las reglas. Se le cuestiona en relación a la importancia de utilizar la empatía para comprender puntos de vista diferentes al suyo, y acerca de cuáles considera son las labores propias del rol materno, a lo que la consultante menciona la protección del hijo como una de las más importantes además del control y la orientación parte de dicha labor, encontrando que N.M reconoce dichas acciones como una muestra de afecto de su madre hacia ella. Se realiza modelado de verbalizaciones utilizando la empatía y la asertividad en una discusión con su madre por un reclamo de llegada tarde a casa/ exigencia de indicar a donde irá y por desacuerdo acerca de sus amistades. Seguidamente, se realiza ensayo conductual con las situaciones mencionadas.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					<p>Se deja como tarea en la visita que tiene con su madre esta semana, tocar el tema de las amistades y los desacuerdos mutuos frente a esta situación, recordando lo trabajado en el ejercicio realizado en sesión sobre asertividad y empatía.</p> <p>Utilizando el dialogo socrático, por medio de preguntas se orienta a la consultante en la identificación de aspectos positivos tanto externos como internos de sí misma, encontrando dificultades en introspección. La consultante menciona como aspectos físicos que le gustan de sí misma únicamente sus labios, cabello y estatura, a nivel interno y con dificultad, ya que se le mencionaba características identificadas por la terapeuta como: voluntad de cambio y mejoría personal,</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					capacidad de amar a sus seres queridos, capacidad de lealtad a sus amigos, respeto por los animales. Finalmente la consultante logra reconocer las características personales mencionadas en sí misma. Se finaliza la sesión mencionando los temas trabajados y recordando la tarea dejada.		
		7	Prevenir recaídas	Discusión cognitiva	Inicialmente se indaga acerca de realización de la tarea indicada a lo que la consultante refiere no haber tocado el tema de sus amistades y los desacuerdos mutuos frente a ello con su madre. Se utiliza la discusión cognitiva para abordar los problemas identificados en sesiones anteriores y el manejo de los mismos aprendido en el transcurso de la intervención, encontrando en el discurso de la consultante el manejo de síntomas ansiosos	Se logra que la consultante mencione lo aprendido en las sesiones trabajadas y la utilización que da a ello, indicando que utiliza con frecuencia la técnica de respiración más que la de relajación progresiva de Jacobson e indica que le funciona. Igualmente el reconocimiento de la	Durante la sesión la consultante se muestra tranquila, no reporta aumento en la medicación que se le suministra (fluoxetina 20mg, carbamazepina 200mg y levomepromazina 100mg). Refiere estar controlando los síntomas de craving mediante la técnica de respiración y brindando

				<p>como sudoración, inquietud motora y pensamientos relacionados con el escape de la institución, que surgen frente a pensamientos o conversaciones sobre el consumo, mediante la utilización de la técnica de respiración principalmente; la dificultad en la estrategia de afrontamiento buscar apoyo social o ayuda profesional, mencionando a su padrino, su madre y su mejor amigo como red de apoyo de primera línea y la ayuda de instituciones donde reciba atención profesional en segunda línea.</p> <p>Por otra parte se recuerda a la consultante lo trabajado en relación a centrarse en resolver el problema, exponiendo nuevamente las 3 maneras de resolver los problemas impulsiva, evitativa y racional, se expone una vez más el consumo como una manera de escapar más</p>	<p>importancia de buscar ayuda frente a situaciones problemáticas y las personas a las que acudir, al igual que la búsqueda de ayuda profesional.</p>	<p>información sobre su estado anímico al tutor encargado de manera voluntaria o cuando se lo preguntan.</p>
--	--	--	--	--	---	--

					<p>que de resolver problemas, recordando la metáfora mencionada “cuando tenemos un problema estamos en un hueco y cuando consumimos es como si agarráramos una pala y para salir del hueco pero siguiéramos cavando”. Uso de la asertividad y la empatía en las relaciones interpersonales dirigida principalmente a su madre logrando que la consultante mencione nuevamente labores propias del rol materno conversadas en sesiones anteriores. Finalmente en relación al trabajo en autoconcepto y autoimagen la consultante menciona dos de las características identificadas en sesión: voluntad de cambio y mejoría personal, capacidad de amar a sus seres queridos y capacidad de lealtad a sus amigos, refiriendo sentirse realmente identificada con estas características.</p>		
		8	Prevenir recaídas	Discusión	Se utiliza la	Se logra	Durante la

			<p>Aplicar pos test</p>	<p>cognitiva. IDARE ansiedad estado- rasgo. IDER depresión estado-rasgo. ACS estrategias de afrontamiento. EHS habilidades sociales.</p>	<p>discusión cognitiva para evaluar compromiso con su proceso actualmente, a lo que reporta encontrarse en una escala de cero a diez, en un ocho, al igual que para identificar principales riesgos que considera la consultante puede encontrar a su salida del programa, que puedan debilitar el grado de compromiso que tiene consigo misma, en pro de su rehabilitación, frente a lo que refiere el olor del cannabis en la zona donde reside, el ofrecimiento de benzodiacepinas por parte de algún expendedor de droga y un conflicto fuerte con su madre donde se vea implicado que N.M deba abandonar la casa. Respecto a lo último mencionado, se le pregunta en que se le ha entrenado buscando que pueda minimizar el riesgo de que esta dificultad se presente con su madre, a lo que la consultante menciona la empatía y</p>	<p>evidenciar adhesión de la consultante al entrenamiento en habilidades sociales (asertividad y empatía en la comunicación) principalmente con su madre siendo este un factor importante en la generación de síntomas principalmente depresivos en la consultante y uno de los factores de riesgo para que se dé el consumo. Se logra aplicar los test psicométricos para evaluar cambios en los mismos posterior a la intervención realizada.</p>	<p>consulta la consultante se muestra tranquila, colaboradora, niega cambios en la medicación que se encuentra recibiendo, niega cambios significativos en su estado de ánimo en relación a síntomas ansiosos o depresivos. Se lee atentamente los cuestionarios y los diligencia sin dificultad siguiendo las instrucciones de cada uno.</p>
--	--	--	-------------------------	--	--	---	---

					<p>la asertividad en la comunicación.</p> <p>Seguidamente se explica la necesidad de aplicar nuevamente las pruebas IDARE ansiedad estado- rasgo, IDER depresión estado-rasgo, ACS estrategias de afrontamiento y EHS habilidades sociales, para medir los logros alcanzados posterior a la intervención realizada. La consultante manifiesta estar de acuerdo con la aplicación de las pruebas, lee nuevamente las instrucciones de cada una y las diligencia. Finalmente se acuerda entrega de resultados para la siguiente sesión y cierre del proceso.</p>		
		9	<p>Entrega de resultados pos test Prevenir recaídas</p> <p>Cierre de caso.</p>	<p>Discusión cognitiva.</p>	<p>Se da inicio a la sesión utilizando la discusión para cognitiva para evaluar presencia de sintomatología ansiosa (sudoración, inquietud motora, pensamientos relacionados con escape del sitio donde</p>		

					<p>se encuentra) sin encontrar respuestas afirmativas a ninguno de los síntomas mencionados respecto a la ansiedad. En cuanto a los síntomas depresivos como (llanto, tristeza, rabia, desesperanza, o soledad), la consultante indica “estuve pensando hace dos días que si yo no hubiese empezado a consumir no estaría aquí y podría estarle ayudando a mi mamá que se está trabajando muy duro, le vi las manos reseca y muy lastimadas y eso me puso triste el domingo que tuvimos visita y el miércoles lo recordé y me puse triste otra vez pensando en eso y sentí rabia conmigo misma, entonces lloré un rato y luego me acordé que usted me dijo que debía hacer alguna actividad que me hiciera sentir bien y menos mal ese día la psicóloga nos hizo una actividad y grupal y haciéndola me sentí mejor, me tranquilicé y me dio ánimo para</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>terminar esto". Teniendo en cuenta lo referido por la paciente a cerca del episodio depresivo presentado se busca motivar a la consultante presentando los resultados obtenidos en las pruebas aplicadas como pos test, utilizando un informe realizado para mostrar de manera comparativa los resultados. Se muestra que en relación a la sintomatología ansiosa, evidenciando en los test aplicados en ambos tiempos (pre y pos) los cuales mostraron presencia de síntomas ansiosas como estado (ansiedad transitoria, caracterizada por sentimientos de tensión y aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo) principalmente, presentándose disminución significativa al pasar de una puntuación en pre test de 97 a una en el pos test de 33, lo cual evidencia mejoría</p>	
--	--	--	--	--	--	--

				<p>sintomática.</p> <p>En el test que valoraba síntomas depresivos de tipo eutimia y distimia tanto en el pre test como en el pos test se encontró presencia de síntomas de tipo eutímico principalmente en estado y en rasgo, en relación a ello, la puntuación obtenida en el pos test revela disminución de estos síntomas en estado y en rasgo pasando de 85 a 60 y de 95 a 75 respectivamente, mostrando mejoría sintomática.</p> <p>Seguidamente se exponen los resultados obtenidos en el test de estrategias de afrontamiento donde comparando con los resultados del pre test con los del pos test, se evidencia un cambio leve respecto a las estrategias de afrontamiento trabajadas en consulta como buscar apoyo social, buscar apoyo profesional y concentrarse en resolver el problema,</p>		
--	--	--	--	--	--	--

					<p>las cuales pasaron de ser utilizadas rara vez a ser utilizadas algunas veces.</p> <p>Finalmente se muestran los resultados obtenidos en el test de habilidades sociales donde la comparación en pre test y pos test evidencian aumento de la frecuencia de uso de las habilidades sociales: expresión de enfado y disformidad, decir no y cortar interacciones y hacer peticiones, resaltando la primera mencionada ya que fue trabajada en las sesiones abordando el tema del uso de la empatía y la asertividad para la manifestación de desacuerdos especialmente con su mamá. Se pide a la consultan exprese su opinión frente a los resultados obtenidos a lo que N.M manifiesta agrado e haciendo señalando en los resultados en los test de ansiedad, estrategias de afrontamiento y habilidades sociales,</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					<p>como los cambios que ha sentido principalmente, se retoma la conversación acerca de su episodio depresivo señalando la importancia del avance logra, los cambios generados lo cuales no se habrían dado si no hubiese iniciado su proceso en la institución, reiterando la importancia de concentrarse en el trabajo que puede realizar en el presente para mejorar dejando a un lado los errores que considera cometió en el pasado, mostrando el proceso como una oportunidad para mejorar como persona. Se resalta el esfuerzo realizado por la consultante y el seguimiento de las sugerencias brindadas en las sesiones como causa principal de la mejoría y el cambio obtenido.</p> <p>Se menciona con la consultante factores que no fueron posibles de abordar en las sesiones realizadas por corto tiempo de intervención, que se</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>considera de ser trabajadas podrían contribuir a mayores avances y logros en la consultante en su proceso para abandonar el consumo de sustancias psicoactivas, tales como el trabajo en auto concepto, autoestima, autoaceptación, continuar trabajando en habilidades sociales y estrategias de afrontamiento, realizar abordaje psicoterapéutico de tipo familiar, vinculando a la madre y hermanos al proceso buscando participen de manera activa en el mismo. Por lo anterior, se sugiere a la consultante al finalizar su proceso en la institución busque continuar el proceso por psicología y psiquiatría.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

Anexo I. Resumen del tratamiento implementado según etapa y número de sesión

Etapa	No. de sesión	Procedimientos realizados
Primera etapa: Evaluación y diagnóstico.	1 – 2	<ul style="list-style-type: none"> • Recepción de caso. • Entrevista con consultante. • Indagación de historia clínica. • Aplicación de los instrumentos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). ▪ Cuestionario de conductas antisociales y delictivas (A-D). ▪ Inventario de ansiedad estado- rasgo (IDARE). ▪ Inventario de depresión estado-rasgo (IDER). ▪ Estrategias de afrontamiento (ACS). ▪ Escala de habilidades sociales (EHS). • Análisis funcional
	3-4	<ul style="list-style-type: none"> • Devolución de resultados. • Reestructuración cognitiva. • Técnica de Flecha descendente. • Técnica de Dialogo socrático. • Entrenamiento en Técnicas de relajación. • Relajación progresiva de Jacobson. • Técnica de respiración profunda.
Segunda etapa: Intervención.	5 -6	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en Habilidades sociales • Entrenamiento en estrategias de Afrontamiento • Aumentar autoestima, promover auto aceptación • Dialogo socrático
	7	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de recaídas
	8	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de recaídas • Aplicación pos test <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inventario de depresión estado-rasgo (IDER). ▪ Estrategias de afrontamiento (ACS). ▪ Escala de habilidades sociales (EHS). ▪ Inventario de ansiedad estado- rasgo (IDARE).
Tercera etapa: Prevención de recaídas, aplicación pos test y cierre.	9	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de recaídas. • Devolución de resultados. • Generación de compromisos. • Retroalimentación y cierre.

Anexo J. *Formato historia clínica.*

1. DATOS PERSONALES									
NOMBRE									
EDAD					SEXO				
FECHA DE NACIMIENTO					LUGAR DE NACIMIENTO				
LUGAR DE PROCEDENCIA									
TIPO DE DOCUMENTO*		R	T	P	C	S	NÚME		
		C:	.I:	.C	.C:	.D	RO		
N° HISTORIA SOCIOFAMILIAR (HSF)									
ESCOLARIDAD APROBADA					ENTIDAD EDUCATIVA				
NOMBRE DEL PADRE									
NOMBRE DE LA MADRE									
DEFENSOR DE FAMILIA									
FECHA DE INGRESO					FECHA DEL INFORME				
HOGAR/UNIDAD									
MOTIVO DEL INGRESO									
OBJETIVO VALORACIÓN									
NOMBRE PROFESIONAL ANP									

* 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.

2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	
INTRUMENTO Y TÉCNICA UTILIZADA	FECHA

1. ENTREVISTA CON EL NNAJ					
a) ESTRUCTURADA	b) SEMIESTRUCTURADA	c) NO ESTRUCTURADA	d) INDIVIDUAL	e) GRUPAL	
2. ENTREVISTA CON LA FAMILIA					
a) ESTRUCTURADA	b) SEMIESTRUCTURADA	c) NO ESTRUCTURADA	d) INDIVIDUAL	e) GRUPAL	
3. VISITA DOMICILIARIA					
a) ESTRUCTURADA	b) SEMIESTRUCTURADA	c) NO ESTRUCTURADA	d) INDIVIDUAL	e) GRUPAL	
4. OTROS					

3. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

4. SITUACIÓN ACTUAL

5. CARACTERÍSTICAS PERSONALES

6. DINÁMICA Y CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

7.a APLICAR EN CASO DE CONSUMO DE SPA

ÍNDICE DE SEVERIDAD DE ADICCIÓN (Aplica para Marea)

Puntuaciones de consumo de sustancias específicas	Puntuación	Nivel de riesgo	
		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

		0 -	Bajo
e Estimulantes de tipo anfetamina		3	Moderado
		4 -	
		26	
		27+	Alto
f Inhalantes		0 -	Bajo
		3	Moderado
		4 -	
26			
		27+	Alto
g Sedantes o pastillas para dormir		0 -	Bajo
		3	Moderado
		4 -	
26			
		27+	Alto
h Alucinógenos		0 -	Bajo
		3	Moderado
		4 -	
26			
		27+	Alto
i Opiáceos		0 -	Bajo
		3	Moderado
		4 -	
26			
		27+	Alto
j Otras, especifique: _____		0 -	Bajo
		3	Moderado
		4 -	
26			
		27+	Alto

7.b INTERPRETACION DE LAS PRUEBAS

8. PRUEBAS APLICADAS

9. CONCEPTO PSICOLÓGICO DEL NNAJ

10. CONCEPTO PSICOLÓGICO DE LA FAMILIA

Del Padre:

De la madre:

11. PLAN DE ATENCIÓN

A NIVEL INDIVIDUAL

OBJETIVOS

ACTIVIDADES

METAS CON TIEMPOS

A NIVEL FAMILIAR		
OBJETIVOS	ACTIVIDADES	METAS CON TIEMPOS

PSICOLOGA CLINICA
TP.